

Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và kết quả điều trị ở sản phụ có ối vỡ non tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Trương Thị Linh Giang^{1*}, Hồ Thị Khánh Linh¹
(1) Bộ môn Phụ sản, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân tích thái độ xử trí ở những sản phụ có ối vỡ non. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 51 sản phụ có ối vỡ non tuổi thai từ 22 tuần trở lên từ tháng 1/2020 đến tháng 4/2021 tại Khoa Sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của sản phụ là $29,57 \pm 5,38$. Tỷ lệ ối vỡ non ở thai con so là 47,1% và giảm dần ở thai lần sau. Phần lớn sản phụ vào viện chưa có dấu hiệu chuyển dạ. Không có sự khác biệt về giá trị bạch cầu và chỉ số nước ối giữa hai nhóm tuổi thai ≤ 37 tuần và > 37 tuần. Tỷ lệ sinh mổ chiếm 34,1% ở nhóm thai non tháng và 52,6% ở nhóm thai đủ tháng. Có tương quan nghịch giữa tuổi thai và thời gian ối vỡ - sinh ($r = 0,656$; $p = 0,000$). Cân nặng trung bình trẻ được sinh ra ở nhóm ≤ 37 tuần và > 37 tuần lần lượt là 2634 ± 432 gram và 3152 ± 274 gram. Nguy cơ nhiễm trùng ối tăng 8,4 lần khi ối vỡ ≥ 48 giờ (OR 8,4, 95% CI 1,85 – 38,01, $p = 0,007$). Ngưỡng dự đoán nhiễm trùng ối của bạch cầu là $10,59 \times 10^9/L$ (độ nhạy 90,9%, độ đặc hiệu 52,5% ($p < 0,05$)). Về phía con, phân tích hồi quy đa biến không cho thấy sự liên quan độc lập giữa suy hô hấp với mổ lấy thai, tuổi thai, nhiễm trùng ối và nhiễm trùng sơ sinh. Ngược lại, nhiễm trùng sơ sinh tăng lên ở nhóm có nhiễm trùng ối (OR 14,0, 95% CI 1,1 – 178,9, $p = 0,014$). **Kết luận:** Tuổi thai và các yếu tố liên quan có tương quan với hướng xử trí và kết cục thai kỳ trên những thai phụ có ối vỡ non. Cần tiến hành thêm nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để làm rõ ý nghĩa thống kê.

Từ khoá: Ối vỡ non, nhiễm trùng ối, suy hô hấp sơ sinh, nhiễm trùng sơ sinh.

Abstract

Relevant factors and results of treatment in women with premature rupture of membranes at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Truong Thi Linh Giang^{1*}, Ho Thi Khanh Linh¹

(1) Dept. Obstetrics and Gynecology, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Objectives: To study clinical, subclinical features and to analyze treatment attitudes in patients with PROM. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study, including 51 women with PROM at above 22 weeks' gestation, from January 2020 to April 2021 at the Department of Obstetrics, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** Maternal mean age was 29.57 ± 5.38 years. The frequency of PROM in the primigravida (47.1%) was higher than the multigravida. Most patients were hospitalized without labour symptoms. There were insignificant differences in median white blood cell and amniotic fluid Index between ≤ 37 and > 37 weeks group. The women that had cesarean in the ≤ 37 and > 37 weeks group were 34.1% and 52.6%. There was a negative correlation between gestational age and duration time of PROM to delivery ($r = 0.656$; $p = 0.000$). The mean weight of gestation was 2634 ± 432 grams in the ≤ 37 weeks group and 3152 ± 274 grams in > 37 weeks group. The sensitivities and specificities of level white blood cells (optimal cut-off was $10.59 \times 10^9/L$) for the diagnosis of chorioamnionitis were 90.2% and 52.5%. Chorioamnionitis was increased with the duration of PROM to delivery ≥ 48 hours (OR 8.4, 95% CI 1.85 – 38.01, $p = 0.007$). Linear regression analysis did not show the correlation between these factors: gestational age, cesarean delivery, chorioamnionitis and neonatal infection. Neonatal respiratory distress syndrome was increased with chorioamnionitis (OR 14.0, 95% CI 1.1 – 178.9, $p = 0.014$). **Conclusion:** Gestation's age and relevant factors are associated with treatment attitudes and outcomes in patients with PROM. More research is needed with a larger sample size to clarify the statistical significance of difference.

Keywords: Premature rupture of membranes (PROM), chorioamnionitis, newborn respiratory distress syndrome, neonatal infection.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ối vỡ non là một trong những biến chứng phổ biến trong thực hành sản khoa, có liên quan đáng kể đến bệnh tật và tử vong của bà mẹ và thai nhi. Do đó, việc chăm sóc thai phụ có ối vỡ non đóng một vai trò quan trọng trong việc quản lý thai nghén nhằm giảm nguy cơ mắc bệnh và đạt được kết quả mong đợi. Tuy nhiên, chẩn đoán và xử trí ở phụ nữ mang thai mắc ối vỡ non còn nhiều tranh cãi [1]. Trong những năm gần đây, có rất nhiều nghiên cứu về các đặc điểm và kết cục thai kỳ của ối vỡ non. Ở Mỹ, khoảng 6 - 40% chuyển dạ sinh non là hậu quả của ối vỡ non [2]. Tại Bệnh viện Trung ương Huế vào năm 2012, nhiễm trùng sơ sinh và hội chứng suy hô hấp là những biến chứng thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh do mẹ bị ối vỡ non [3].

Những đặc điểm của bà mẹ và thai nhi ở những sản phụ có ối vỡ non là vô cùng quan trọng trong việc quản lý và phòng ngừa các biến chứng. Vì vậy nghiên cứu này nhằm mục đích: Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân tích thái độ xử trí ở sản phụ có ối vỡ non.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

51 sản phụ có ối vỡ non có tuổi thai từ 22 tuần trở lên từ tháng 1/2020 đến tháng 4/2021 tại Khoa Sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Tuổi thai từ 22 tuần trở lên (tính từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng).
- Đối với thai phụ không nhớ rõ kỳ kinh cuối cùng nên dựa vào kết quả siêu âm của quý đầu.
- Thai sống.
- Có vỡ ối và chưa có chuyển dạ ít nhất 1 giờ sau khi vỡ ối.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Sản phụ có ối vỡ non nhưng không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Thai lưu, thai dị dạng.
- Có tiền sử mắc các bệnh: bệnh tim, bệnh thận,

tăng huyết áp, Basedow, đái tháo đường và các bệnh nội khoa khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2020 đến tháng 4/2021 tại Khoa Sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

Phiếu nghiên cứu được thiết kế sẵn bao gồm thông tin về nhân khẩu của đối tượng, tiền sử sản khoa, dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng, các yếu tố liên quan, điều trị và kết cục của cả mẹ và thai kỳ trong thời gian nằm viện.

Các bước tiến hành:

- **Bước 1:** Thu thập thông tin có trong phiếu nghiên cứu đối với những sản phụ vào viện với tình trạng ra nước âm đạo + đau bụng và được chẩn đoán ối vỡ non.

- **Bước 2:** Khám lâm sàng, tiến hành làm các xét nghiệm và đánh giá tình trạng thai nhi, các dấu hiệu chuyển dạ, nhiễm trùng ối.

- **Bước 3:** Tuỳ theo từng tuổi thai và tình trạng mẹ cũng như thai nhi mà lựa chọn hướng xử trí thích hợp.

- **Bước 4:** Đánh giá kết quả điều trị. Kết thúc nghiên cứu khi thai phụ và trẻ sơ sinh ra viện.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Các biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn và được phân tích bằng kiểm định 2 mẫu độc lập t-test. Các biến phân loại được thể hiện theo tỷ lệ và được phân tích bằng kiểm định Chi-square test hoặc kiểm định Fisher để đánh giá sự phù hợp. Sử dụng kiểm định T-Test để kiểm định mối liên quan giữa trung bình của các biến định lượng. Sử dụng các phép tính để tìm hệ số tương quan, phương trình hồi quy các mẫu độc lập. Diện tích đường cong ROC – AUC là đại diện cho độ chính xác của phương pháp đánh giá. Phương pháp đánh giá có ý nghĩa khi $AUC > 0,6$. Sử dụng chỉ số odds ratio (OR) để tính nguy cơ. Các số liệu xử lý của nghiên cứu được xem là có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhân khẩu và tiền sử của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18 – 35	42	82,4
	> 35	9	17,6
	Trung bình	29,57 $\pm$ 5,38	
Nơi ở	Nông thôn	33	64,7
	Thành thị	18	35,3

Nghề nghiệp	Nội trợ	11	21,6
	Buôn bán	10	19,6
	Nông dân	6	11,8
	Tri thức	13	25,5
	Khác	11	21,6
Tiền sử đẻ non	Có	5	9,8
	Không	46	90,2
Tiền sử bệnh phụ khoa	Có	0	0,0
	Không	51	100,0
Lần mang thai thứ mấy	1	24	47,1
	2	18	35,5
	3	7	13,7
	4	2	3,9

Tuổi mẹ trung bình là $29,57 \pm 5,38$ (từ 22 - 44 tuổi). Trong số 51 phụ nữ, 64,7% là cư dân nông thôn. 13 phụ nữ phải làm việc trí thức và 5 người có tiền sử chuyển dạ sinh non, 47,1% các thai phụ vào viện với lần mang thai đầu tiên.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ của đối vớ non

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ

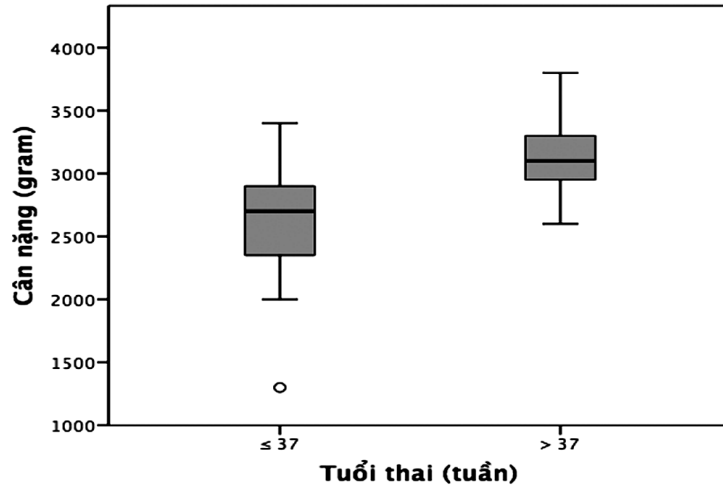
	Tuổi thai ≤ 37 tuần (n = 32)	Tuổi thai > 37 tuần (n = 19)	Giá trị p
Tuổi thai (tuần)	$34,81 \pm 1,79$	$38,58 \pm 0,84$	-
Ngôi chỏm	28 (87,5%)	17 (89,5%)	0,604
Chưa có cơn go tử cung	12 (37,5%)	10 (52,6%)	0,291
CTC chưa mở	23 (71,9%)	14 (73,7%)	0,889
Chỉ số BISHOP ≤ 6	28 (87,5)	19 (100,0%)	0,283
Nhiễm trùng ối	8 (25%)	3 (15,8%)	0,505
Bạch cầu ($\times 10^9/L$)	$11,6 \pm 2,7$	$11,3 \pm 2,3$	0,663
AFI < 5 cm	11 (34,4%)	7 (36,8%)	0,859
Sử dụng corticosteroid	15 (46,9%)	0 (0,0%)	0,000
Sử dụng giảm co	14 (43,8%)	0 (0,0%)	0,001
Sử dụng kháng sinh	32 (100,0%)	19 (100,0%)	-
Mổ lấy thai	11 (34,4%)	10 (52,6%)	0,200
Thời gian vỡ ối – sinh	$56 \pm 108,8$	$20 \pm 18,3$	0,159
Cân nặng trẻ sơ sinh (gram)	2634 ± 432	3152 ± 274	0,000

Trong 51 sản phụ nhập viện, có 32 sản phụ có tuổi thai ≤ 37 tuần và 19 sản phụ có tuổi thai > 37 tuần. Tuổi thai trung bình của nhóm ≤ 37 tuần là $34,81 \pm 1,79$ tuần và > 37 tuần là $38,58 \pm 0,84$. Phần lớn các trường hợp nhập viện với tình trạng chưa có cơn go tử cung, cổ tử cung chưa mở và chỉ số BISHOP ≤ 6 . Không có sự khác biệt về các yếu tố kể trên giữa 2 nhóm tuổi. Tỷ lệ nhiễm trùng ối và thời gian vỡ ối - sinh ở nhóm ≤ 37 tuần có cao hơn so với

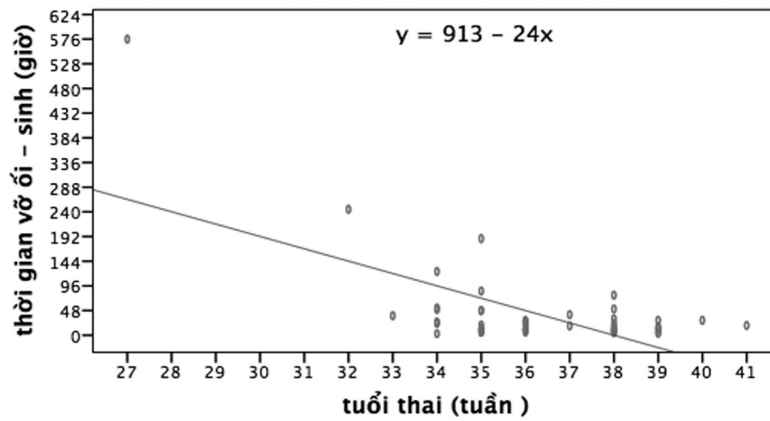
nhóm > 37 tuần, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Việc sử dụng giảm co và corticosteroid không được áp dụng cho nhóm > 37 tuần, tuy nhiên ở nhóm ≤ 37 tuần, tỷ lệ sử dụng là 46,9% và khác biệt này là có ý nghĩa thống kê.

Về cân nặng trẻ sơ sinh, nhóm ≤ 37 tuần có cân nặng trung bình là 2634 ± 432 gram, trong khi nhóm > 37 tuần có giá trị cao hơn 3152 ± 274 (p < 0,05).



Biểu đồ 1. Tuổi thai và cân nặng



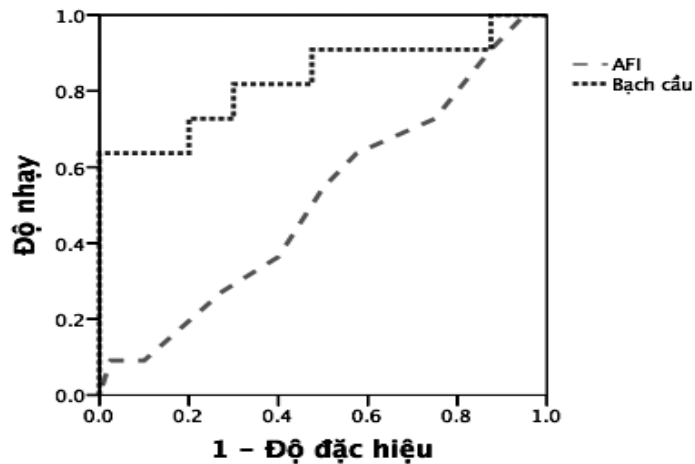
Biểu đồ 2. Tuổi thai và thời gian vỡ ối – sinh

Có sự tương quan nghịch giữa thời gian vỡ ối – sinh với tuổi thai theo phương trình $y = 913 - 24x$ ($r = 0,646$; $p = 0,000$).

3.3. Các yếu tố liên quan đến kết cục của mẹ và thai

3.3.1. Nhiễm trùng ối

3.3.1.1. Ngưỡng dự đoán nhiễm trùng ối của bạch cầu và AFI



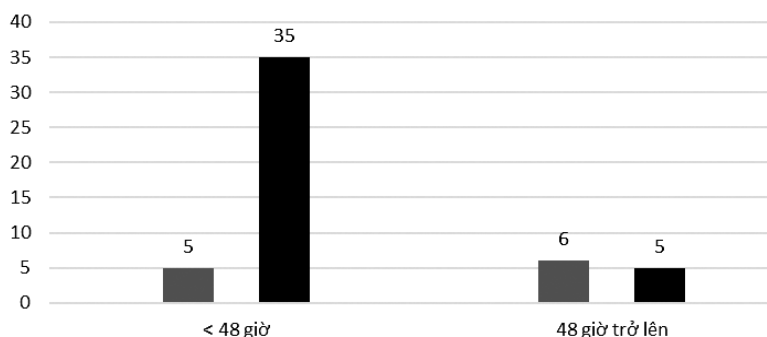
Biểu đồ 3. Đường cong ROC của bạch cầu và AFI

Bảng 3. AUC, điểm cắt, độ nhạy và độ đặc hiệu của bạch cầu và AFI

Chỉ số	AUC	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị p
Bạch cầu ($\times 10^9/L$)	0,832	10,59	90,9%	52,5%	0,001
AFI (cm)	0,513	4,5	63,6%	42,5%	0,9

Ngưỡng dự đoán nhiễm trùng ối của bạch cầu là $10,59 \times 10^9/L$ với độ nhạy 90,9% và độ đặc hiệu 52,5%. Giá trị của AFI có $p > 0,05$ nên không có giá trị trong việc dự đoán nhiễm trùng ối.

3.3.1.2. Liên quan giữa thời gian vỡ ối – sinh với nhiễm trùng ối



Biểu đồ 4. Mối liên quan giữa thời gian vỡ ối – sinh với nhiễm trùng ối

Những trường hợp có thời gian vỡ ối - sinh ≥ 48 giờ sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng ối lên 8,4 lần so với những trường hợp < 48 giờ (OR 8,4, 95% CI 1,85 – 38,01, $p = 0,007$).

3.3.2. Suy hô hấp sơ sinh

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến hội chứng suy hô hấp sơ sinh

		Suy hô hấp sơ sinh		OR	Giá trị p
		Có	Không		
Mổ lấy thai	Có	5	16	2,8 (0,6 – 13,4)	0,676
	Không	3	27		
Tuổi thai	≤ 37	8	16	-	0,160
	> 37	0	27		
Nhiễm trùng ối	Có	4	7	5,1 (1,0 – 25,6)	0,187
	Không	4	36		
Nhiễm trùng sơ sinh	Có	2	1	14,0 (1,1 – 178,9)	0,205
	Không	6	42		
Tổng		8	43		

Mặc dù một số yếu tố liên qua qua phân tích đơn biến, tuy nhiên không xác định sự liên quan qua phân tích đa biến như mổ lấy thai, tuổi thai lúc sinh, nhiễm trùng ối và nhiễm trùng sơ sinh.

3.3.3. Nhiễm trùng sơ sinh

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng sơ sinh

		Nhiễm trùng sơ sinh		OR	Giá trị p
		Có	Không		
Tuổi thai (tuần)	≤ 37	2	22	2,4 (0,2 – 27,9)	0,950
	> 37	1	26		
Nhiễm trùng ối	Có	2	9	8,7 (0,7 – 106,4)	0,321
	Không	1	39		

Số lần thăm khám âm đạo	1 - 4 lần	1	38	0,1	0,165
	> 4 lần	2	10	(0,01 – 1,60)	
Bạch cầu ($\times 10^9/L$)	< 15	1	45	0,03	0,001
	≥ 15	2	3	(0,002 – 0,481)	
AFI	< 5 cm	2	16	4,0	0,400
	≥ 5 cm	1	32	(0,3 – 47,5)	
Suy hô hấp	Có	2	6	14,0	0,014
	Không	1	42	(1,1 – 178,9)	
Tổng		3	48		

Qua phân tích hồi quy đa biến, bạch cầu và suy hô hấp là hai biến liên quan độc lập đến nhiễm trùng sơ sinh. Cụ thể, bạch cầu $< 15 \times 10^9/L$ là không làm tăng nguy cơ nhiễm trùng sơ sinh (OR 0,03, 95%CI 0,002 – 0,481, $p = 0,001$). Tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh ở nhóm có suy hô hấp cao gấp 14 lần so với nhóm không có suy hô hấp (OR 14,0, 95%CI 1,1 – 178,9, $p = 0,014$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân khẩu và tiền sử của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm nhân khẩu của đối tượng nghiên cứu

Tương tự như những nghiên cứu trước đó [4], [5], tuổi mẹ trung bình là $29,57 \pm 5,38$ (nhỏ nhất là 22, lớn nhất là 44 tuổi). Điều này có thể giải thích lý do tại sao ối vỡ non thường xuyên xảy ra trong độ tuổi sinh sản.

Trong số 51 trường hợp, 64,7% sống ở nông thôn, 25,5% phải làm việc trí óc. Tuy nhiên, những đặc điểm này đại diện cho mẫu nghiên cứu hơn là mô tả mối liên quan giữa ối vỡ non với các yếu tố nhân khẩu học xã hội.

4.1.2. Tiền sử của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử đẻ non

Tỷ lệ phụ nữ có tiền sử đẻ non là 9,8%. Theo nghiên cứu hồi cứu kéo dài 5 năm trên 1280 ca có ối vỡ non khi thai non tháng của Phatsorn và Prapat chỉ ra rằng tiền sử sinh non trước đó là một yếu tố liên quan đáng kể đến ối vỡ non ở thai non tháng với OR = 8,81 (95% CI 2,81–28,69); $p < 0,05$ [6].

Tiền sử bệnh lý phụ khoa

Bên cạnh đó, trong số 51 trường hợp, không ghi nhận ca nào có tiền sử bệnh lý phụ khoa. Theo Lou Liu và cộng sự (2021), phần lớn các trường hợp ối vỡ non là do tình trạng nhiễm trùng đường sinh dục tăng dần. Nghiên cứu tình trạng chuyển hoá một số chất ở âm đạo là một hướng đi mới để tìm hiểu về chứng loạn khuẩn âm đạo và cơ chế của ối vỡ non gây ra bởi tình trạng viêm âm đạo [7].

Số lần mang thai của thai phụ

47,1% các thai phụ mang thai lần đầu tiên. Tỷ lệ mắc ối vỡ non giảm dần ở phụ nữ mang thai lần thứ hai, thứ ba và thứ tư. Điều này có lẽ là do sự thiếu

chuẩn bị cho việc mang thai lần đầu, chưa sẵn sàng làm mẹ cũng như vấn đề tài chính của các thai phụ.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ theo nhóm tuổi

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Trong nghiên cứu này, có 32 sản phụ có tuổi thai ≤ 37 tuần và 19 sản phụ có tuổi thai > 37 tuần.

4.2.1.1. Dấu hiệu chuyển dạ

Phần lớn các trường hợp nhập viện với tình trạng chưa có cơn gò tử cung, cổ tử cung chưa mở và chỉ số BISHOP ≤ 6 . Không có sự khác biệt về các yếu tố kể trên giữa 2 nhóm tuổi. Điều này cho thấy hầu hết các trường hợp ối vỡ non nhập viện mà không có dấu hiệu chuyển dạ.

4.2.1.2. Đặc điểm nhiễm trùng ối

11 bệnh nhân bị nhiễm trùng ối (21,6%). Nhiễm trùng ối được chẩn đoán với các tiêu chí mẹ sốt, mạch mẹ nhanh > 100 lần/phút, tim thai > 160 lần/phút, tử cung mềm đau, nước ối hôi và bạch cầu $> 15000/mm^3$. Tỷ lệ nhiễm trùng ối ở nghiên cứu này cao hơn so với các nghiên cứu khác. Theo Xiang Han và cộng sự (2019), bằng chứng nhiễm trùng và viêm được tìm thấy ở 373 trong số 2372 ca (chiếm 15,7%) được chẩn đoán nhiễm trùng ối trên lâm sàng [8]. Theo nghiên cứu của Ji Hee Sung (2021), độ chính xác của các tiêu chuẩn lâm sàng chẩn đoán viêm màng ối là không cao, khoảng 50%. Thực tế lâm sàng nhiều nơi có thể định nghĩa viêm màng ối theo cách nghiêm ngặt hơn hoặc nói lỏng hơn, do vậy dẫn đến tính không nhất quán giữa nhiễm khuẩn ối với kết cục sơ sinh [9].

4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

4.2.2.1. Bạch cầu

Theo nghiên cứu, bạch cầu lúc vào viện của 2 nhóm nhìn chung không có sự khác biệt. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Văn Hoàng (2016) [4].

4.2.2.2. AFI

Tỷ lệ AFI < 5 cm ở nhóm ≤ 37 tuần là 34,4% và > 37 tuần là 36,8%. Những thai phụ với ối vỡ non mà AFI ≤ 5 cm và chiều dài cổ tử cung ≤ 2 cm sẽ có 86,4% chuyển dạ trong vòng 7 ngày sau khi ối vỡ [10].

4.2.3. Kết cục của thai kỳ

4.2.3.1. Thời gian ối vỡ - sinh

Thời gian từ lúc ối vỡ - sinh ở nhóm ≤ 37 tuần là $56 \pm 108,8$, cao hơn so với nhóm > 37 tuần là $20 \pm 18,3$. Có đến 68,6% chuyển dạ trong vòng < 24 giờ và 19,6% chuyển dạ trong vòng 24 - < 48 giờ. Điều này cho thấy đa số các trường hợp ối vỡ non chuyển dạ trong 48 giờ đầu sau vỡ ối. Hexia Xia (2015) đã chỉ ra rằng can thiệp sớm có thể làm tăng nguy cơ khởi phát chuyển dạ thất bại. Ngược lại, khởi phát chậm có thể dẫn đến tỷ lệ nhiễm trùng ở mẹ và thai nhi cao hơn [11].

Đồng thời, khi đánh giá tuổi thai với thời gian vỡ ối - sinh theo biểu đồ 2, có sự tương quan nghịch giữa thời gian vỡ ối - sinh với tuổi thai. Điều này chứng tỏ tuổi thai càng lớn, thời gian vỡ ối - sinh càng được rút ngắn.

Theo Lorthe (2017), kéo dài thời gian tiềm tàng ở những thai phụ có ối vỡ non ở thai non tháng không làm xấu đi tiên lượng trẻ sơ sinh khi ra đời [12].

4.2.3.2. Sử dụng corticosteroid, giảm co và kháng sinh

Không có trường hợp nào ở tuổi thai > 37 tuần được sử dụng corticosteroid và giảm co. Giảm co sử dụng trước 34 tuần sẽ giúp kéo dài thời gian chờ cho Corticosteroid được phát huy tác dụng, đặc biệt là trong 48 giờ đầu. Tuy nhiên, Lorthe (2020), so sánh ở nhóm thai phụ có ối vỡ non giữa việc có hay không sử dụng giảm co, đã chỉ ra vẫn chưa đủ bằng chứng để xác định giảm co có liên quan đến việc kéo dài thai kỳ hay giúp cải thiện kết cục thai nhi [13]. Sử dụng kháng sinh trong chuyển dạ và sinh trong vòng 24 giờ sau khi ối vỡ non khởi phát sẽ làm giảm đáng kể các biến chứng cho mẹ và đạt được kết quả sơ sinh thuận lợi [14].

4.2.3.3. Khởi phát chuyển dạ và hình thức sinh

Hơn một nửa các trường hợp chấm dứt thai kỳ với sinh thường. Tỷ lệ sinh thường của mẫu nghiên cứu cao hơn những nghiên cứu khác. Điều này có thể được lý giải bởi phần lớn các sản phụ ở nhóm tuổi thai > 34 tuần, thời gian chuyển dạ đến lúc sinh đa phần đều dưới 48 giờ, điều kiện chăm sóc bệnh viện khá tốt và kiểm soát sớm tình trạng nhiễm khuẩn. Ngược lại, theo Henxia Xia (2015), tỷ lệ sinh mổ ở nhóm thai phụ có ối vỡ non cao hơn so với nhóm không có ối vỡ non (55,1% so với 42,5%) [8].

4.2.3.4. Cân nặng trẻ sơ sinh

Cân nặng trung bình của nhóm ≤ 37 tuần thấp hơn so với nhóm > 37 tuần và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê. Đối với những trường hợp ối vỡ non ở thai non tháng, kéo dài thời gian tiềm tàng giúp cân nặng thai nhi tiếp tục tăng. Theo nghiên cứu của Rouzaire (2021), cân nặng trẻ sơ sinh có liên quan chặt chẽ với thời gian ối vỡ - sinh ($p = 0,001$) [6].

4.3. Các yếu tố liên quan kết cục của mẹ và thai

4.3.1. Các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng ối

4.3.1.1. Bạch cầu của mẹ và nhiễm trùng ối

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng có mối liên quan giữa số lượng bạch cầu và tỷ lệ nhiễm trùng ối. Ngưỡng dự đoán nhiễm trùng ối của bạch cầu là $10,59 \times 10^9/L$ với độ nhạy 90,9% và độ đặc hiệu 52,5% ($p < 0,05$). Tuy nhiên theo Amirabi và cộng sự (2012) chỉ ra rằng bạch cầu và CRP không đủ tin cậy để chẩn đoán nhiễm trùng ối ở những sản phụ có ối vỡ non [15].

4.3.1.2. Thời gian vỡ ối - sinh và nhiễm trùng ối

Phân tích mối liên quan giữa thời gian vỡ ối - sinh với nhiễm trùng ối, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ những trường hợp ối vỡ ở nhóm có thời gian tiềm tàng ≥ 48 giờ cao hơn 8,4 lần so với nhóm có thời gian tiềm tàng < 48 giờ (OR 8,4, 95% CI 1,85 - 38,01, $p = 0,007$).

4.3.2. Các yếu tố liên quan đến suy hô hấp sơ sinh

Có 8/51 trường hợp trẻ sinh ra có suy hô hấp sơ sinh (15,7%). Sau khi áp dụng phân tích hồi quy đa biến, chúng tôi không ghi nhận các yếu tố bao gồm mổ lấy thai, tuổi thai, nhiễm trùng ối và nhiễm trùng sơ sinh có mối liên quan độc lập với suy hô hấp sơ sinh.

Một vài nghiên cứu chỉ ra rằng mổ lấy thai có thể liên quan với suy hô hấp. Điều này có thể giải thích là do sự tăng tỷ lệ suy hô hấp vì thời điểm mổ lấy thai không thích hợp, phân loại tuổi thai chưa đúng, sự khác nhau về biến chứng thai kỳ xảy ra trước khi mổ lấy thai so với sanh ngã âm đạo, sản phụ chưa có dấu hiệu chuyển dạ.

Theo Sarno và cộng sự (2019), nhiễm trùng ối không ảnh hưởng tới suy hô hấp (RR 0,93, 95% CI 1,08 - 1,67), tuy nhiên sau khi hiệu chỉnh với tuổi thai thì nguy cơ này giảm xuống (RR 0,57, 95% CI 0,35 - 0,93) [16].

4.3.3. Các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng sơ sinh

Qua phân tích hồi quy đa biến, bạch cầu < $15 \times 10^9/L$ không liên quan đến nhiễm trùng sơ sinh (OR 0,03, 95% CI 0,002 - 0,481, $p = 0,001$). Tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh ở nhóm có suy hô hấp cao gấp 14 lần so với nhóm không có suy hô hấp (OR 14,0, 95% CI 1,1 - 178,9, $p = 0,014$).

Về tình trạng nhiễm trùng ối, theo Escobar, tỷ lệ

nhiễm trùng sơ sinh ở nhóm có nhiễm trùng ối cao gấp 4,67 lần so với nhóm không có nhiễm trùng ối (OR 4,67, 95%CI 0,26 – 85,6). Mẹ có nhiễm trùng ối là một yếu tố đáng kể trong việc khởi phát sớm nhiễm trùng huyết sơ sinh [17].

Về chỉ số AFI, theo nghiên cứu của Ashraf Sadat Mousavi và cộng sự (2018), ở những sản phụ có ối vỡ non ở thai non tháng, nhóm có AFI < 5 cm có tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh cao hơn (14,6% so với 2,3%; $p = 0,039$) và tử vong chu sinh cao hơn (30,9% so với 4,7%; $p = 0,013$) so với nhóm có AFI ≥ 5 cm [18].

Về số lần thăm khám âm đạo, theo nghiên cứu của chúng tôi, việc tăng số lần khám âm đạo (> 4 lần) không làm tăng tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh so với việc thăm khám ít hơn. Tuy nhiên theo Henci Goer chỉ ra rằng tỷ lệ nhiễm trùng ối và nhiễm trùng sơ sinh sẽ tăng qua việc thăm khám âm đạo nhiều lần. Nguy

cơ tăng gấp 2 lần khi thăm khám âm đạo bằng tay từ 3 - 4 lần và tăng gấp 5 lần khi khám âm đạo bằng tay trên 8 lần.

Tuy vậy, mặc dù 3 yếu tố nêu trên có liên quan với nhiễm trùng sơ sinh qua phân tích đơn biến, nhưng lại không xác định sự liên quan phân tích đa biến.

5. KẾT LUẬN

Ối vỡ non là một vấn đề quan trọng trong thực hành sản khoa, đe dọa đến kết cục của mẹ và trẻ sơ sinh. Do đó, chăm sóc cho những trường hợp ối vỡ non đóng vai trò quan trọng trong quản lý thai kỳ nhằm giảm thiểu rủi ro và đạt được những kết quả mong muốn. Tuổi thai và các yếu tố liên quan có tương quan với hướng xử trí và kết cục thai kỳ trên những thai phụ có ối vỡ non. Cần tiến hành thêm nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để làm rõ ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Scorza WE. Management of prelabor rupture of the fetal membranes at term. [Online]. 2021. Available from: URL: <https://www.uptodate.com/contents/prelabor-rupture-of-the-fetal-membranes-at-term-management#references>. (Accessed on March 10, 2021).
- Han X, Du H, Cao Y, et al. Association of histological and clinical chorioamnionitis with perinatal and neonatal outcome. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2021; 34(5):794-802.
- Đồng Thị Hồng Trang (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bảo tồn ở sản phụ có ối vỡ non từ 28 đến 34 tuần. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Dược Huế.
- Lê Văn Hoàn (2016). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí các trường hợp ối vỡ non trên thai non tháng. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Dược Huế.
- Lò Thị Diễm Ngọc (2018). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học và kết quả xử trí các trường hợp ối vỡ non tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Dược Huế.
- Sae-Lin P, Wanitpongpan P. Incidence and risk factors of preterm premature rupture of membranes in singleton pregnancies at Siriraj Hospital. *J Obstet Gynaecol Res.* 2019; 45(3):573-577.
- Idrisa A, Pius S, Bukar M. Maternal and neonatal outcomes in premature rupture of membranes at University of Maiduguri Teaching Hospital, Maiduguri, North-Eastern Nigeria. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2019; 36(1).
- Xia H, Li X, Li X, et al. The clinical management and outcome of term premature rupture of membrane in East China: results from a retrospective multicenter study. *Int J Clin Exp Med.* 2015; 8(4):6212-7.
- Sung JH, Choi SJ, Oh SY, Roh CR. Should the diagnostic criteria for suspected clinical chorioamnionitis be changed? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2021; 34(5):824-833.
- Lorthe E, Moreira C, Weber T, et al. Unit policies regarding tocolysis after preterm premature rupture of membranes: association with latency, neonatal and 2-year outcomes. *Sci Rep.* 2020; 10(9535).
- Escobar GJ, Li DK, Armstrong MA, Gardner MN, Folck BF, Verdi JE, et al. Neonatal sepsis workups in infants ≥ 2000 grams at birth: A population-based study. *Pediatrics.* 2000; 106(2 Pt 1):256-63.
- Liu L, Xu HJ, Chen JL, et al. Detection of Vaginal Metabolite Changes in Premature Rupture of Membrane Patients in Third Trimester Pregnancy: a Prospective Cohort Study. *Reproductive Sciences.* 2021; 28: 585–594.
- Lorthe E, Ancel PY, Torchin H, et al. Impact of Latency Duration on the Prognosis of Preterm Infants after Preterm Premature Rupture of Membranes at 24 to 32 Weeks' Gestation: A National Population-Based Cohort Study. *J Pediatr.* 2017; 182:47-52.e2.
- Ibishi VA, Isjanovska RD. Prelabour Rupture of Membranes: Mode of Delivery and Outcome. *Open Access Maced J Med Sci.* 2015; 3(2):237-240.
- Amirabi A, Naji S, Yekta Z, Sadeghi Y. Chorioamnionitis and diagnostic value of C-reactive protein, erythrocyte sedimentation rate and white blood cell count in its diagnosis among pregnant women with premature rupture of membranes. *Pak J Biol Sci.* 2012; 15(9):454-8.
- Sarno L, Della Corte L, Saccone G, et al. Histological chorioamnionitis and risk of pulmonary complications in preterm births: a systematic review and Meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2019; 13:1-10.

17. Assefa NE, Berhe H, Girma F, et al. Risk factors of premature rupture of membranes in public hospitals at Mekele city, Tigray, a case control study. BMC Pregnancy Childbirth. 2018; 18(1):386.

18. Mousavi AS, Hashemi N, Kashanian M, et al. Comparison between maternal and neonatal outcome of PPRM in the cases of amniotic fluid index (AFI) of more and less than 5 cm. J Obstet Gynaecol. 2018; 38(5):611-615.