

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ THAI KỲ Ở SẢN PHỤ CÓ ỐI VỠ NON Ở THAI 28 ĐẾN 34 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Vũ Đăng Khoa^{1*}, Võ Huỳnh Trang², Nguyễn Hữu Duy¹

¹Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Email: bsvudangkhoa@gmail.com; 0984669043

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ối vỡ non là tình trạng ối vỡ màng đệm và màng ối trước khi chuyển dạ, chiếm 12% trong thai kỳ, đặc biệt là ối vỡ non ở thai kỳ non tháng (trước tuần lễ thứ 37 tuần), đặc biệt là tuần 32, có khoảng 1% xuất hiện trước 31 tuần. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ ở sản phụ có ối vỡ non trên thai từ 28 đến 34 tuần tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** sản phụ nhập viện và sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ từ tháng 4/2018 đến tháng 6/2019. **Kết quả nghiên cứu:** Lý do vào viện là ra nước âm đạo bất thường (54,3%). Tuổi thai là $32,33 \pm 1,96$ tuần (28- 34 tuần). Ối vỡ non: rỉ ối mà trắng chiếm 81,72%; nước ối loãng chiếm 95,7%; lượng trung bình 73,66% và lượng nhiều là 25,81%. Thời gian ối vỡ đến nhập viện là $79 \pm 64,77$ phút. Nhóm dưới 60 phút chiếm 38,17%; 34,41% trường hợp từ 60- 120 phút. Thiếu máu (Hb dưới 11g/dl) chiếm 27,96%; lượng bạch cầu là $11,69 \pm 3,44$ ($2- 25,6 \times 10^9/L$) với 13,98% bạch cầu trên $15000/mm^3$. Kết cục thai kỳ: 61,83% sử dụng đủ liều corticosteroid trước sinh. Chỉ định mổ lấy thai là 56,99%; sinh ngã âm đạo chiếm 24,19% 18,82% sinh thường kèm cắt may tầng sinh môn; Lý do mổ lấy thai là suy thai trong chuyển dạ chiếm 48,11%; vết mổ lấy thai cũ có ối vỡ là 13,21%; tiền sản giật nặng chiếm 10,38%; chuyển dạ ngưng tiến triển là 6,6%. Cân nặng của trẻ là $1976,94 \pm 413,64$ (900 gr đến 2900 gram, từ 2000- 2500 gram chiếm 51,08% và có 39,25% dưới 2000 gram; chỉ số Apgar tốt chiếm 71,51% và có 28,49% trường hợp Apgar bất thường, đây là tỷ lệ trẻ phải hồi sức sơ sinh được xử trí thở NCPAP. **Kết luận:** Các trường hợp ối vỡ non trên thai non tháng đang có xu hướng gia tăng.

Từ khóa: Sinh non, thai non tháng

ABSTRACT

THE CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND PREGNANCY OUTCOME IN PREGNANT WOMEN WITH PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AT A GESTATIONAL AGE OF 28-34 WEEKS AT CAN THO OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Vu Dang Khoa^{1*}, Vo Huynh Trang², Nguyen Huu Du¹

1. Can Tho Hospital of Gynecological and Obstetrics

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Premature rupture of membranes is a condition that the rupture of the amniotic membrane and chorion before labor without uterine contraction, accounting for 12% in pregnancy, especially premature rupture of membranes before 37 weeks, about 1% discharge the hospital before 31 weeks. **Objectives:** To describe clinical, subclinical characteristics and the and the outcome in pregnant women with premature rupture of membranes at a gestational age of 28-34 weeks. **Materials and methods:** Pregnant women hospitalized and gave birth at Can Tho Obstetrics and Gynecology hospital from 4/2018 to 6/2019. **Results:** The reason for admission was abnormal vaginal discharge (54,3%). The gestational age was 32.33 ± 1.96 weeks. The rate of preterm premature rupture of membranes with white was 81.72%; diluted amniotic fluid density accounted for 95.7%; the average amount was 73.66% and the large amount was 25.81%. The time of amniotic rupture to hospital admission was 79 ± 64.77 minutes (9 to 480 minutes); the time less than 60 minutes accounted for 38.17%; and 34.41% for 60-120 minutes. Anemia (Hb below 11g/dl) (27.96%); The mean leukocyte count was 11.69 ± 3.44 ($2-25.6 \times 10^9/L$) with 13.98% leukocytes above $15000/mm^3$. Pregnancy outcome in pregnant women with preterm rupture of membranes: 61.83%

used sufficient doses of antenatal corticosteroids. Emergency cesarean section (56.99%); vaginal birth (24.19%), 18.82% of births accompanied by episiotomy. The reasons were fetal failure during labor (48.11%), old cesarean incision with rupture of membranes (13.21%), severe pre-eclampsia (10.38%). The weight of infants was 1976.94 ± 413.64 (900 grams to 2900 grams; of those, 51.08% from 2000 to 2500 grams and 39.25% under 2000 grams. Good Apgar index accounted for 71.51%. Abnormal Apgar cases, accounting for 28.49%, must do the neonatal resuscitation with NCPAP breathing due to respiratory failure. **Conclusion:** Cases of preterm rupture of membranes are on the rise.

Keywords: Preterm, preterm birth

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ới vỡ non là tình trạng ối vỡ màng đệm và màng ối trước khi chuyển dạ, chưa có cơn co tử cung, chiếm khoảng 12% trong tất cả thai kỳ; đặc biệt là trường hợp ối vỡ non ở thai kỳ non tháng (trước tuần lễ thứ 37 tuần), đặc biệt là tuần 32, có khoảng 1% xuất hiện trước 31 tuần [5]. Tất cả yếu tố cản trở sự bình chỉnh tốt của ngôi thai đều có thể là nguyên nhân của vỡ ối như ngôi thai bất thường, khung chậu hẹp, nhau tiền đạo, đa thai, đa ối. Nguyên nhân là hở eo tử cung, viêm màng ối, đa thai, ngôi bất thường dẫn đến tính đàn hồi của màng ối thay đổi không còn chịu được áp lực cao trong buồng ối dẫn đến vỡ màng ối [2].

Ới vỡ có thể gây nguy cơ như sa dây rốn, chèn ép rốn, nhau bong non, suy hô hấp cấp, tăng nguy cơ sanh non nên tăng bệnh suất và tử suất cho thai nhi và ảnh hưởng có tính nguy hiểm đến sức khỏe, tăng nguy cơ nhiễm trùng cho mẹ và thai nhi tỉ lệ với thời gian vỡ ối sớm cho đến lúc sanh [6], [8], [10]. Trẻ sanh ra chết do nhiễm trùng với phần lớn là do nhiễm trùng huyết và viêm phổi. Ới vỡ sớm, ối vỡ non gia tăng nguy cơ mổ lấy thai và thời gian nằm viện [8], [7], [10]. Từ đó, hậu quả của ối vỡ hết sức nặng nề nhưng vấn đề ối vỡ non trên thai non tháng chưa được quan tâm nhiều; nên chúng tôi thực hiện đề tài “*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí ối vỡ non ở thai từ 28 đến 34 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ*”.

Với mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ối vỡ non trên thai non tháng nhập viện
2. Đánh giá kết quả xử trí ối vỡ non ở tuổi thai từ 28 đến 34 tuần tại Bệnh viện về tình trạng của mẹ và bé sau sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là sản phụ nhập viện và sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ từ tháng 4/2018 đến tháng 6/2019 thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và loại trừ như sau.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tuổi thai: 28- 34 tuần trở lên được tính theo ngày đầu của kỳ kinh cuối (chu kỳ kinh đều) hoặc tính theo siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ có ối vỡ non và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Không xác định được tuổi thai. Ới vỡ sớm; Rối loạn tâm thần. Phá thai, thai chết lưu hoặc có dị dạng thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

-**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang ở 186 trường hợp ối vỡ non tuổi thai từ 28- 34 tuần.

- **Cỡ mẫu:** 186 trường hợp ối vỡ non.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn ở tất cả sản phụ nhập viện sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu từ tháng 04/2018 đến 06/2019 tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ thông qua bộ câu hỏi phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** tuổi sản phụ, tuổi thai, nơi cư trú, nghề nghiệp, cân nặng, chiều cao, chỉ số khối cơ thể, tiền căn sản khoa, tình trạng sản phụ khi nhập viện; dấu hiệu chuyển dạ, tình trạng ối vỡ sớm, thời gian vào viện từ khi có ối vỡ; tính chất thai và phân phụ của thai; tình trạng trẻ sau sinh như cân nặng, chỉ số Apgar. Các số liệu được thu thập thông qua bộ câu hỏi.

- Phương pháp pháp thu thập số liệu và đánh giá số liệu: số liệu được nhập và xử lý theo phần mềm thống kê Stata 10.0 được mô tả bằng tần số, tỷ lệ và chi bình phương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ có ối vỡ non

Đặc điểm chung: tuổi là $29,55 \pm 6,7$ tuổi (16 tuổi đến 47 tuổi), nhiều nhất là 20 đến 35 tuổi. Nơi cư trú ở nông thôn tương đương thành thị; trình độ học vấn là trung học cơ sở (38,71%) và trung học phổ thông (47,71%); chỉ có 4,3% thuộc hộ nghèo; và nghề nghiệp là nội trợ (45,7%)

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sản phụ

Đặc điểm		Số lượng (n=186)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai lúc nhập viện	28 tuần 0 ngày	14	7,53
	28 tuần 1 ngày đến 30 tuần	12	6,45
	30 tuần 1 ngày đến 32 tuần	40	21,51
	32 tuần 1 đến 33 tuần 6 ngày	63	33,87
	34 tuần 0 ngày	57	30,65
Trung bình	32,33± 1,96 tuần (26 tuần đến 34 tuần)		
Cơn co tử cung	Chưa có cơn co	177	95,16
	Có 1 cơn co	7	3,76
	Có 2 cơn co	2	1,08
Độ mở CTC (cm)	<1 cm	142	76,34
	≥2 cm	44	23,66

Nhận xét: tuổi thai là $32,33 \pm 1,96$ tuần (28 tuần đến hết 34 tuần), trong đó, có 33,87% ở tuổi thai từ 32 tuần 1 đến 33 tuần 6 ngày và 30,65% tuổi thai 34 tuần. Đơn thai chiếm 91,94%; chưa có cơn co là 95,16%, chưa có mở cổ tử cung (<1cm) chiếm 76,34%.

Bảng 2. Phân bố theo lý do vào viện

Lý do vào viện		Số lượng (n=186)	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện	Ra nước âm đạo	101	54,3
	Ra nhót hồng âm đạo	35	18,82
	Đau trần bụng dưới	50	26,88

Nhận xét: Lý do vào viện chủ yếu trong nghiên cứu là ra nước âm đạo bất thường chiếm 54,3%

Bảng 3 Đặc điểm lâm sàng của ối vỡ non

Đặc điểm lâm sàng của ối vỡ		Số lượng (n=186)	Tỷ lệ (%)
Ói vỡ	Vỡ hoàn toàn	34	18,28
	Rỉ ối	152	81,72
Màu sắc nước ối	Trắng đục	1	0,54
	Trắng trong	152	81,72
	Đỏ	30	16,13
	Khác	3	1,61

Đậm độ nước ối	Loãng	178	95,7
	Đặc sệt	7	3,76
	Đặc loãng	1	0,54
Lượng nước ối	Nhiều	48	25,81
	Trung bình	137	73,66
	ít	1	0,54

Nhận xét: rỉ ối-màu trắng chiếm 81,72%, màu trắng kèm màu đỏ chiếm 16,13%; đậm độ nước ối loãng chiếm 95,7%; lượng trung bình 73,66% và lượng nhiều là 25,81%.

Bảng 4. Thời gian ối vỡ đến khi nhập viện

Thời gian ối vỡ đến khi nhập viện		Số lượng (n=186)	Tỷ lệ (%)
Thời gian ối vỡ	< 60 phút	71	38,17
	60 đến 120 phút	64	34,41
	120 đến 180 phút	35	18,82
	≥ 180 phút	16	8,6
Trung bình thời gian ối vỡ đến nhập viện		79± 64,77 giờ (9 đến 480 phút)	

Nhận xét: nhóm dưới 60 phút chiếm 38,17%; 34,41% trường hợp từ 60 đến 120 phút.

Đặc điểm cận lâm sàng của ối vỡ

Bảng 5. Đặc điểm cận lâm sàng của ối vỡ

Đặc điểm cận lâm sàng của ối vỡ		Số lượng (n=186)	Tỷ lệ (%)
Hồng cầu	3,5 triệu/ mm ³	29	15,59
	≥ 3,5 triệu/ mm ³	157	84,41
Trung bình	3,92± 0,45 (2,5- 4,9 triệu/mm ³)		
Hb	< 11g/dl	52	27,96
	≥ 11 g/dl	134	72,04
Trung bình	12,71± 8,54 (8,2- ,14,7 g/dl)		
Bạch cầu	< 12 x10 ⁹ /L	113	60,75
	12- 15 x10 ⁹ /L	47	25,27
	≥ 15 x10 ⁹ /L	26	13,98
Trung bình	11,69 ± 3,44 (2- 25,6 x10 ⁹ /L)		

Nhận xét: Lượng hồng cầu là 3,92± 0,45 (2,5- 4,9 triệu/mm³); thiếu máu (Hb < 11g/dl) chiếm 27,96%; bạch cầu là 11,69 ± 3,44 (2- 25,6 x10⁹/L), 13,98% lượng bạch cầu > 15000/mm³.

3.2. Đánh giá kết cục thai kỳ ở sản phụ có ối vỡ non trên thai non tháng

Bảng 6. Sử dụng corticosteroid trước sinh

Phương pháp sinh	Số lượng (n=186)	Tỷ lệ (%)
Không dùng	15	8,06
Sử dụng 1 liều	56	30,11
Sử dụng 2 liều	115	61,83

Nhận xét: Có 61,83% trường hợp ối vỡ non được sử dụng đủ liều corticosteroid trước khi sinh; 30,11% trường hợp dùng 1 liều và 8,06% không có dùng được liều nào trước sinh

Đặc điểm về phương pháp sinh

Có 106 trường hợp trong 186 có chỉ định mổ lấy thai cấp cứu chiếm 56,99%; sinh thường ngã âm đạo chiếm 24,19% và có 18,82% sinh thường kèm cắt may tầng sinh môn.

Bảng 7. Lý do mổ lấy thai trên sản phụ có ối vỡ

Lý do mổ lấy thai	Số lượng (n=106)	Tỷ lệ (%)
Suy thai	51	48,11
Vết mổ lấy thai cũ	14	13,21
Tiền sản giật nặng	11	10,38
Chuyển dạ ngưng tiến triển	7	6,6
Ngôi môn kèm ối vỡ	6	5,66
Song thai+ ngôi bất thường	4	3,77
Vô ối	4	3,77
Nhau tiền đạo ra huyết	3	2,83
Hội chứng HELLP	3	2,83
Nhiễm trùng ối	3	2,83

Nhận xét: Lý do mổ lấy thai là suy thai trong chuyển dạ chiếm 48,11%; vết mổ lấy thai cũ có ối vỡ là 13,21%; tiền sản giật nặng chiếm 10,38%; chuyển dạ ngưng tiến triển là 6,6%.

Bảng 9. Đặc điểm lâm sàng của trẻ sơ sinh sau sinh

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (n=186)	Tỷ lệ (%)
Cân nặng của trẻ (gram)	<2000	73
	2000-<2500	95
	2500-<3000	18
	Trung bình	1976,94± 413,64 (900 gr đến 2900 gram)
Apgar	Không bình thường	53
	Bình thường	133
Hội sức nhi	Có	53
	Không	133
Lý do	Non tháng	24
	Suy hô hấp	29

Nhận xét: trai (53,76%) cao hơn gái (46,24%); cân nặng là 1976,94± 413,64 (900 đến 2900 gram), từ 2000 đến 2500 gram (51,08%) và 39,25% là < 2000 gram; chỉ số Apgar tốt là 71,51% và 28,49% Apgar bất thường, trẻ phải hồi sức sơ sinh được xử trí thở NCPAP.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ối vỡ non

Đặc điểm chung: tuổi là 29,55±6,7 tuổi (từ 16 tuổi đến 47 tuổi), nhiều nhất là 20 đến 35 tuổi. Đây là tỉ lệ khá cao cần quan tâm chăm sóc và quản lý thai nghén tốt hơn. Khi khảo sát mối liên quan đến tình trạng ối ghi nhận chưa có ý nghĩa thống kê. Theo Sita Ram Shrestha độ tuổi này chiếm 82%[13]. Sống ở nông thôn và thành thị tương đương; học vấn là trung học cơ sở (38,71%), trung học phổ thông (47,71%); có 4,3% trường hợp thuộc hộ nghèo; và nghề nghiệp tập trung nhiều là nội trợ chiếm 45,7%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trước đây.

Phân bố lý do vào viện: ra nước âm đạo, đau trần bụng dưới và ra nhót hồng âm đạo; kết quả này phù hợp với giai đoạn chuyển dạ sinh. Với đặc tính ối vỡ hoàn toàn có tỷ lệ cao, màu sắc nước ối trong là 81,72%, nước ối có màu (16,13%), nghiên cứu của Khapkip Phaphong Savan trường hợp ối vỡ non có màu sắc nước ối trong (97,15%), màu ối xanh 2,85%. Điều này không có ý nghĩa nói lên đặc điểm nhóm nhưng tiền lượng mẹ và thai ở thời điểm đó [6], [8], [10].

Thời gian ối vỡ và giai đoạn chuyển dạ: Theo Y văn, khi màng ối bị phá vỡ sẽ kích thích tăng lượng prostaglandin nội sinh gây chuyển dạ như rút ngắn thời gian chuyển dạ[15] và kết quả cho thấy giai đoạn chuyển dạ, thời gian từ lúc ối vỡ đến khi CTC mở trọn là 79± 64,77 phút (9 phút đến

480 phút); trong đó nhiều là nhóm < 60 phút chiếm 38,17%; 34,41% trường hợp từ 60 đến 120 phút tương đối ngắn hơn so với trung bình về thời gian chuyển dạ (đối với con so khoảng 16 đến 24 giờ và con rạ khoảng 8 đến 16 giờ) [15].

Cận lâm sàng: Lượng hồng cầu là $3,92 \pm 0,45$ (2,5- 4,9 triệu/mm³), có thiếu máu (Hb dưới 11g/dl) chiếm 27,96%; lượng bạch cầu là $11,69 \pm 3,44$ (2- 25,6 x10⁹/L) với 13,98% có lượng bạch cầu trên 15000/mm³. Bạch cầu là yếu tố góp phần đánh giá nhiễm trùng, có 90,59% số lượng BC < 12000/mm³ → sản phụ không có nhiễm trùng. Màng ối có chức năng bảo vệ nhiễm trùng thai nhi nên khi có ối vỡ nguy cơ nhiễm trùng tăng [2],[4]. Kết quả này phù hợp với Furman B, Hannah M, Lawn JE: OVS làm tăng nguy cơ nhiễm trùng cho mẹ và thai nhi, tỉ lệ với thời gian vỡ ối sớm cho đến lúc sanh [6], [8], [10] thời gian từ bắt đầu có ối vỡ đến nhập viện càng kéo dài, số lượng BC càng tăng → tăng nguy cơ nhiễm trùng cho mẹ và thai nhi, phù hợp với Furman B, Hannah M, Lawn JE [6], [8], [10]. Do đó, vấn đề đặt ra cho bác sĩ là sự cần thiết có các biện pháp tư vấn giúp các sản phụ nhận thức được tình trạng vỡ ối và các nguy cơ, rút ngắn thời gian nhập viện nhằm giảm nguy cơ nhiễm trùng cho mẹ và thai nhi.

4.2. Kết cục thai kỳ ở nhóm sản phụ có ối vỡ non trên thai non tháng

Tuổi thai: là $32,33 \pm 1,96$ tuần (28 tuần đến hết 34 tuần), trong đó, 33,87% tuổi thai từ 32 tuần 1 đến 33 tuần 6 ngày và 30,65% ở 34 tuần. Theo nghiên cứu của Zamzami; Taylor J: OVS là tai biến thường gặp trong thai kỳ, xảy ra thường gặp ở nhóm non tháng (< 37 tuần); khoảng 1% xuất hiện trước 31 tuần[6],[12],[16]. Có 61,83% ối vỡ non sử dụng đủ liều corticosteroid trước khi sinh; 30,11% trường hợp dùng 1 liều và 8,06% không có dùng được liều nào trước sinh

Cân nặng trẻ: là $1976,94 \pm 413,64$ (900 gr đến 2900 gram), nhiều là trẻ có cân nặng từ 2000- 2500 gram chiếm 51,08% và 39,25% < 2000 gram; So sánh tuổi thai lúc sanh và cân nặng trẻ bằng biểu đồ, tuổi thai lúc sanh càng cao thì trẻ sanh ra có cân nặng càng lớn. Theo Furman B et al tương tự kết quả nghiên cứu này. Tỷ lệ trẻ <1000g (7,9%), từ 1000g-1500g (9,3%), từ 1500g – 2000g (15,2%), 2000g-2500g (34,4%), > 2500g (33,3%). Trẻ có cân nặng thấp chiếm 49,6%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Cammu H là 3228 ± 401 gram [6].

Chỉ số Apgar và tình trạng trẻ: Apgar tốt là 71,51%, lý do có Apgar tốt là do tuổi thai và có sử dụng corticoisteroids trước sinh nhưng vẫn còn 28,49% có Apgar bất thường, đây là tỷ lệ trẻ phải hồi sức sơ sinh với lý do chủ yếu là do suy hô hấp. Các trường hợp hồi sức được xử trí theo NCPAP. Nghiên cứu chúng tôi phù hợp với kết quả các nghiên cứu khác của Ramsey P.S.

Phương pháp sinh: mổ lấy thai cấp cứu (56,99%); sinh thường ngã âm đạo chiếm 24,19% và 18,82% trường hợp sinh thường kèm cắt may tầng sinh môn. Lý do mổ lấy thai là suy thai trong chuyển dạ (48,11%); vết mổ lấy thai cũ có ối vỡ (13,21%); tiền sản giật nặng (10,38%); chuyển dạ ngưng tiến triển (6,6%). Kết luận này phù hợp với nghiên cứu Hannah M; Gafni A; Zamzami[9],[8],[11],[16]. Một tác giả theo dõi có 28 trường hợp sinh đường âm đạo do không cắt được con co tử cung và 38 trường hợp mổ lấy thai. Trong đó, mổ lấy thai do CTG không đáp ứng 20 trường hợp, ngôi bất thường 8 trường hợp, nghi ngờ nhau bong non 6 trường hợp, có 4 trường hợp mổ lấy thai yêu cầu của bệnh nhân và điều trị cắt con co không hiệu quả 4 trường hợp mổ lấy thai theo yêu cầu của bệnh nhân và điều trị cắt con co không hiệu quả [15].

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng: Lý do vào viện là ra nước âm đạo (54,3%). Tuổi thai là $32,33 \pm 1,96$ tuần (28- đến hết 34 tuần), có 33,87% ở tuổi thai từ 32 tuần 1 đến 33 tuần 6 ngày và 30,65% có tuổi thai 34 tuần. Chưa có con co là 95,16%, chưa có mở cổ tử cung (<1cm) chiếm 76,34% và ngôi đầu chiếm 94,09%. Đặc điểm ối vỡ non: rỉ ối chiếm 81,72%, với màu trắng trong (81,72%),

màu trắng kèm màu đỏ chiếm 16,13%; nước ối loãng (95,7%); lượng 73,66% và lượng nhiều là 25,81%. Trung bình thời gian ối vỡ đến nhập viện là $79 \pm 64,77$ phút (9 đến 480 phút); trong đó tập trung nhiều là nhóm dưới 60 phút chiếm 38,17%; 34,41% trường hợp từ 60 đến 120 phút. **Cận lâm sàng:** hồng cầu là $3,92 \pm 0,45$ (2,5- 4,9 triệu/mm³); thiếu máu (Hb<11g/dl) là 27,96%; bạch cầu là $11,69 \pm 3,44$ ($2- 25,6 \times 10^9/L$) với 13,98% lượng bạch cầu trên 15000/mm³.

2. Kết cục thai kỳ ở sản phụ có ối vỡ non trên thai non tháng

61,83% ối vỡ non sử dụng đủ liều corticosteroid trước sinh.

Có 106 trường hợp ối vỡ non trên thai non tháng có chỉ định mổ lấy thai cấp cứu chiếm 56,99%; sinh thường ngã âm đạo chiếm 24,19% và có 18,82% trường hợp sinh thường kèm cắt may tầng sinh môn; Lý do mổ lấy thai cấp cứu là suy thai trong chuyên dạ (48,11%); vết mổ lấy thai cũ có ối vỡ (13,21%); tiền sản giật nặng (10,38%); chuyển dạ ngưng tiến triển là 6,6%.

Trẻ trai chiếm 53,76% cao hơn trẻ gái (46,24%); cân nặng trung bình của trẻ là $1976,94 \pm 413,64$ (900 gr đến 2900 gram), trong đó, trẻ có cân nặng từ 2000 đến 2500 gram chiếm 51,08% và có 39,25% dưới 2000 gram; chỉ số Apgar tốt chiếm 71,51% và có 28,49% trường hợp Apgar bất thường, đây là tỷ lệ trẻ phải hồi sức sơ sinh với lý do chủ yếu là do suy hô hấp. Các trường hợp hồi sức được xử trí theo NCPAP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP HCM, (2007), “Sự phát triển của thai và phần phụ của thai”, *Sản phụ khoa*, tập 1, Nhà Xuất bản Y học, chi nhánh TP HCM, tr. 60- 66
2. Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Hà Nội, (2005), “Đẻ khó do nước ối và màng thai”, *Sản phụ khoa*, tập 1, Nhà Xuất bản Y học, tr. 167- 170.
3. Nguyễn Đức Hình, (2003), “Nước ối”, *Một số vấn đề cần thiết đối với bác sĩ sản khoa*, Nhà Xuất bản Y học, Hà Nội
4. Phạm Văn Linh, Cao Ngọc Thành, (2007), “Sự thụ tinh làm tổ và phát triển của trứng”, *Sản phụ khoa sách đào tạo bác sĩ đa khoa*, Nhà Xuất bản Y học, tr. 29- 39.
5. Nguyễn Duy Tài, Trần Sơn Thạch, (2006), “Xử trí ối vỡ non trên thai non tháng”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 10(1), tr. 122- 127.
6. Cox S.M., Williams M.L., Leveno K.J. (1988), “The natural history of preterm ruptured membranes: What to expect of expectant management”, *Obstet Gynecol*, 71(4), pp. 558-583.
7. Grant J., Keirse M.J.N.C. (1989), “Prelabour rupture of the membranes at term”, *Effective care in pregnancy and Childbirth*, 2, England: Oxford University Press, Oxford, pp. 1112-1117.
8. Imseis H.M., Trout W.C., Gabbe S.G. (1999), “The microbiologic effect of digital cervical examination”, *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 180(3), pp. 578-580.
9. Lewis D.F., Major C.A., Towers C.V., Asrat T., Harding J.A., Garite T.J. (1992), “Effects of digital vaginal examinations on latency period in preterm premature rupture of membranes”, *Obstet Gynecol*, 80(4), pp. 630-634
10. Paul T., Wilkes M.D. (2004), “Premature rupture of membranes”, *Obstetrics and gynecology*, 34, pp. 769-778.
11. Peter S. Heyl (2000), “Preterm delivery”. *Manual of Obstetrics*, 6, Lippincott Williams and Wilkins, pp. 440-460
12. Shrestha S.R., Sharma P. (2006), “Fetal outcome of pre-labor rupture of membranes”, *N. J. Obstet Gynecol*, 1(2), pp. 19 -24.
13. Svigos J.M., Robinson J.S., Vigneswaran R. (2012), “Prelabor rupture of the membranes”, *High risk pregnancy management options*, Elsevier Saunders, pp. 1321-1333
14. Zamzami Y. (2005), “Prelabor Rupture of membranes at term in low-risk women: induce or wait?”, *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 6, pp. 1-5.

(Ngày nhận bài: 13/8/2019 - Ngày duyệt đăng bài: 28/8/2019)
