

# NEWBORN OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN OF PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Nguyen Thi Thu Ha<sup>1,2\*</sup>, Do Tuan Dat<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>National Hospital of Obstetrics and Gynecology - 43 Trang Thi, Hang Bong, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

<sup>2</sup>VNU University of Medicine and Pharmacy - 144 Xuan Thuy, Dich Vong Hau, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

<sup>3</sup>Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital - 929 La Thanh, Ngoc Khanh, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

<sup>4</sup>Hanoi Medical University - 01 Ton That Tung, Kim Lien, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received: 13/03/2024

Revised: 28/03/2024; Accepted: 10/04/2024

## ABSTRACT

**Objective:** Evaluate pregnancy outcomes of pregnant women with premature rupture of membranes at gestational age from 24 to 34 weeks at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital.

**Subjects and methods:** A retrospective cross-sectional descriptive study on 217 pregnant women with preterm rupture of membranes at gestational age from 24 weeks 0 day to 33 weeks 6 days at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2022 to December 2022.

**Results:** The average age of pregnant women was 30.1±6.1. Premature rupture of membranes is common in pregnant women with a history of previous cesarean section (33.2%), history of abortion (20.7%), and miscarriage and stillbirth (15.6%). Fetuses weighing from 1500 to 2500g account for the highest proportion (70.5%). 100% of children weighed <1000gr Apgar in the first minute <7 points. The lower the AFI, the higher the rate of low first-minute Apgar is. 100% of babies were born weighing less than 1500g and 94% of amniotic fluid loss require neonatal resuscitation. 88.9% of children were taken to neonatal resuscitation: 44.2% received NCPAP continuous positive pressure ventilation. There were 43 children who did not use antibiotics (20.7%). 5 severe cases were transferred to Children's Hospital for treatment (2.4%). Neonatal mortality accounts for 7.8%, most of which are very premature (24-28 weeks).

**Conclusion:** The fetus weighs mainly 1500-2000g. Weight and amniotic fluid index affect the first minute Apgar index. In cases of babies <1500g and no amniotic fluid at birth, most neonatal resuscitation is required. A small percentage of patients are transferred to a pediatric hospital for treatment. Neonatal deaths are all very premature fetuses (24-28 weeks).

**Keyword:** Premature rupture of membranes, neonatal outcome.

---

\*Corresponding author

Email address: [thuha.ivf@gmail.com](mailto:thuha.ivf@gmail.com)

Phone number: (+84) 989 661 093

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i3.1088>

# KẾT CỤC SƠ SINH Ở THAI PHỤ ỒI VỖ NON TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Thị Thu Hà<sup>1,2\*</sup>, Đỗ Tuấn Đạt<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ Sản Trung ương - 43 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

<sup>2</sup>Đại học Y dược - Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, Dịch Vọng Hậu, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

<sup>3</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội - 929 La Thanh, Ngọc Khánh, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

<sup>4</sup>Đại học Y Hà Nội - 01 Tôn Thất Tùng, Kim Liên, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 28 tháng 03 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 04 năm 2024

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kết cục sơ sinh ở thai phụ có ối vỡ non có tuổi thai từ 24-34 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 217 thai phụ ối vỡ non có tuổi thai từ 24 tuần 0 ngày đến hết 33 tuần 6 ngày tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2022.

**Kết quả:** Tuổi trung bình của thai phụ là  $30.1 \pm 6.1$ . Ối vỡ non thường gặp ở nhóm thai phụ có tiền sử mổ đẻ cũ (33,2%), tiền sử nạo phá thai (20,7%), sảy thai, thai lưu (15,6%). Thai có cân nặng từ 1500-2500gr chiếm tỷ lệ cao nhất (70,5%). 100% trẻ cân nặng <1000gr Apgar phút thứ nhất <7 điểm. Chỉ số ối càng thấp thì tỷ lệ Apgar phút thứ nhất thấp càng cao. 100% trẻ sinh ra dưới 1500g và 94% trường hợp hết ối phải hồi sức sơ sinh. 88,9% trẻ được đưa vào hồi sức sơ sinh: 44,2% thở áp lực dương liên tục NCPAP. Có 43 trẻ sơ sinh không sử dụng kháng sinh (20,7%). 5 trường hợp nặng chuyển viện Nhi điều trị (2,4%). Tử vong sơ sinh chiếm 7,8%, đa số là rất non tháng (24-28 tuần).

**Kết luận:** Thai có cân nặng chủ yếu từ 1500-2000g. Cân nặng và chỉ số ối ảnh hưởng tới chỉ số Apgar phút thứ nhất. Trường hợp trẻ <1500g và hết ối khi sinh hầu hết phải hồi sức sơ sinh. Tỷ lệ nhỏ chuyển viện Nhi điều trị. Các trường hợp tử vong sơ sinh đều là thai rất non tháng (24-28 tuần).

**Từ khóa:** Ối vỡ non, kết cục sơ sinh.

\*Tác giả liên hệ

Email: thuha.ivf@gmail.com

Điện thoại: (+84) 989 661 093

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i3.1088>



## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỡ màng ối trước khi chuyển dạ và trước 37 tuần của thai kỳ gọi là ối vỡ non (ACOG, 2016). Ối vỡ non (OVN) là một hiện tượng thường gặp trong thai nghén và chuyển dạ, có thể gặp ở mọi tuổi thai và làm tăng tỷ lệ chết chu sinh. OVN là một trong ba nguyên nhân chính gây sinh non (35%) và gây ra một số biến chứng cho thai nhi như hội chứng suy hô hấp, xuất huyết trong não thất, nhiễm trùng thai, viêm ruột hoại tử, bất thường chức năng vận động và thần kinh, nhiễm trùng huyết [1], [2].. Đặc biệt đối với thai non tháng cách xử trí cần cân nhắc kỹ càng, một mặt không nên quá vội vã để cho ra đời một thai non tháng nhưng cũng không được quá chậm trễ để đưa đến biến chứng nhiễm trùng, suy thai làm xấu tiên lượng cho mẹ và thai [1].

Để có một cái nhìn khái quát về sơ sinh non tháng ở thai phụ có OVN chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết cục sơ sinh ở thai phụ có ối vỡ non có tuổi thai từ 24-34 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích số liệu hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án của các sản phụ đã được chẩn đoán ối vỡ non, được điều trị tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội, đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không nằm trong nhóm tiêu chuẩn loại trừ, bao gồm:

#### Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các trường hợp thai phụ ra nước ối có tuổi thai từ 24 tuần đến 34 tuần tới khám, điều trị và đẻ tại BVPSHN trong khoảng thời gian từ 01/01/2022 đến hết 31/12/2022

- Có 01 thai trong buồng tử cung.

- Thai sống.

#### Tiêu chuẩn loại trừ

- Đa thai, thai chết lưu

- Mẹ có bệnh lý bệnh lý nội - ngoại khoa: tim mạch, cao huyết áp...

- Rau tiền đạo trung tâm hoặc có khối u tiền đạo, rau bong non thể nặng, tiền sản giật, cơn co cường tính

- Suy thai cấp tính và mãn tính

- Tuổi thai khi ối vỡ <24 tuần hoặc >34 tuần.

- Bệnh án không đầy đủ thông tin của nghiên cứu và ngoài khoảng thời gian thu thập số liệu.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Theo đó, tất cả đối tượng đáp ứng tiêu chuẩn được tiếp cận, giới thiệu về nội dung nghiên cứu và mời tham gia. Nghiên cứu tuân thủ nghiêm ngặt các quy định, nguyên tắc, chuẩn mực về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu của Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

### 2.2. Nội dung nghiên cứu

Kết cục sơ sinh được thu thập phục vụ phân tích và báo cáo, bao gồm phân bố ối vỡ theo tuổi sản phụ, tiền sử sản khoa và tiền sử phẫu thuật, ... Các kết cục sơ sinh như cân nặng sơ sinh lúc sinh, tuổi thai lúc sinh, chỉ số apgar, chỉ số ối, số trẻ cần hồi sức sơ sinh, hỗ trợ hô hấp, điều trị kháng sinh, chuyển viện...

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu và phân tích số liệu

Hồ sơ bệnh án sau khi được thu thập thì tiến hành rà soát, sàng lọc, đảm bảo thông tin được cung cấp đầy đủ. Dữ liệu sau đó được nhập và phân tích bằng SPSS 22.0. Phương pháp thống kê được sử dụng là thống kê mô tả, với các chỉ số được báo cáo bao gồm tần suất, tỉ lệ đối với biến định tính, và giá trị trung bình với biến định lượng. Kiểm định sự khác biệt bằng test chính xác của Fisher nếu tần số mong đợi < 5 và Khi bình phương test (từ 2 nhóm trở lên) - nếu tần số mong đợi  $\geq 5$ . Nghiên cứu áp dụng mức ý nghĩa thống kê 95%.

### 3. KẾT QUẢ

**Bảng 3.1. Phân bố ối vỡ theo tuổi và tiền sử sản phụ**

Đặc điểm		n(N=217)	Tỷ lệ (%)
Tuổi sản phụ	<20	7	3.2
	20-24	26	12.0
	25-29	77	35.5
	30-34	54	24.9
	35 - 39	38	17.5
	≥40	15	6.9
Tuổi trung bình	30.1 ±6.1 (15-46)		
Tiền sử sản khoa	Tiền sử con so	76	35.0
	Tiền sử đẻ non	25	11.5
	Tiền sử sảy thai, thai lưu	34	15.6
	Tiền sử nạo phá thai	45	20.7
	Mổ đẻ cũ	72	33.2
Tiền sử phẫu thuật sản phụ khoa	Mổ phụ khoa	5	2.3

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình khi mang thai có OVN 35.5%. Sản phụ đã sinh con (65.0%) chiếm phần lớn so là 30.1 ±6.1, trong đó đa số ở độ tuổi 25-29 tuổi với với chưa sinh lần nào (35.0%).

**Bảng 2. Phân bố cân nặng thai theo tuổi thai**

Tuổi thai \ Cân nặng	24-28		28-32		32-34		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<1000	15	93.8	1	6.2	0	0	16	7.4	P=0.000
1000 - 1500	22	47.8	22	47.8	2	4.4	46	21.2	
1500-2500	8	5.2	33	21.6	112	73.2	153	70.5	
≥2500	0	0	0	0	2	100	2	0.9	
Tổng cộng	45	20.7	56	25.8	116	53.5	217	100	
Tuổi thai trung bình kết thúc thai kì (ngày)					221.7±18.7 (31w5d±2w5d)				

**Nhận xét:** Tỷ lệ thai có cân nặng từ 1500-2500gr chiếm tỷ lệ cao nhất 70.5%. Tuổi thai càng nhỏ thì tỷ lệ trẻ sinh ra có trọng lượng thấp càng cao. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (P<0.05).



**Bảng 3. Phân bố Apgar phút thứ nhất theo trọng lượng thai và chỉ số ổi**

Apgar phút thứ nhất		<7 điểm		≥ 7 điểm		Tổng		P
		n	%	n	%	n	%	
Trọng lượng thai (gam)	<1000	16	100	0	0	16	7.4	0.000
	≥1000 –1500	36	78.3	10	21.7	46	21.2	
	≥1500 -2500	34	22.2	119	77.8	153	70.5	
	≥2500	0	0	2	100	2	0.9	
	Tổng	86	39.6	131	60.4	217	100	
Chỉ số ổi (mm)	<28	32	64.0	18	36.0	50	23.0	0.000
	28- 50	15	55.6	12	44.4	27	12.4	
	≥ 50	39	27.9	101	72.1	140	64.6	
	Tổng	86	39.6	131	60.4	217	100	

**Nhận xét:**

- Cân nặng khi sinh: 100% trẻ cân nặng <1000gr Apgar <7 điểm, 78.3% trẻ từ 1000-1500gr có Apgar <7 điểm, 100% trẻ nặng ≥ 2500gr có Apgar ≥ 7. Cân nặng càng thấp thì tỷ lệ Apgar thấp càng cao. Sự khác biệt này có

ý nghĩa thống kê (p<0.05).

- Chỉ số ổi khi nhập viện: AFI<28mm có 64 % trẻ có Apgar <7 điểm, AFI ≥ 50mm có 72.1 % trẻ có Apgar >7 điểm. Chỉ số ổi càng thấp thì tỷ lệ Apgar thấp càng cao. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0.05).

**Bảng 4. Tỷ lệ trẻ hồi sức sơ sinh theo cân nặng và chỉ số ổi**

Hồi sức sơ sinh		Có		Không		Tổng		p
Trọng lượng thai (gam)	< 1000	16	100	0	0	16	7.4	
	≥1000 –1500	46	100	0	0	46	21.2	
	≥1500 -2500	119	77.8	34	22.2	153	70.5	
	≥ 2500	0	0	2	100	2	0.9	
	Tổng	181	83.4	36	16.6	217	100	
Chỉ số ổi (mm)	<28	47	94.0	3	4.0	50	23.0	0.054
	28- 50	23	85.2	4	14.8	27	12.4	
	≥ 50	111	79.3	29	20.7	140	64.6	
	Tổng	181	83.4	36	16.6	217	100	

**Nhận xét:** Tất cả trẻ sinh ra dưới 1500gr đều phải hồi sức sơ sinh, không có trẻ nào trên 2500gr phải hồi sức sơ sinh. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với

p<0.05. Tỷ lệ hồi sức sơ sinh khi hết ổi chiếm 94%, khi ổi bình thường là 79.3%.

**Bảng 5. Xử trí ở trẻ sau sinh**

Xử trí ở trẻ sau sinh (n=208)		n	%
<b>Hồi sức sơ sinh</b>		182	88.9
<b>Hỗ trợ đường thở</b>	Tự thở	36	17.3
	Đặt nội khí quản	27	13
	Thở máy	18	8.7
	Thở oxy gong kính	35	16.8
	CPAP	92	44.2
<b>Kháng sinh</b>	Không dùng	43	20.7
	1 loại	14	6.7
	2 loại	145	69.7
	3 loại	6	2.9
<b>Trẻ bệnh nặng chuyển bệnh viện Nhi Trung ương</b>		5	2.4

**Nhận xét:** Có tổng 182 trẻ được đưa vào hồi sức sơ sinh chiếm 88.9%.

- Hỗ trợ đường thở: Chủ yếu cho trẻ thở áp lực dương liên tục NCPAP (44.2%); thở oxy gong kính, đặt nội

khí quản, thở máy lần lượt là 16.8%. 13.0% và 8.7%.

- Đa số trẻ được sử dụng kháng sinh 2 loại (69.7%).

- Có 5 trường hợp trẻ có bệnh nặng chuyển viện Nhi điều trị chiếm 2.4%.

**Bảng 6. Phân bố tử vong trẻ sau sinh**

Phân bố tử vong trẻ sau sinh (n = 217)					
Tuổi thai	Sống		Tử vong		p
	n	%	N	%	
24-28	33	73.3	12	26.7	0.000
28-32	53	94.6	3	5.4	
32-34	114	98.3	2	1.7	
<b>Tổng</b>	<b>200</b>	<b>92.2</b>	<b>17</b>	<b>7.8</b>	

**Nhận xét:** Tỷ lệ tử vong sơ sinh sau sinh là 7.8%. trong đó chiếm đa số là thai rất non tháng (24-28 tuần).

#### 4. BÀN LUẬN

Theo bảng 1 cho thấy độ tuổi trung bình của các sản phụ khi mang thai có OVN là 30.09±6.06 tuổi. Tỷ lệ OVN gặp đa số ở nhóm sản phụ từ 25-29 tuổi với 35.5%, thấp nhất là nhóm <20 tuổi với 3.2%. Trong đó sản phụ nhỏ

tuổi nhất là 15 tuổi, lớn nhất là 46 tuổi. Kết quả nghiên cứu này tương đương với kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Khương [3] cho thấy phân bố OVN cũng gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi mẹ từ 25 – 30 tuổi (58.7%), thấp nhất là nhóm tuổi mẹ <20 tuổi (0.2%). Tương tự, nghiên cứu của Đỗ Thị Trúc Thanh [4] cũng cho kết quả tỷ lệ OVN phân bố nhiều nhất ở nhóm tuổi mẹ từ 25 – 30 tuổi (31.16%) và thấp nhất là nhóm tuổi mẹ 20 tuổi (2.17%). Nhóm tuổi mẹ 25 – 29 tuổi là nhóm tuổi sinh sản chính trong xã hội vì vậy nhóm tuổi này gặp nhiều nhất cũng





là điều dễ hiểu.

Với tiền sử về sản khoa, bảng 1 cho thấy thai phụ có OVN phần lớn chưa từng nạo phá thai, chưa sảy thai (79.3%; 84.4%), kết quả này tương đương với nghiên cứu của Phạm Văn Khương [3] về số sản phụ OVN chưa nạo hút thai (60.8%). Sản phụ có tiền sử sinh non chiếm 11.5%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Thu Thủy [5] với tiền sử sinh non là 16.5%. Ngoài ra về tiền sử phẫu thuật tử cung thì số sản phụ có tiền sử mổ lấy thai chiếm tỷ lệ cao nhất với 33.2%, mổ các bệnh phụ khoa khác như lạc nội mạc tử cung, cắt polyp tử cung, tạo hình tử cung dị dạng chiếm tỷ lệ nhỏ (2.3%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Văn Khương [3] và Nguyễn Đình Đông [6] với tỷ lệ tiền sử mổ lấy thai chiếm đa số là 21.2% và 21.5%. Như vậy, 1 số tiền sử sản khoa có thể là yếu tố nguy cơ gây nên OVN. Việc quản lý thai nghén dựa trên tiền sử sản khoa đóng vai trò quan trọng trong đánh giá nguy cơ OVN.

Kết quả phân tích bảng 2 cho thấy tỷ lệ thai nhẹ cân từ 1500- 2500g là chủ yếu (70.5%) tập trung ở nhóm tuổi thai 32-34 tuần chiếm 73.2. Còn thai cân nặng từ 1000 – 1500g phân bố nhiều nhất ở hai nhóm tuổi thai từ 24-28 tuần và 28-32tuần (đều chiếm 47.8%), thai cân nặng  $\geq 2500g$  đều ở tuổi thai từ 32-4 tuần. Tỷ lệ cân nặng của thai có khác biệt giữa các nhóm tuổi thai, có ý nghĩa thống kê với  $p=0.000$ . Kết quả này hoàn toàn phù hợp, OVN ở sản phụ có thai non tháng từ 24 đến 34 tuần là 1 trong các nguyên nhân chính gây sinh non, mà thai càng non tháng thì cân nặng càng thấp, tỷ lệ tử vong chu sinh và di chứng nặng nề càng cao [1], [2].

Theo bảng 3, chỉ số Apgar phút nhất của trẻ liên quan có ý nghĩa với cân nặng thai nhi với  $p=0.0001$ , 100% trẻ cân nặng  $< 1000g$  có Apgar phút thứ nhất  $< 7$  điểm; 78.3% trẻ cân nặng từ 1000 – 1500g có Apgar phút thứ nhất  $< 7$  điểm; trẻ từ 1500g trở lên chỉ số Apgar  $\geq 7$  điểm chiếm phần lớn, trong đó 100% trẻ nặng  $\geq 2500g$  có Apgar phút thứ nhất  $\geq 7$  điểm. Như vậy trọng lượng thai nhi càng tăng thì tỷ lệ Apgar phút thứ nhất  $\geq 7$  điểm càng tăng. So sánh nghiên cứu của chúng tôi với nghiên cứu của Phạm Văn Khương [3] cho kết quả tương đồng ở nhóm trẻ  $< 1000g$  (100% Apgar phút thứ nhất  $< 7$  điểm) và nhóm trẻ  $\geq 2500g$  (99.5% Apgar phút thứ nhất  $\geq 7$  điểm).

Kết quả phân tích bảng 3 cũng chỉ ra rằng ở nhóm sản phụ có  $AFI < 28mm$  và  $28mm < AFI < 50mm$  thì tỷ lệ trẻ có Apgar phút thứ nhất  $< 7$  điểm (64.0%, 55.6%) cao

hơn có ý nghĩa so với tỷ lệ này ở nhóm sản phụ có  $AFI \geq 50mm$  (27.9%) với  $p < 0.05$ . Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Atalay Ekin và cs. cho rằng sản phụ ối vỡ non với  $AFI < 5$  cm làm giảm có ý nghĩa chỉ số Apgar phút thứ nhất của trẻ sơ sinh [7].

Theo bảng 4, tỷ lệ trẻ dưới 1500gr phải hồi sức sơ sinh chiếm 100%, trẻ trên 2500gr không phải hồi sức sơ sinh chiếm 100%. Tỷ lệ trẻ từ 1500gr-2500gr phải hồi sức sơ sinh chiếm 77,8%. Sự khác biệt hồi sức sơ sinh và cân nặng trẻ có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ trẻ hồi sức sơ sinh chiếm cao nhất khi thai hết ối (94%) và ít nhất khi ối bình thường (79,3%) tuy nhiên sự khác biệt giữa chỉ số ối không có mối liên quan với tỷ lệ hồi sức sơ sinh. Tỷ lệ trẻ hồi sức sơ sinh chiếm cao nhất khi thai hết ối (94%) và ít nhất khi ối bình thường (79,3%) tuy nhiên sự khác biệt giữa chỉ số ối không có mối liên quan với tỷ lệ hồi sức sơ sinh ( $p > 0.05$ ).

Bảng 5 chỉ ra được tỷ lệ trẻ nằm trong hồi sức sơ sinh chiếm tỷ lệ cao là 88.9%. Hỗ trợ đường thở cho trẻ sơ sinh được đưa vào hồi sức chủ yếu cho trẻ thở áp lực dương liên tục NCPAP với 44.2%; còn lại tỷ lệ thở gong kính, đặt nội khí quản, thở máy lần lượt theo thứ tự là 16.8%, 13% và 8.7%. Trẻ sử dụng kháng sinh 2 loại chiếm tỷ lệ đa số 69.7%; trẻ dùng 1 loại và 3 loại kháng sinh lần lượt là 6.7% và 2.9%. Có 43 trẻ sơ sinh không sử dụng kháng sinh chiếm 30.7% trường hợp (bao gồm những trẻ không có nguy cơ nhiễm khuẩn và trẻ khỏe mạnh sau sinh). Tỷ lệ trẻ dùng 2 loại kháng sinh chiếm tỷ lệ cao do trẻ nhiễm khuẩn sơ sinh và mẹ có chẩn đoán nhiễm trùng ối, ngoài ra còn có các yếu tố nguy cơ khác như thời gian ối vỡ đến khi nhập viện  $> 12h$ , màu sắc ối, hết ối, thời gian giữ thai lâu hay tiền sử viêm nhiễm phụ khoa,...

Trong nghiên cứu này chúng tôi theo dõi tình hình tử vong của trẻ sơ sinh trong vòng 7 ngày sau sinh. Kết quả cho thấy có 17 trường hợp trẻ tử vong trong thời gian này chiếm tỷ lệ 7.8%. Trong đó đa số đều là thai rất non tháng (24 – 28 tuần) và nhẹ cân ( $< 1000g$ ) (36.7%), trẻ tử vong có tuổi thai 28-32 tuần chiếm 5,4%. So sánh với nghiên cứu của Ngô Minh Xuân, Nguyễn Tấn Tài về tình hình tử vong sơ sinh tại khoa sơ sinh bệnh viện Từ Dũ năm 2009 [8] cũng có tỷ lệ tử vong sơ sinh cao nhất ở nhóm cân nặng  $< 1000g$  là 58%. Đối với nghiên cứu của Nguyễn Đình Đông [6] có sự khác biệt, có 1.1% trường hợp trẻ tử vong trong vòng 7 ngày đầu sau sinh (1.0%), trong đó tất cả đều

là thai rất non tháng (28 – 31 tuần) và nhẹ cân (<1400 gam). So với nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân có thể là theo thời gian, hiện nay các tiến bộ về hồi sức sơ sinh ngày một tiến bộ vượt bậc ...giúp giảm được tỷ lệ tử vong đặc biệt ở sơ sinh non tháng nhẹ cân.

## 5. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của thai phụ là 30.1±6.1. Ối vỡ non thường gặp ở nhóm thai phụ có tiền sử mổ đẻ cũ (33,2%). Tuổi thai trung bình khi kết thúc thai kỳ là 221.7±18.7 ngày (31w5d±2w5d). Thai có cân nặng chủ yếu từ 1500-2000g. Cân nặng và chỉ số ối ảnh hưởng tới chỉ số Apgar phút thứ nhất. Trường hợp trẻ <1500g và hết ối khi sinh hầu hết phải hồi sức sơ sinh, số lượng trẻ cần chuyển viện điều trị thấp. Các trường hợp tử vong sơ sinh đều là thai rất non tháng (24-28 tuần).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Hữu Cốc, Ối vỡ non - ối vỡ sớm. Bài giảng Sản Phụ Khoa, Nhà Xuất Bản Y Học, 129–132, 2006.
- [2] Lê Hồng Cẩm, Ối vỡ non. Bài giảng Sản khoa, Nhà Xuất Bản Y Học, 148–155, 2014.
- [3] Phạm Văn Khương, Nghiên cứu cách xử trí ối vỡ non tại bệnh viện phụ sản trung ương năm 2008, trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. Luận văn bác sĩ Chuyên khoa II, 2008.
- [4] Đỗ Thị Trúc Thanh, 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, 802(1):75-82, 2012.
- [5] 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 bác sĩ nội trú, (2)100, 2015.
- [6] Nguyễn Đình Đông, Nghiên cứu kết quả xử trí ối vỡ non, ối vỡ sớm 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, 2018.
- [7] Ekin A, Gezer C, Taner CE et al., Risk factors and perinatal outcomes associated with latency in preterm premature rupture of membranes between 24 and 34 weeks of gestation. Arch Gynecol Obstet, 290(3), 449–455, 2014.
- [8] Ngô Minh Xuân. Nguyễn Tấn Tài, Tình hình tử vong sơ sinh tại khoa sơ sinh bệnh viện Từ Dũ từ năm 1999 – 2009. Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 14 (2), 2010.

