

THỰC TRẠNG ĐIỀU TRỊ DẠ ĐẼ NON TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2017

Nguyễn Thị Kim Tiên*, Nguyễn Thị Anh, Hoàng Quốc Huy
Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

TÓM TẮT

Đẻ non là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ sơ sinh và là nguyên nhân thứ hai sau viêm phổi gây tử vong cho trẻ dưới 5 tuổi. Tỷ lệ đẻ non ở Việt Nam hiện nay vào khoảng từ 6,5% - 16%. Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân dọa đẻ non và đánh giá kết quả điều trị dọa đẻ non tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các trường hợp bệnh án được chẩn đoán dọa đẻ non từ 22 tuần đến dưới 37 tuần, thai khỏe mạnh, cổ tử cung mở dưới 4 cm, màng ối còn nguyên vẹn và điều trị nội trú tại khoa Sản bệnh viện trung ương Thái Nguyên. **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Sản, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Thời gian nghiên cứu:** Từ 01 tháng 01 năm 2017 đến 31 tháng 12 năm 2017.

Kết luận: Tỷ lệ dọa đẻ non chiếm 10,2% trong tổng số đẻ. Nospa và Salbutamol là 2 thuốc giảm co được sử dụng nhiều nhất. Sử dụng 1 thuốc giảm co đơn thuần được lựa chọn nhiều hơn chiếm 75,7% số bệnh nhân điều trị dọa đẻ non. Progesterone được sử dụng ở 28,9% bệnh nhân dọa đẻ non. Tỷ lệ điều trị dọa đẻ non thành công đạt 89,3%.

Từ khóa: *Dọa đẻ non, Đẻ non, Đau bụng, Điều trị, giảm co.*

Ngày nhận bài: 21/12/2018; Ngày hoàn thiện: 26/12/2018; Ngày duyệt đăng: 31/01/2019

IMPROVEMENT OF TREATMENT IN NON-TARGET MEDICINE IN THE THAI NGUYEN CENTER FOR HOSPITAL IN 2017

Nguyen Thi Kim Tien*, Nguyen Thi Anh, Hoang Quoc Huy
University of Medicine and Pharmacy - TNU

ABSTRACT

Preterm labor is the leading cause of death in newborn infants and is the second leading cause of death in infants under 5 years of age. Prevalence rates in Vietnam now range from 6.5% to 16%.

Objectives: To describe the clinical characteristics of patients who are prone to premature delivery and evaluate the results of preterm treatment at Thai Nguyen Central Hospital in 2017. Selection criteria: All medical records were diagnosed to threaten premature labor from 22 weeks to less than 37 weeks. Healthy, open cervix under 4 cm, membranes intact and inpatient treatment at Department of Obstetrics, Thai Nguyen Central Hospital. Study time. **Exclusion criteria:** Cases of termination of pregnancy due to maternal morbidity, stillbirth, fetal distress or other social reasons. Study Design: Cross sectional description. **Study site:** Department of Obstetrics, Thai Nguyen Central Hospital. **Study time:** From 01 January 2017 to 31 December 2017.

Conclusion: The prevalence of preterm birth is 10.2% of total. Nospa and Salbutamol were the two most commonly used to reduce the contraction of the uterus, with a single-agent contraceptive therapy being more selective, accounting for 75.7% of patients treated for preterm labor. Progesterone was used in 28.9% of patients with preterm labor. The incidence of successful preterm births was 89.3%.

Key words: *Depression, prematurity, abdominal pain, treatment, reduce the contraction of the uterus*

Received: 21/12/2018; Revised: 26/01/2018; Approved: 31/01/2019

* Corresponding author: Tel: 0868 586115, Email: drkimtien@gmail.com

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đẻ non là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ sơ sinh và là nguyên nhân thứ hai sau viêm phổi gây tử vong cho trẻ dưới 5 tuổi. Trên 184 quốc gia, tỷ lệ đẻ non dao động từ 5% đến 18% số ca sinh [12]. Ở Việt Nam hiện nay, tỷ lệ đẻ non vào khoảng 10%, tỷ lệ tử vong sơ sinh non tháng chiếm từ 70 - 80% tử vong sơ sinh [1], [6]. Như vậy, đẻ non vẫn là một thách thức lớn của y học thế giới cũng như y học Việt Nam hiện đại. Sơ sinh đẻ non có nguy cơ bệnh tật và tử vong cao hơn nhiều so với sơ sinh đủ tháng. Tỷ lệ đẻ non ở Việt Nam hiện nay vào khoảng từ 6,5% - 16% [7]. Tỷ lệ tử vong sơ sinh non tháng chiếm từ 75,3% - 87,5% tử vong sơ sinh [7]. Chính vì vậy chẩn đoán và điều trị dọa đẻ non vẫn luôn là thách thức đối với ngành sản khoa thế giới nói chung và của Việt Nam nói riêng. Mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân dọa đẻ non và đánh giá kết quả điều trị dọa đẻ non tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2017.*

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các trường hợp bệnh án được chẩn đoán dọa đẻ non từ 22 tuần đến dưới 37 tuần, thai khỏe mạnh, cổ tử

KẾT QUẢ

cung mở dưới 4cm, màng ối còn nguyên vẹn và điều trị nội trú tại khoa Sản bệnh viện trung ương Thái Nguyên.

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang sử dụng kỹ thuật hồi cứu hồ sơ bệnh án. *Cỡ mẫu nghiên cứu:* Tất cả hồ sơ bệnh án phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Sản, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Thời gian nghiên cứu: Từ 01 tháng 01 năm 2017 đến 31 tháng 12 năm 2017

Chỉ tiêu nghiên cứu: Tỷ lệ dọa đẻ non, Phân bố dọa đẻ non theo các yếu tố nguy cơ, Triệu chứng lâm sàng dọa đẻ non, Tỷ lệ sử dụng các loại thuốc giảm co, Tỷ lệ sử dụng progesterone trong điều trị, Tỷ lệ thành công trong điều trị dọa đẻ non.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu phân tích bằng phần mềm SPSS16.0

Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu hồi cứu nên không ảnh hưởng tới quá trình điều trị của bệnh nhân. Mọi thông tin nghiên cứu đều được đảm bảo giữ bí mật và chỉ phục vụ cho kết quả nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học Đề tài cấp cơ sở Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên.

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Các đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ %	
Tuổi mẹ	18-19	73	19,5
	20-35	271	72,5
	36-45	30	08,0
Nghề nghiệp	Nội trợ	96	25,7
	Công nhân	150	40,1
	Nông dân	50	13,3
	Cán bộ công chức	78	20,9
Nơi ở	Thành phố	194	51,9
	Nông thôn	180	48,1
Trình độ học vấn	Tiểu học	05	1,3
	THCS	93	24,9
	PTTH	156	41,7
	Cao đẳng Đại học	120	32,1
Có thai lần	1	198	53,0
	2	156	41,7
	≥3	20	5,3

Thai phụ có độ tuổi 20-35 chiếm tỉ lệ 72,5%. Nhóm đối tượng nghiên cứu có nghề nghiệp công nhân chiếm tỷ lệ là 40,1%. Thai phụ cư trú tại thành phố chiếm 51,9%. nhóm thai phụ có trình độ học vấn PTTH chiếm 41,7%, nhóm thai phụ có trình độ học vấn cao đẳng-đại học chiếm 32,1. Những người có thai lần đầu chiếm 53% số ca dọa đẻ non.

Bảng 2. Tỷ lệ dọa đẻ non nhập viện trong thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu	Dọa đẻ non	Tổng số sản phụ đẻ	Tỷ lệ %
Từ 1/2017 – 12/2017	374	3671	10,2

Nhận xét: Tỷ lệ dọa đẻ non chiếm 10,2% trong tổng số đẻ.

Bảng 3. Tỷ lệ dọa đẻ non theo tuần thai

Tuần thai	Số lượng	Tỷ lệ (%)
22 – 25	92	24,6
26 – 30	125	33,4
31 – 36	157	42,0
Tổng	374	100

Tỷ lệ dọa đẻ non cao nhất ở tuổi thai 31 – 36 tuần chiếm 42%.

Bảng 4. Triệu chứng dọa đẻ non khi vào viện

Triệu chứng	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Cơ năng	Chỉ đau bụng	183	49,0
	Chỉ ra máu âm đạo	75	20,1
	Có cả 2 triệu chứng	116	30,9
	Tổng	374	100
Sự thay đổi ở cổ tử cung	Đóng	191	51,0
	Đang xóa	112	30,0
	Lọt ngón tay (~ 1cm)	45	12,0
	Lọt 2 ngón tay (2 - 3 cm)	26	7,0
Tổng	374	100	

Triệu chứng đau bụng xuất hiện ở 49,0 % các trường hợp dọa đẻ non, dấu hiệu ra máu âm đạo bao gồm: ra máu âm đạo, ra nhầy hồng chiếm 20,1% số bệnh nhân dọa đẻ non. Có 30,9% trường hợp có cả đau bụng và ra máu âm đạo.

Bảng 5. Tần số sử dụng thuốc giảm co trong quá trình điều trị

Các thuốc đã sử dụng	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Tên thuốc giảm co	Salbutamol	173	46,3
	Spasmaverin	116	31,0
	Nospa	336	89,8
Cách sử dụng thuốc giảm co	1 thuốc giảm co đơn thuần	283	75,7
	Phối hợp 2 hoặc 3 thuốc giảm co	91	24,3

Nospa và Salbutamol là 2 thuốc giảm co được sử dụng nhiều nhất: 89,8% và 46,3%. Cách điều trị sử dụng 1 thuốc giảm co đơn thuần được lựa chọn nhiều hơn, chiếm tỷ lệ 75,7% số bệnh nhân điều trị dọa đẻ non.

Bảng 6. Tỷ lệ sử dụng progesterone theo tuần thai

Tuần thai	Số bệnh nhân	Có sử dụng hormon	
		Số lượng	Tỷ lệ %
22 – 25	92	45	48,9
26 – 30	125	38	30,4
31 – 36	157	25	15,9
Tổng	374	108	28,9

Thai phụ có tuổi thai 22 -25 tuần được sử dụng Progesteron nhiều nhất là 48,9%.

Bảng 7. Tỷ lệ thành công trong điều trị dọa đẻ non

Nhóm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thành công	334	89,3
Đẻ non trong vòng 48 giờ	09	2,4
Đẻ non sau 48 giờ	31	8,3
Tổng	374	100

Tỷ lệ điều trị dọa đẻ non thành công đạt 89,3%. Có 10,7% bệnh nhân đã chuyển dạ đẻ non trong quá trình điều trị, trong đó có 2,4% bệnh nhân đẻ non trong vòng 48 giờ sau khi vào viện.

BÀN LUẬN

Tỷ lệ đẻ non gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 20 - 35 chiếm tỉ lệ 72,5%, điều này phù hợp với thực tế đây là nhóm trong độ tuổi sinh đẻ. Kết quả của chúng tôi khác so với nghiên cứu của P. Astolfil phụ nữ trong độ tuổi 20 – 30 có tỷ lệ đẻ non thấp nhất [10].

Về nơi cư trú, thành thị nhiều hơn nông thôn, điều này lý giải do nghiên cứu tiến hành tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên nằm tại trung tâm thành phố, nơi có nhiều người dân thành phố sinh sống, nhiều người là cán bộ, công chức, nhân viên. Đây là nhóm đối tượng quan tâm nhiều tới sức khỏe của mẹ và thai, có kiến thức và điều kiện chăm sóc sức khỏe, nên ngay khi có biểu hiện của dọa đẻ non đã đến khám và điều trị giữ thai kịp thời.

Những người mang thai con so chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,5% số ca dọa đẻ non. Chúng tôi cho rằng đó là vì những người có thai lần đầu thường là những người trẻ, chưa có kinh nghiệm, hay lo lắng, nên khi có biểu hiện của dọa đẻ non họ sẽ đến viện để khám và điều trị ngay. Tuy nhiên, nguy cơ đẻ non ở nhóm mang thai con rạ lại cao hơn. Theo nghiên cứu của tác giả Lê Thị Thanh Vân phụ nữ sinh con đẻ có nguy cơ đẻ non cao gấp 2,31 lần nhóm sinh con so [8]. Điều này có thể giải thích rằng ở người sinh nhiều lần, cơ tử cung sẽ tăng nhạy cảm với kích thích gây co, đồng thời cổ tử cung bị tổn thương cũng là nguyên nhân gây đẻ non.

Tỷ lệ dọa đẻ non tăng dần từ 22 đến 36 tuần, cao nhất thuộc nhóm tuổi thai từ 31 – 36 tuần chiếm 42%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả của Mai Trọng Dũng với tỷ lệ dọa đẻ non tăng dần theo tuổi thai, cao nhất ở nhóm 31 - 34 tuần chiếm 49,7% [2].

Triệu chứng đau bụng xuất hiện ở 49,0 % các trường hợp dọa đẻ non, dấu hiệu ra máu âm đạo bao gồm ra máu âm đạo, ra nhầy hồng chiếm 20,1% số bệnh nhân dọa đẻ non. Có 30,9% trường hợp có cả đau bụng và ra máu âm đạo. Khi so sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Thanh Hiền thì dấu hiệu đau bụng của chúng tôi có tỷ lệ cao hơn và dấu hiệu ra dịch âm đạo lại thấp hơn. Sự khác biệt này là do nghiên cứu của Phạm Thanh Hiền lựa chọn cả những bệnh nhân rau tiền đạo ra máu (rau tiền đạo chiếm 21,5% trường hợp dọa đẻ non trong nghiên cứu của tác giả này) [4]. Về sự biến đổi ở cổ tử cung, có 49% bệnh nhân có sự thay đổi ở cổ tử cung. Trong đó có 30% trường hợp cổ tử cung đang xóa và 12% trường hợp cổ tử cung lọt ngón tay, và 7% trường hợp cổ tử cung lọt 2 ngón tay. Không có trường hợp nào cổ tử cung mở trên 3cm, phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân để điều trị giữ thai (cổ tử cung mở < 4cm). Việc theo dõi triệu chứng lâm sàng và khám phát hiện sự thay đổi ở cổ tử cung là yêu cầu bắt buộc và là yếu tố quan trọng để chẩn đoán và tiên lượng dọa đẻ non. Tuy nhiên việc thăm khám cổ tử cung cần hạn chế thực hiện ở bệnh nhân dọa đẻ non, do đó phương pháp siêu âm đánh giá cổ tử cung có nhiều ưu điểm hơn, vừa an toàn, vừa cho kết quả chính xác. Tỷ lệ bệnh nhân dọa đẻ non có hiện tượng xóa mở cổ tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Bùi Minh Hải với sự thay đổi ở cổ tử cung là 42,1% [3]. Sự khác biệt này là do trong nghiên cứu của tác giả này không mô tả những trường hợp cổ tử cung đang xóa, chỉ thống kê những bệnh nhân cổ tử cung đã mở từ 1 cm trở lên.

Nospa và Salbutamol là hai thuốc giảm co được sử dụng nhiều nhất: 89,8% và 46,3%. Cách điều trị sử dụng 1 thuốc giảm co đơn thuần được lựa chọn nhiều hơn, chiếm tỷ lệ 75,7% số bệnh nhân điều trị dọa đẻ non. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy thuốc giảm co từ cung được sử dụng trong tất cả trường hợp dọa đẻ non, điều này là hợp lý bởi vì có rất nhiều trường hợp có biểu hiện lâm sàng hết sức mờ nhạt nếu không được thăm khám kỹ. Chúng tôi thấy việc lựa chọn thuốc giảm co từ cung còn chưa đa dạng, chủ yếu sử dụng 2 nhóm thuốc là beta-mimetics và alkaloid. Trong khi đó nhóm chẹn kênh calci như Nifedipin theo nhiều nghiên cứu cho thấy tác dụng cắt cơn co từ cung nhanh và ít tác dụng phụ hơn 2 nhóm trên [9]. Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy mỗi bệnh nhân sẽ có các cách sử dụng thuốc giảm co khác nhau tùy thuộc vào diễn biến bệnh và kinh nghiệm của bác sĩ điều trị, có 2 cách được áp dụng là:

- Sử dụng 1 thuốc giảm co đơn thuần: Nospan tiêm bắp, Salbutamol hoặc Nospa truyền tĩnh mạch, sau đó nếu triệu chứng dọa đẻ non giảm, có thể chuyển sang Nospa hoặc Spasmaverin đường uống.

- Phối hợp 2 hoặc 3 thuốc giảm co: nếu đáp ứng của bệnh nhân tốt, cắt được cơn co từ cung hoặc bệnh nhân có tác dụng phụ nghiêm trọng thì phải thay đổi hoặc giảm thuốc về điều trị đơn thuần.

Progesterone được sử dụng ở 28,9% bệnh nhân dọa đẻ non. Thai càng tiến gần đến đủ tháng thì tỷ lệ điều trị bằng progesterone càng giảm. Việc sử dụng progesterone cho đa số bệnh nhân có tiền sử đẻ non là hợp lý, nhằm giảm tỷ lệ đẻ non tái phát. Bởi theo khuyến cáo của Hội sản phụ khoa Hoa Kỳ, progesterone nên được sử dụng để giảm tỷ lệ đẻ non tái phát xấp xỉ 35%, nhất là những phụ nữ có cổ tử cung ngắn (<25mm trước tuần thai 34), khuyến cáo tiêm bắp hàng tuần progesterone từ tuần 16 đến hết tuần thứ 36 [11].

Tỷ lệ thành công trong điều trị dọa đẻ non trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao

(89,3%). Theo nghiên cứu của Lê Thị Thanh Vân tại Bệnh viện phụ sản Trung Ương năm 2011, tỷ lệ kéo dài tuổi thai trên 48 giờ là 92,5% và có 82,9% kéo dài đến đủ tháng [8].

KẾT LUẬN

Tỷ lệ dọa đẻ non chiếm 10,2% trong tổng số đẻ. Tỷ lệ đẻ non gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 20 - 35 chiếm 72,5%. Những người mang thai con so chiếm 52,5% số ca dọa đẻ non. Trong đó nhóm tuổi thai từ 31 - 36 tuần chiếm 42%, với triệu chứng đau bụng chiếm 49,0 % các trường hợp dọa đẻ non, 30,9% trường hợp có cả đau bụng và ra máu âm đạo. Có 49% bệnh nhân có sự thay đổi ở cổ tử cung. Nospa và Salbutamol là 2 thuốc giảm co được sử dụng nhiều nhất. Sử dụng 1 thuốc giảm co đơn thuần được lựa chọn nhiều hơn chiếm 75,7% số bệnh nhân điều trị dọa đẻ non. Progesterone được sử dụng ở 28,9% bệnh nhân dọa đẻ non. Tỷ lệ điều trị dọa đẻ non thành công đạt 89,3%, có 10,7% bệnh nhân đã chuyển dọa đẻ non trong quá trình điều trị, trong đó có 2,4% bệnh nhân đẻ non trong vòng 48 giờ sau khi vào viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Danh Cường (2010), *Cập nhật về chẩn đoán và thuốc điều trị dọa đẻ non*, Bệnh viện Phụ sản Trung ương.
2. Mai Trọng Dũng (2004), *Nghiên cứu tình hình đẻ non tại Bệnh viện phụ sản Trung ương năm 2004*, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Bùi Minh Hải (2015), *Nghiên cứu thực trạng lâm sàng và điều trị dọa đẻ non tại bệnh viện phụ sản Hà Nội 6 tháng cuối năm 2014*, Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Phạm Thanh Hiền, Nguyễn Việt Tiến (1996), "Kết quả điều trị dọa đẻ non trong hai năm tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và trẻ sơ sinh", *Tạp chí Y học thực hành*, 5/1996.
5. Nguyễn Đức Hình và cộng sự (2009), *Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*, Bộ Y tế, Hà Nội.
6. Phạm Thanh Mai, Trần Đình Long (2004), "Mô hình bệnh tật - tử vong trẻ sơ sinh tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh và các biện pháp đề xuất", *Tạp chí Y học thực hành*, 482, tr. 116 - 118.
7. Nguyễn Văn Phong (2003), *Nghiên cứu tình hình đẻ non và một số các yếu tố nguy cơ liên*

quan đến đẻ non tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong hai năm 2001 – 2002, Trường Đại học Y Hà Nội.

8. Lê Thị Thanh Vân, Nguyễn Tiến Lâm (2011), “Nhận xét một số yếu tố nguy cơ đẻ non tại bệnh viện phụ sản trung ương năm 2008”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 4/2011, tr. 759.

9. Agustin C. A., Roberto R., Juan P. K. (2011), “Nifedipine in the management of preterm labor: a systematic review and metaanalysis”, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 204, pp. 134 – 154.

10. Astolfi P., Zonta L. A. (1999), “Risks of preterm delivery and association with maternal age, birth order, and fetal gender”, *Hum. Reproduction*, 14, pp. 2891-2894.

11. Jay Iams, Vincenzo Berghella (2010), “Care for women with prior preterm birth”, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 203, pp. 89 - 100.

12. World Health Organization, March of Dimes, The Partnership for Maternal (2012), *Born too soon: the global action report on preterm birth*. World Health Organization, pp. 1 - 14.