

3. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân ĐTĐ type 2

Kết quả phân tích đa biến cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ điều trị chung với nhóm tuổi. Nhóm tuổi từ 60 trở lên có tỷ lệ tuân thủ điều trị cao gấp 2,03 lần so với nhóm tuổi dưới 60 với $p = 0,005$ (Bảng 2). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu từ Nguyễn Thị Mỹ Châu (2017). Trong nghiên cứu này, chỉ số HbA1c và chỉ số huyết áp có mối liên quan với tuân thủ điều trị ở bệnh nhân ĐTĐ type 2. Ở những bệnh nhân có chỉ số HbA1c không đạt mục tiêu $\geq 7\%$ thì có tỷ lệ tuân thủ điều trị chung bằng 0,55 lần so với nhóm những bệnh nhân có chỉ số HbA1c đạt mục tiêu $< 7\%$ với $p = 0,006$ (Bảng 2). Nhóm bệnh nhân có chỉ số huyết áp đo được tại thời điểm khảo sát $\geq 130/80$ mmHg có tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng 0,52 lần so với nhóm có chỉ số huyết áp $< 130/80$ mmHg với $p = 0,014$. Điều này cho thấy ở những bệnh nhân tuân thủ điều trị thì sẽ dễ dàng đạt mục tiêu điều trị hơn so với người không tuân thủ.

Kết luận: Nghiên cứu này cho thấy việc tuân thủ các hoạt động tuân thủ điều trị ở những bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường type 2 là thấp, đặc biệt là do không tuân thủ chế độ ăn uống và tập thể dục. Tuân thủ điều trị có liên quan tới nhóm tuổi, việc kiểm soát chỉ số HbA1c và chỉ số huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Hồng Linh (2019). Kết quả kiểm soát đa yếu tố ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú thọ. Luận văn Bác sĩ CKII. Đại học Y Dược Thái Nguyên.

2. Vũ Thị Ngát và CS (2018). Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở BN đái tháo đường typ II khi nhập viện tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2017 - 2018. *Tạp chí Nghiên cứu Y học số 113 (4) – 2018, tr.38.*

3. Nguyễn Thị Mỹ Châu (2017). Tỷ lệ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quận Thủ Đức Thành phố Hồ Chí Minh. Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.

4. Lê Thị Ngọc Lan (2018). Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh ĐTĐ typ 2 điều trị ngoại trú tại Viện Y học Phòng Không Không quân. Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng. Trường Đại học Thăng Long.

5. Marinho, F., Moram, C., Rodrigues, P., et al. (2018). Treatment Adherence and Its Associated Factors in Patients with Type 2 Diabetes: Results from the Rio de Janeiro Type 2 Diabetes Cohort Study. *Journal of Diabetes Research 3, 1-8.*

KẾT CỤC THAI KÌ CÁC TRƯỜNG HỢP THIỂU ỒI Ở TUỔI THAI 16 - 28 TUẦN

NGUYỄN HỒNG HOA, CAO THỊ MAI PHƯƠNG
Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mô hình bệnh tật và kết cục của các thai kì đơn thai chẩn đoán thiếu ối - vô ối tại tuổi thai 16 - 28 tuần nhằm cải thiện phác đồ quản lý cho nhóm thai kì nguy cơ cao này.

Phương pháp nghiên cứu: Báo cáo loạt ca tại đơn vị chẩn đoán trước sinh Bệnh viện Từ Dũ trong khoảng thời gian 01/01/2017 đến 01/04/2018. Tiêu chuẩn chọn mẫu bao gồm tất cả các thai kì được chẩn đoán thiếu ối - vô ối tại

tuổi thai 16 - 28 tuần mà không có bằng chứng vỡ ối non trước đó và được theo dõi đến khi sinh.

Kết quả: Trong 13 tháng nghiên cứu có 88 trường hợp thoả tiêu chuẩn chọn mẫu. Tỷ lệ tử vong chu sinh chu sinh là 48,9%. Thời điểm kết thúc thai kỳ tập trung ở nhóm có tuổi thai từ 16 - 28 tuần (37/88, 42,05%) với nguyên nhân chủ yếu là do thai dị tật nặng (20/37, 59,5%) và vỡ ối non (13/37, 35,1%). Ở nhóm tuổi thai trên 28 tuần, nguyên nhân kết thúc thai kì chủ yếu là do thiếu ối đơn độc kéo dài và vào chuyển dạ tự nhiên. Nhìn chung có ba nguyên nhân chính làm tử suất chu sinh của nhóm thai kì thiếu ối sớm tăng đáng kể, bao gồm dị tật hệ tiết niệu, thai chậm tăng trưởng nặng và vỡ ối non với tử suất của ba nhóm lần lượt là 74,1%, 25%, 20,5%. Có

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Hồng Hoa

Email: drhonghoa@ump.edu.vn

Ngày nhận: 28/12/2020

Ngày phản biện: 24/01/2021

Ngày duyệt bài: 04/02/2021

sự khác nhau có ý nghĩa thống kê ở nhóm thai sinh sống và nhóm thai lưu ở các yếu tố: tuổi thai lúc chẩn đoán thiếu ối (23,87 tuần so với 21,66 tuần), tỉ lệ vô ối vào thời điểm chẩn đoán (20% so với 41,9%), bất thường hệ tiết niệu (13,3% và 48,8%). Mặc dù khác biệt không có ý nghĩa thống kê, tỷ lệ thiếu ối đơn độc ở nhóm thai sống có xu hướng cao hơn nhóm thai lưu (35,6% và 20,9%, $P=0,1$).

Kết luận: Thiếu - vô ối chẩn đoán sớm ở tam cá nguyệt hai làm tử suất chu sinh tăng đáng kể, chủ yếu do sự kết hợp của thai dị tật nặng, thai chậm tăng trưởng và vỡ ối non. Yếu tố tiên lượng khả năng sống còn giả thiết là thời điểm chẩn đoán thiếu ối, vô ối lúc chẩn đoán và tình trạng thiếu ối đơn độc.

Từ khóa: Thiếu ối - vô ối, bất thường hệ tiết niệu thai nhi, vỡ ối non, thai chậm tăng trưởng.

SUMMARY

THE OUTCOMES OF SINGLETON PREGNANCIES DIAGNOSED WITH OLIGOHYDRAMNIOS AT SECOND TRIMESTER

Objective: In this study, we describe the pathology and the fetal outcomes of singleton pregnancies diagnosed with oligohydramnios at 16 - 28 weeks of gestation, to somehow improve the management protocol.

Methods: This was a descriptive case series conducted in the Antenatal Care Department of Tu Du hospital. All singleton pregnant women who were diagnosed with early - onset oligohydramnios from January 2017 and delivered before April 2018 were eligible for the study. Inclusion criteria were pregnancies between 16 - 28 weeks of gestation with oligohydramnios or anhydramnios and no evidence of preterm premature rupture of membrane (PPROM). These pregnant women were followed - up til the fetuses were delivered.

Results: A total of 88 singleton pregnancies met the criteria. The overall mortality rate was 48,9%. The number of pregnancies ended at 16 - 28 weeks of gestation was nearly half of all pregnancies (37/88, 42.05%) and mostly because of major malformations (20/37, 59.5%) and PPRM (13/37, 35.1%). At the gestational age of higher than 28 weeks, the most indications for pregnancy ending was iatrogenic persistent oligohydramnios and spontaneous labor. Generally, there were three main causes of second trimester oligohydramnios: major kidney malformations, early severe fetal growth restriction and PPRM, which mortality rate for

each cause was 74.1%, 25% and 20,5% respectively. The gestational age at diagnosis was higher in the survivor group when compared with the death group (23.87 vs 21.66, $P=0.0004$). There was a statistically difference between alive and nonalive neonates in the presence of anhydramnios (20% vs 41.9%, $P=0.03$), the prevalence of renal malformations (13.3% vs 48.8%, $P = 0.0003$). When being compared to the nonalive group, the rate of unexplained oligohydramnios in alive group was higher (35,6% và 20,9%) although the difference was not significant.

Conclusions: Second trimester oligohydramnios is associated with adverse fetal outcome, mostly because of a combination with fatal malformations, fetal growth restriction and PPRM. The prognosis for survivor based mainly on the gestational age at diagnosis, the presence of anhydramnios and the underlying etiology.

Keywords: Second trimester oligohydramnios, renal malformations, premature rupture of membrane, fetal growth restriction.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu ối là tình trạng giảm sút nghiêm trọng thể tích ối và hậu quả là gây ra những ảnh hưởng xấu cho cả thai nhi và thai phụ. Cho đến nay, rất ít dữ liệu thống kê rõ ràng tần suất thiếu ối ở ba tháng giữa thai kỳ là bao nhiêu, tuy nhiên tần suất này thấp hơn nhiều so với ba tháng cuối thai kỳ. Thiếu ối - vô ối ba tháng giữa thai kỳ cho tiên lượng tử suất và bệnh suất chu sinh rất cao. Thiếu ối nặng và kéo dài trước tuần 22 - 24 thai kỳ sẽ ngăn cản sự phát triển phổi của thai nhi làm khả năng sống còn ở các thai kỳ này thấp hơn đáng kể so với thiếu ối chẩn đoán ở ba tháng cuối (10,2% và 85,3%, $P<0,05$) [9]. Tỷ lệ dị tật nặng cũng như thai lưu và sinh non trước 32 tuần ở nhóm thiếu - vô ối đều cao hơn nhóm thể tích ối bình thường (25%, 5% và 16% so với 2,3%, 0,5% và 1,5%, theo thứ tự, $P < 0,01$) [8]. Chính điều này làm cho việc quản lý thai kỳ thiếu ối - vô ối sớm trở thành 1 thách thức lớn cho nhà sản khoa, đòi hỏi đưa ra những can thiệp đúng đắn và kịp thời, nhằm đem đến một kết cục có lợi nhất cho cả thai phụ và thai nhi. Khoa Chẩn đoán Trước sinh, Bệnh viện Từ Dũ, một trong những trung tâm chẩn đoán trước sanh hàng đầu của miền Nam Việt Nam, đã triển khai phác đồ quản lý thai kỳ thiếu ối - vô ối ba tháng giữa từ năm 2014. Tuy nhiên cho đến nay, phác đồ quản lý thai kỳ thiếu ối - vô ối sớm này còn chưa được hoàn thiện. Với nhu cầu cần có một dữ liệu về

diễn tiến và kết cục các thai kì thiếu - vô ối sớm, từ đó định hướng chẩn đoán, tư vấn và can thiệp đúng đắn kịp thời, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Kết cục thai kì các trường hợp thiếu ối - vô ối chẩn đoán ở tuổi thai 16 - 28 tuần”.

CÂU HỎI NGHIÊN CỨU

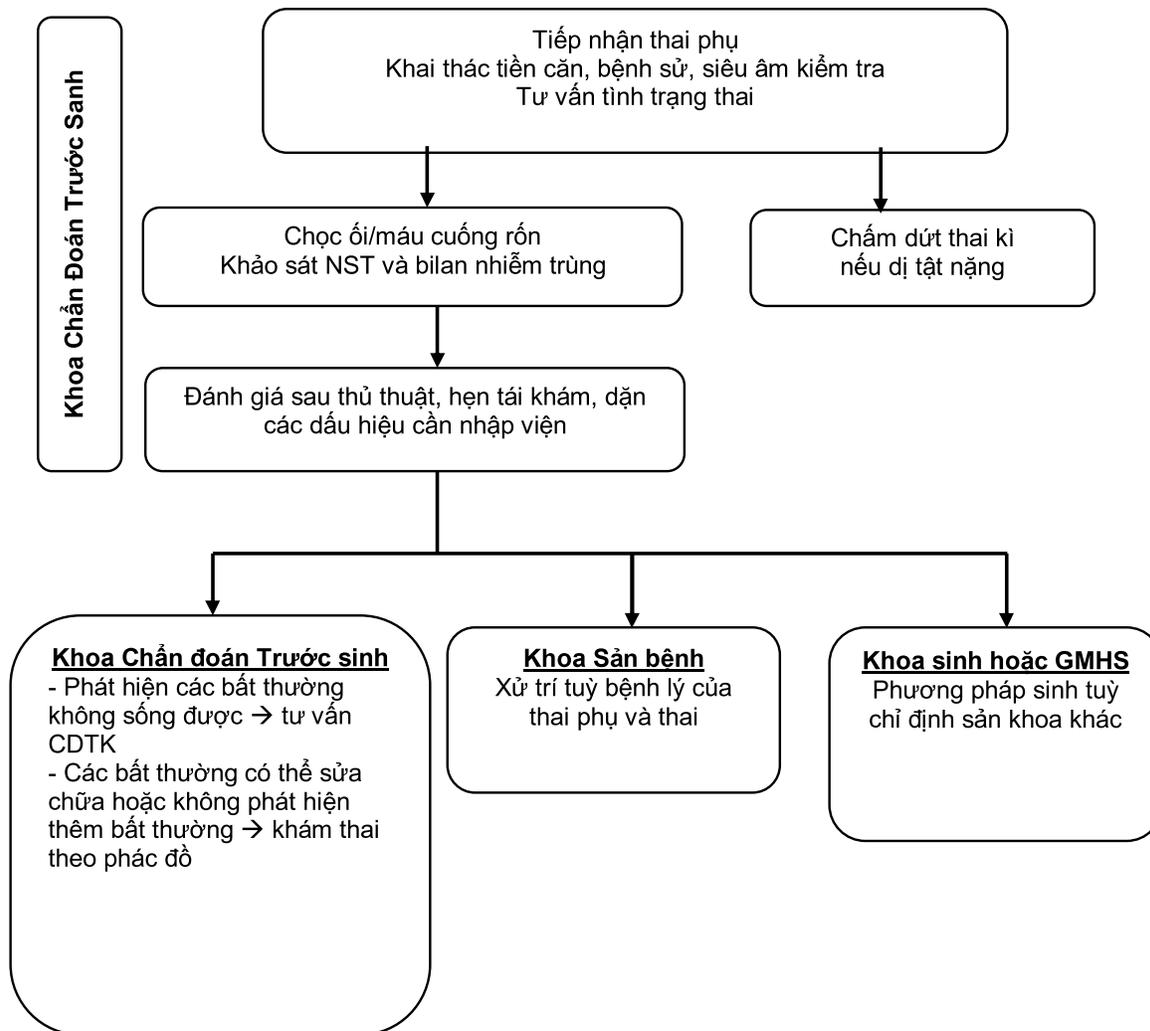
“Các trường hợp thiếu ối - vô ối chẩn đoán ở tuổi thai 16 - 28 tuần tại Bệnh viện Từ Dũ có kết cục thai kì như thế nào?”

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Báo cáo loạt ca.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các thai kì được chẩn đoán thiếu ối - vô ối tại tuổi thai 16 - 28 tuần đến khám tại Khoa Chẩn đoán Trước sinh (CDTS) Bệnh viện Từ Dũ trong thời gian từ 01/01/2017 đến 01/04/2018.

Quy trình thực hiện:



Thu thập và xử lý số liệu:

Nhập, quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 21.0.

Dùng thống kê mô tả để mô tả đặc tính mẫu, đặc điểm thai kì và kết quả nghiên cứu. Nếu biến định lượng tuân theo phân phối chuẩn, sử

dụng trung bình \pm độ lệch chuẩn, nếu biến định lượng không tuân theo phân phối chuẩn, sử dụng trung vị và khoảng biến thiên. Nếu là biến định tính, trình bày dưới dạng tỷ số, tỷ lệ hoặc tần suất. Kiểm định sự khác biệt của hai tỷ số bằng phép kiểm Chi bình phương, kiểm định sự

khác biệt của hai giá trị trung bình bằng phép kiểm t. Các phép kiểm định được thực hiện với độ tin cậy 95%.

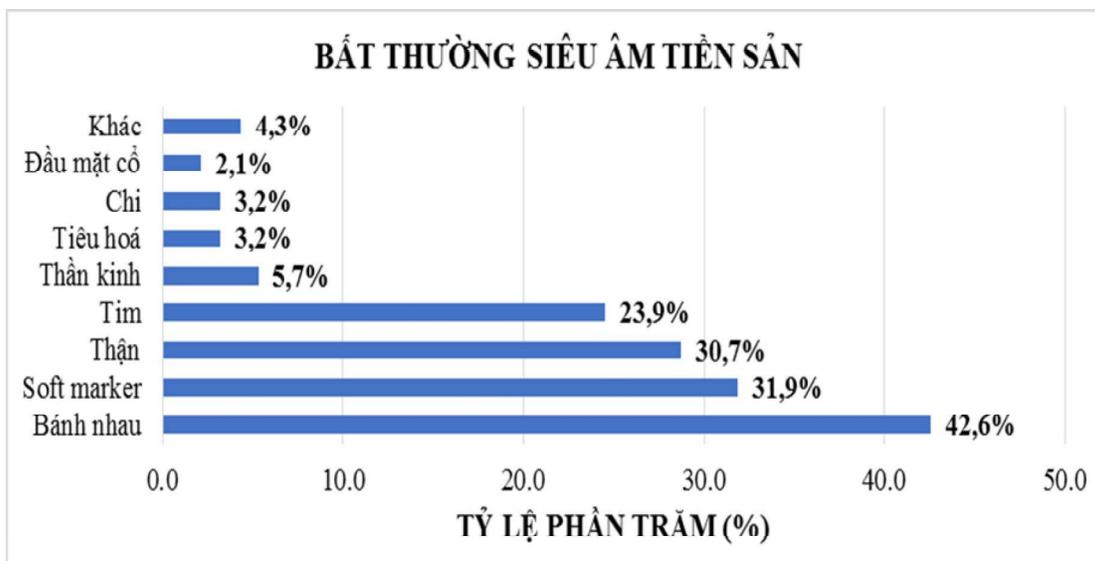
Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ cột hoặc biểu đồ hình bánh.

KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã theo dõi 88 trường hợp thiếu ối - vô ối tại tuổi thai 16 - 28 tuần tới lúc sinh. Tuổi trung bình của thai phụ và chồng thai phụ lần lượt là $29,23 \pm 5,18$ tuổi và $32,66 \pm 6,85$ tuổi. Thai phụ tham gia nghiên cứu chủ yếu là dân tộc Kinh (95,6%), sống chủ yếu ngoài Thành phố Hồ Chí Minh (77%), và làm nhiều ngành nghề khác nhau nhưng tập trung chủ yếu trong nhóm ngành nhân viên văn phòng, nội trợ, buôn bán. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào hôn nhân cận huyết thống. Hai phần ba trường hợp là mang thai lần đầu hoặc sinh con khỏe mạnh. Trong nhóm có tiền căn sản khoa bất thường, chúng tôi ghi nhận hai trường hợp sinh con dị tật gồm 01 trường hợp não úng thủy và 01 trường hợp bất sản thận hai bên. Thai nhi não úng thủy bẩm sinh hiện năm tuổi, đã được phẫu thuật dẫn lưu dịch não tủy vào khoang bụng lúc một tháng tuổi. Thai nhi bất sản thận hai bên chấm dứt thai kì lúc thai 20 tuần. Trước mang

thai, hầu hết các thai phụ chưa từng đi khám sức khỏe định kì hoặc khám nhưng không phát hiện bệnh lý nào, chiếm 97%. Các bệnh lý mắc trước mang thai chủ yếu là nhóm bệnh mạn tính không lây (tăng huyết áp, cường giáp, hội chứng thận hư), không ghi nhận trường hợp nào mắc bệnh lý di truyền hoặc đột biến.

Hầu hết thai kì trong nghiên cứu của chúng tôi là thai tự nhiên (97,7%). Tuổi thai trung bình lúc chẩn đoán thiếu ối là 22,76 tuần. Ngoài vấn đề thiếu - vô ối sớm, chúng tôi ghi nhận 17 trường hợp đái tháo đường thai kì đáp ứng tốt với tiết chế, 01 trường hợp hội chứng thận hư tái phát lúc thai 12 tuần đang điều trị corticoid. Trong tổng số 88 thai phụ, chỉ 37% thai phụ là thiếu ối - vô ối đơn độc, tức không kèm theo bất thường hình thái nào khác trên siêu âm. Các bất thường hình thái gặp nhiều nhất là bất thường đường tiết niệu (30,7%) và tim (23,9%). Hậu quả của thiếu ối - vô ối sớm là thai bị chèn ép làm xuất hiện các bất thường vùng chi như chân khoèo, tuy nhiên các bất thường này ít gặp, vào khoảng 3,2%. Các bất thường khác như bất thường cơ quan sinh dục (một tinh hoàn, không có dương vật), phù thai, tràn dịch màng bụng, tràn dịch màng phổi, chiếm 4,3%.



Biểu đồ 2. Bất thường trên siêu âm hình thái học

Chúng tôi đặc biệt khảo sát các bất thường hệ niệu vì liên quan trực tiếp tới cơ chế bệnh sinh của các trường hợp thiếu ối - vô ối trong tam cá nguyệt hai. Qua theo dõi, chúng tôi ghi nhận các bất thường đều tập trung ở thận với 85% trường hợp ở cả hai bên và ở nhóm bất thường một bên thì tần suất bên trái và bên phải là như nhau.

Bảng 1. Các bất thường hệ tiết niệu

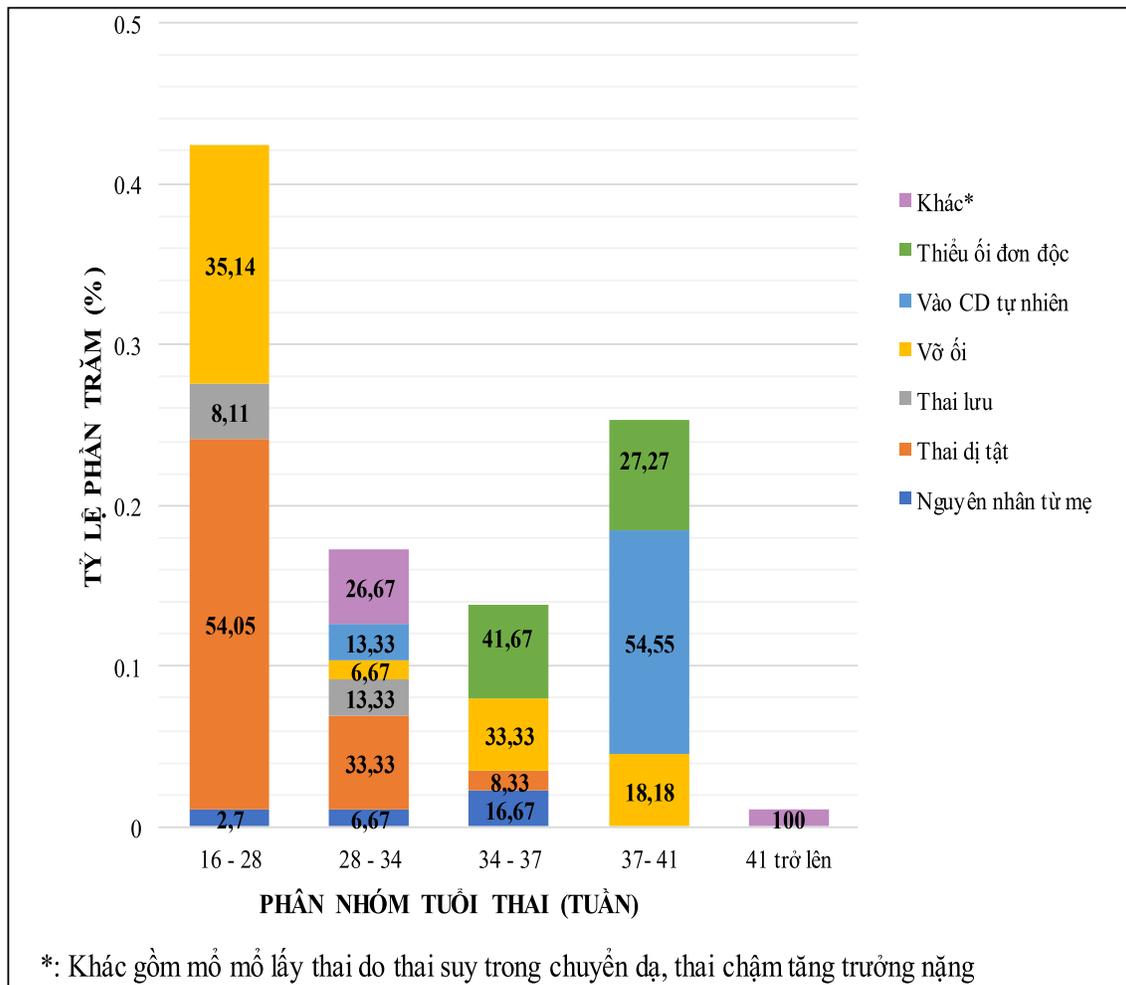
| Loại bất thường | Số lượng (N = 27) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------------------|-------------------|-----------|
| Bất/thiếu sản thận | 6 | 22,2 |
| Kích thước thận <5 th BPV | 16 | 59,3 |
| Thận móng ngựa | 1 | 3,7 |
| Thận lạc chỗ | 1 | 3,7 |
| Loạn sản thận (MCDK)* | 7 | 25,9 |
| Nang thận | 1 | 3,7 |
| Thận đa nang (ADPKD)** | 3 | 11,1 |

*MCDK: Multicystic Dysplastic Kidney,
**ADPKD: Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease

Tất cả 88 thai kì trong nghiên cứu đều được khảo sát nhiễm sắc thể đồ, trong đó 80 trường hợp cho kết quả karyotype bình thường. Chúng

tôi có 8 trường hợp không có kết quả karyotype chủ yếu do nhiễm máu thai phụ hoặc không đủ tế bào để nuôi cấy hoặc thai phụ vỡ ối không lâu sau chọc ối không thể dưỡng thai thêm.

Tuổi thai lúc chấm dứt thai kì trung bình là 29,56 tuần và hai nguyên nhân chấm dứt thai kì chính là do bệnh lý thai (54%) và vỡ ối sớm không thể dưỡng thai thêm (27,3%). Tử suất chu sinh của các trường hợp thiếu ối sớm khác nhau tùy theo các bất thường phối hợp, cụ thể: tử suất ở nhóm dị tật bẩm sinh, thai chậm tăng trưởng, vỡ ối non và thiếu - vô ối đơn độc lần lượt là 74,1%, 25%, 20,5% và 10,2%.



Biểu đồ 3. Nguyên nhân chấm dứt thai kì phân bố theo nhóm tuổi thai

Trong 88 ca, có 45 thai nhi sinh sống chiếm tỷ lệ 51,1%. Đặc điểm nhóm thai nhi sinh sống và nhóm thai lưu hoặc chết sau sinh được biểu hiện trong bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm nhóm thai sinh sống và nhóm thai lưu

| Đặc điểm | Nhóm sinh sống (n = 45) | Nhóm thai lưu (n = 43) |
|---------------------------------------|-------------------------|------------------------|
| Tuổi thai lúc chẩn đoán* | 23,87 ± 3,3 | 21,66 ± 3,7 |
| Vô ối lúc chẩn đoán* | 9 (20) | 18 (41,9) |
| Bất thường hệ tiết niệu trên siêu âm* | 6 (13,3) | 21 (48,8) |
| Thai chậm tăng trưởng | 28 (62,2) | 22 (51,2) |
| Ối vỡ sớm | 13 (28,9) | 11 (25,6) |
| Thiếu ối đơn độc** | 16 (35,6) | 9 (20,9) |
| Giới tính nam | 19 (42,2) | 19 (44,2) |

*: P<0,05, **P=0,1

BÀN LUẬN

Tuổi thai trung bình lúc chấm dứt thai kì của chúng tôi là 29,56 tuần, thấp hơn đáng kể so với tuổi thai trung bình lúc chấm dứt thai kì ở nhóm thiếu ối chẩn đoán ở tam cá nguyệt ba. Tương tự, tử suất chu sinh của chúng tôi cao hơn nhiều lần tử suất chung của thai nhi sinh ra tại thành phố Hồ Chí Minh, điều này là do nhóm thai kì chúng tôi nghiên cứu là nhóm thai kì kết hợp nhiều loại dị tật nặng, chẩn đoán ở tuổi thai quá nhỏ, làm tiên lượng sống còn rất thấp. Tử suất trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn các nhóm thai kì thiếu ối chẩn đoán ở tuổi thai trẻ hơn, điều này là hợp lý bởi vì ngoài tỷ lệ thai dị tật thấp hơn, tỷ lệ thiếu sản phổi, tỷ lệ các biến chứng non tháng như nhiễm trùng sơ sinh, xuất huyết não, vàng da nhân cũng giảm dần khi tuổi thai càng lớn.

Bảng 3. Tử suất sau sinh trong các nghiên cứu

| Tác giả | Đặc trưng mẫu | Tử suất (%) |
|---------------------|----------------------------------|-------------|
| Niên giám 2015 [6] | Thai nhi sinh tại TP.HCM | 4,8* |
| Ninh Văn Minh [4] | Thiếu ối từ 28 tuần trở lên | 1,4* |
| Đình Lương Thái [2] | Thiếu ối từ 22 - 37 tuần | 20,2* |
| Cao Thanh Tùng [1] | Thiếu ối từ 37 tuần trở lên | 0 * |
| Shipp, T. D. [9] | Thiếu ối từ 13 - 24 tuần | 91,4* |
| Chúng tôi | Thiếu ối - vô ối từ 16 - 28 tuần | 51,1 |

*: P<0,05

Mô hình bệnh tật - tử vong của nhóm thai kì trong nghiên cứu chúng tôi có sự khác biệt khi so sánh với nhóm bệnh nhi nói chung ở Bệnh viện Từ Dũ và Nhi Đồng II.

Bảng 4. Mô hình bệnh tật - tử vong trong các nghiên cứu

| Tác giả | Tử suất chu sinh (%) | Tử vong do thai lưu (%) | Tử vong do dị tật (%) | Non tháng - nhẹ cân (%) |
|---------------------------|----------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Bệnh viện Từ Dũ [3] | 2,46* | 50,8* | 30,4* | 18,8 |
| Bệnh viện Nhi Đồng II [5] | - | - | 36,8* | 63,3 |
| Chúng tôi | 51,1 | 11,6 | 74,1 | 20,5 |

*: P<0,05

Nhóm thai kì trong nghiên cứu của chúng tôi kết hợp nhiều bất thường, đứng hàng đầu là vấn đề thai dị tật nặng làm việc cố gắng kéo dài thai kì không những không cải thiện kết cục thai kì mà còn làm tăng đáng kể bệnh suất - tử suất cho cả thai phụ. Tình trạng thai lưu ít gặp trong nghiên cứu của chúng tôi khi so với Bệnh viện Từ Dũ vì đã chấm dứt thai kì chủ động do bất thường hình thái nặng tiên lượng không sống được sau sinh.

Ngoài thai dị tật, 02 nhóm nguyên nhân thai chậm tăng trưởng nặng và vỡ ối non cũng góp phần không nhỏ trong quyết định chấm dứt thai kì sớm ở nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ thai chậm tăng trưởng trong nghiên cứu của chúng tôi cao gấp mười lần nhóm thai kì thiếu ối ở tuổi thai trên 37 tuần của tác giả Cao Thanh Tùng [1] (57,4% so với 6,5%, P<0,05). Sự khác biệt này là do 02 nguyên nhân. Đầu tiên, gần một nửa nhóm thai kì chúng tôi nghiên cứu có sự hiện diện của bất thường bánh nhau chẩn đoán trên siêu âm (42,6%), mà bánh nhau là phương tiện vận chuyển dinh dưỡng chính yếu từ thai phụ đến thai, do đó khi bánh nhau bất thường sẽ ảnh hưởng không nhỏ đến dinh dưỡng thai. Ngoài ra, tỷ lệ thai dị tật trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi khá cao với chủ yếu là dị tật nặng ở các cơ quan trọng yếu như tim, não, thận, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự phát triển bình thường của thai. Tỷ lệ vỡ ối non trong nghiên cứu của chúng tôi là 27,3%, trong đó tỷ lệ ối vỡ trước khi thai có thể sống được, tức trước 28 tuần tuổi thai, là 14%, và tử suất của các thai kì này lên đến 84,6%. Trong khi đó, theo tác giả Linehan, L. A. [7] tỷ lệ ối vỡ non nói chung trong ba tháng giữa chỉ khoảng 0,1% và nguyên nhân bao gồm 54,8% liên quan đến sự viêm nhiễm mạn tính của bánh nhau và màng ối, 4,8% do nhiễm Streptococcus nhóm B, còn lại không tìm thấy nguyên nhân. Sự tăng đáng kể tỷ lệ vỡ ối non trong nghiên cứu của chúng tôi do hai nguyên nhân chính. Thứ nhất, khó khăn trong

việc thực hiện thủ thuật chọc ối do thiếu ối - vô ối góp phần quan trọng làm tăng tỷ lệ vỡ ối. Ngoài ra một giả thuyết khác giải thích cho sự tăng cao đột biến tỷ lệ ối vỡ này, đó là tình trạng vỡ ối "ẩn" trường diễn. Khi sự mất nước ối đến mức độ gây thiếu ối - vô ối, áp lực trong buồng ối giảm thấp so với áp lực bên ngoài, tình trạng vỡ ối "ẩn" cũng ngưng lại. Để thực hiện chọc ối hoặc chọc máu cuống rốn, một số thai kì cần truyền một lượng nước ối nhân tạo vào buồng ối để tạo môi trường thấu quang cho siêu âm, dù lượng nước truyền vào chỉ vừa đủ để nâng thể tích nước ối thoát khỏi tình trạng thiếu ối, tức độ sâu xoang ối lớn nhất khoảng 3 - 4 cm, và truyền với tốc độ chậm, nhưng vô tình làm áp lực buồng ối tăng trở lại, và tình trạng vỡ ối lại tiếp diễn. Giả thuyết này đã từng được tác giả Vikraman, S. K. [10] đề cập đến trong nghiên cứu "Sự cải thiện của truyền ối trước sinh trong khảo sát các bất thường siêu âm ở thai kì thiếu ối nặng hoặc vô ối: phân tích 61 trường hợp bệnh".

Khi đi sâu phân tích các yếu tố tiên lượng sống còn ở các thai kì thiếu ối ở tuổi thai 16 - 28 tuần, chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm thai sinh sống và thai lưu ở các yếu tố bất thường hình thái mà cụ thể là bất thường hệ tiết niệu, tuổi thai lúc chẩn đoán, mức độ vô ối tại thời điểm chẩn đoán. Ngoài ra, mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê nhưng tỷ lệ thiếu - vô ối đơn độc ở nhóm thai sống của chúng tôi cao hơn nhóm thai lưu (35,6% và 20,9%, P=0,1). Nghiên cứu của tác giả Shipp, T. D. [9] ghi nhận 77% các thai kì sinh sống trong nhóm thiếu ối - vô ối tại tuổi thai 13 - 24 tuần là thiếu ối - vô ối đơn độc, và không có trường hợp nào tử vong do thiếu ối - vô ối đơn độc. Như vậy, chúng tôi giả thiết yếu tố tiên lượng khả năng sống còn của các thai kì thiếu ối - vô ối chẩn đoán trong ba tháng giữa là thiếu ối - vô ối đơn độc, tuy nhiên cần có những nghiên cứu với thiết kế phù hợp hơn để kiểm chứng giả thiết này.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 88 trường hợp thiếu ối - vô ối ở tuổi thai 16 - 28 tuần trong thời gian từ 01/12/2017 đến 01/04/2018, chúng tôi thu được các kết quả như sau:

Đặc điểm thai kì của các trường hợp thiếu ối từ 16 - 28 tuần.

Tỷ lệ bất thường hệ niệu chiếm 30,7%, trong đó toàn bộ bất thường là ở tại thận, với 85% hiện diện ở cả hai thận.

Không ghi nhận trường hợp nào mang bất thường số lượng và cấu trúc nhiễm sắc thể khi

phân tích ở mức độ karyotype.

Đặc điểm kết cục thai kì các trường hợp thiếu ối từ 16 - 28 tuần.

Tử suất: 51,1%.

Mô hình bệnh tật - tử vong chủ yếu là thai dị tật nặng, vỡ ối non và thai chậm tăng trưởng nặng xuất hiện sớm.

Dự đoán yếu tố tiên lượng khả năng sống là thiếu ối - vô ối đơn độc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cao Thanh Tùng** (2013), *Ảnh hưởng của thiếu ối lên kết cục sinh ở thai từ 37 tuần trở lên*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

2. **Đinh Lương Thái** (2012), *Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và thái độ xử trí với thai từ 22 đến 37 tuần bị thiếu ối tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

3. **Nguyễn Văn Dũng, Ngô Minh Xuân, và Lê Hồng Diễm** (2003), "Tình hình tử vong chu sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 7(1), tr. 31-36

4. **Ninh Văn Minh, Hoàng Tiến Nam, và Trần Thị Len** (2013), "Thiếu ối ở thai trên 28 tuần, các yếu tố liên quan và phương pháp xử trí tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình", *Y học Thực hành*. 6(874), tr. 90-91.

5. **Phạm Bích Chi, Hoàng Trọng Kim, và Trương Phi Hùng** (2005), "Tình hình tử vong sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Đồng II TP.HCM năm 2002", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 9(1), tr. 140-146.

6. **Phạm Lê Tuấn, Nguyễn Nam Liên, và Phan Lê Thu Hằng** (2015), *Niên giám thống kê y tế*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 261.

7. **Linehan L. A., et al.** (2016), "Neonatal and maternal outcomes following midtrimester preterm premature rupture of the membranes: A retrospective cohort study", *BMC Pregnancy and Childbirth*. 16, p. 25.

8. **Petrozella L. N., et al.** (2011), "Clinical significance of borderline amniotic fluid index and oligohydramnios in preterm pregnancy", *Obstet Gynecol*. 117(2 Pt 1), pp. 338-42.

9. **Shipp T. D., et al.** (1996), "Outcome of singleton pregnancies with severe oligohydramnios in the second and third trimesters", *Ultrasound Obstet Gynecol*. 7(2), pp. 108-13.

10. **Vikraman S. K., et al.** (2017), "Impact of antepartum diagnostic amnioinfusion on targeted ultrasound imaging of pregnancies presenting with severe oligo - and anhydramnios: An analysis of 61 cases", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 212, pp. 96-100.