

5. Sandanger, I., Nygard, J., and Sorensen, T. Is women's mental health more susceptible than men's to the influence of surrounding stress. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004. 39: 177-184.
6. Tylee, A. The importance of somatic symptoms in depression in primary care". Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry. 2005. 7.
7. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern. 2016. 6-8.
8. World Health Organization. Depressive episode. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization. 1992. 99-101.

PHƯƠNG PHÁP XỬ TRÍ SẢN KHOA Ở NHỮNG SẢN PHỤ ĐẸ NON TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2022-2023

Thurn Sovanra¹, Nguyễn Mạnh Thắng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu phương pháp và kết quả xử trí sản khoa ở những sản phụ đẻ non tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương năm 2022-2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Phần lớn các thai phụ đẻ non ở tuần thứ 28-34 (65,1%). Chủ yếu các sản phụ được xử trí bằng phương pháp đẻ mổ ở nhóm tuổi thai 28-34 tuần (61,5%), ≥35 tuần (75,0%), nhóm tuổi thai ≤ 27 tuần đa phần được xử trí bằng đẻ đường âm đạo (85,7%). Sự khác biệt giữa các phương pháp xử trí đẻ non theo các nhóm tuổi thai có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,05$). Phương pháp mổ đẻ được xử trí nhiều hơn cho các sản phụ đẻ non trong trường hợp ngôi thai bất thường với tỷ lệ (78,1%). Đa số điểm số Apgar đều ≥7 ở phút thứ 1 (91,5%) và ở phút thứ 5 (92,8%). Sự khác biệt giữa điểm số Apgar ở phút thứ 1 và phút thứ 5 với phương pháp đẻ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các biến chứng thường gặp ở trẻ sơ sinh non tháng là suy hô hấp (70,7%), nhiễm khuẩn sơ sinh (31,6%), vàng da (12,7%), viêm ruột hoại tử (7,2%) và ngạt sau sinh (3,6%) và các biến chứng này thường gặp nhiều ở nhóm đẻ bằng đường âm đạo. **Kết luận:** Mổ đẻ là phương pháp được xử trí nhiều hơn cho các sản phụ đẻ non chủ yếu do ngôi thai bất thường. Điểm số Apgar ở phút thứ 1, phút thứ 5 đa phần ≥7. Các biến chứng thường gặp như suy hô hấp, nhiễm khuẩn sơ sinh, vàng da, viêm ruột hoại tử và ngạt sau sinh.

Từ khóa: phương pháp xử trí, đẻ non, Bệnh viện phụ sản Trung Ương.

SUMMARY

MANAGEMENT METHODS IN PRETERM PREGNANT WOMEN AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2022-2023

Objective: To study methods and results of

obstetric management in preterm pregnant women at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2022-2023. **Research Methods:** A cross-sectional descriptive study. **Results:** The majority of pregnant women delivered prematurely at 28-34 weeks (65.1%). Mainly, pregnant women were managed by cesarean section in the gestational age group 28-34 weeks (61.5%), ≥35 weeks (75.0%), gestational age group 27 weeks mostly managed by cesarean section. vaginal delivery (85.7%). The difference between the treatments for preterm birth by age groups is statistically significant ($p < 0.05$). Cesarean section is more manageable for women who deliver prematurely in case of abnormal fetal position (78.1%). Most Apgar scores were ≥7 at the 1st minute (91.5%) and at the 5th minute (92.8%). The difference between Apgar score at 1st minute and 5th minute with cesarean section is statistically significant ($p < 0.05$). Common complications in premature infants were respiratory failure (70.7%), neonatal infections (31.6%), jaundice (12.7%), necrotizing enterocolitis (7.2. %) and postpartum asphyxia (3.6%) and these complications were more common in the vaginal delivery group. **Conclusion:** Cesarean section is the preferred method of management for women who deliver prematurely mainly due to abnormal fetal position. Apgar score at 1st minute, 5th minute is mostly ≥7. Common complications include respiratory failure, neonatal sepsis, jaundice, necrotizing enterocolitis, and postpartum asphyxia.

Keywords: treatment methods, preterm birth, National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đẻ non luôn là một vấn đề lớn của y học nói chung và trong sản khoa nói riêng. Đẻ non cùng với các hậu quả khác của nó là nguyên nhân gây tử vong sơ sinh hàng đầu. Tuổi thai càng non thì tần số và độ nặng của tai biến đi kèm sẽ càng nhiều⁴.

Tỷ lệ đẻ non rất khác nhau ở các nước trên thế giới. Ở các nước có thu nhập cao tỷ lệ đẻ non khoảng 9%, trong khi những nước có thu nhập thấp tỷ lệ đẻ non cao hơn khoảng 12%⁷. Tại Việt Nam chưa có thống kê trên toàn quốc, theo những nghiên cứu đơn lẻ ở giai đoạn 2015-

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Thurn Sovanra

Email: sovanrathurn@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023

2016 thì tỷ lệ đẻ non vào khoảng 14,8%-15,9%¹. Hiện nay, với sự tiến bộ của y học chúng ta đã có thể nuôi sống những trẻ có trọng lượng và tuổi thai khá nhỏ song để thực hiện được điều đó đã tốn rất nhiều công sức, nhân lực và tài chính. Do vậy, có thể cho rằng đẻ non hiện nay vẫn là một thách thức không chỉ ở Việt Nam mà cả ở các nước trên thế giới, vì nó ảnh hưởng đến chất lượng dân số.

Tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương (BVPSTW) xử trí chuyển dạ đẻ non có 2 phương pháp là đẻ đường âm đạo và đẻ mổ. Mổ đẻ đối với thai non tháng vẫn là một vấn đề đang bàn cãi⁶. Một câu hỏi đặt ra là xử trí chuyển dạ đẻ non thể nào để đạt hiệu quả. Giữa đẻ mổ và đẻ đường âm đạo ở thai non tháng có sự khác biệt nhau về tỷ lệ tai biến mẹ con, Apgar sau sinh, suy hô hấp sau sinh, tử vong sơ sinh... hay không? Nghiên cứu thực hiện với mục tiêu: Nghiên cứu phương pháp và kết quả xử trí sản khoa ở những sản phụ đẻ non tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương năm 2022-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu có tuổi thai từ 22 tuần trước khi hết 36 tuần đến sinh tại Khoa Đẻ Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ 01/09/2022 đến tháng 30/04/2023. Thai sống, không có bệnh lý. Nhớ chính xác ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng hoặc có kết quả siêu âm thai quý đầu. Có các dấu hiệu khi vào viện(Đau bụng, ra máu âm đạo, ra nước âm đạo, có biến đổi cổ tử cung). Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Loại trừ các trường hợp đình chỉ thai nghén do thai chết lưu, thai dị dạng hoặc các lý do xã hội khác. Các sản phụ được chẩn đoán trước đẻ là đẻ non, chẩn đoán sau đẻ là đủ tháng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu cho sản phụ đẻ non:**

Bảng 1. Phân bố xử trí đẻ non theo nhóm tuổi thai

Nhóm tuổi thai	Phương pháp đẻ		Tổng n (%)	P
	Đẻ đường âm đạo	Mổ đẻ		
≤ 27	30 (85,7%)	05 (14,3%)	35 (11,4%)	0,000
28-34	77 (38,5%)	123 (61,5%)	200 (65,2%)	
≥35	18 (25,0%)	54 (75,0%)	72 (23,4%)	
Tổng số	125 (40,7%)	182 (59,3%)	307 (100%)	

Nhận xét: Ở các nhóm tuổi thai 28-34 tuần, ≥35 tuần phần lớn các sản phụ được xử trí đẻ non bằng phương pháp mổ đẻ (61,5%; 75,0%), còn lại là xử trí bằng đường âm đạo (38,5%; 25,0%). Chỉ có nhóm tuổi thai ≤ 27 tuần phần lớn được xử trí bằng đẻ đường âm đạo (85,7%),

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: - n: cỡ mẫu nghiên cứu

- $Z_{(1-\alpha/2)}$: là hệ số tin cậy. Chọn $\alpha = 0.05$

ta được $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96^2$ ở khoảng tin cậy 95%.

- p = 0,273 (Tỷ lệ đẻ mổ thai non tháng theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Gấm tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2011 là 27,3%)

- d = 0,05 là sai số chọn mẫu mong muốn.

Thay vào công thức ta có cỡ mẫu nghiên cứu là 304 người bệnh. Thực tế đã nghiên cứu 307 người bệnh đẻ non.

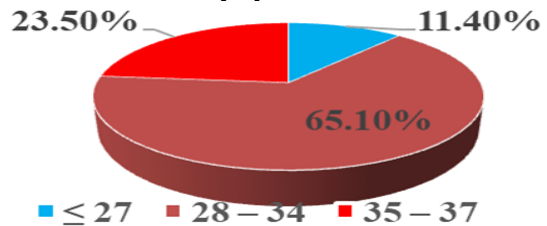
• **Biến số nghiên cứu:** Tuổi thai; Phương pháp đẻ(đẻ đường âm đạo, đẻ mổ); Ngôi thai; Chỉ số Apgar phút thứ 1; Chỉ số Apgar phút thứ 5; Biến chứng sơ sinh.

• **Phân tích số liệu:** Số liệu được làm sạch, nhập liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý của lãnh đạo BVPSTW và phê duyệt của Hội đồng đề cương nghiên cứu Trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố tỷ lệ đẻ non theo tuổi thai



Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ đẻ non theo tuổi thai

Nhận xét: Phần lớn các thai phụ đẻ non ở tuần thứ 28-34 chiếm 65,1%. Còn lại là từ 35-37 tuần (23,5%) và 22-27 tuần (11,4%).

3.2. Phân bố xử trí đẻ non theo nhóm tuổi thai

Nhóm tuổi thai	Đẻ đường âm đạo	Mổ đẻ	Tổng
≤ 27	30 (85,7%)	05 (14,3%)	35 (11,4%)
28-34	77 (38,5%)	123 (61,5%)	200 (65,2%)
≥35	18 (25,0%)	54 (75,0%)	72 (23,4%)
Tổng số	125 (40,7%)	182 (59,3%)	307 (100%)

còn lại được xử trí bằng mổ đẻ (14,3%). Sự khác biệt giữa các phương pháp xử trí đẻ non theo các nhóm tuổi có ý nghĩa về mặt thống kê (p<0,05).

3.3. Xử trí đẻ non trong ngôi bất thường

Bảng 2. Xử trí đẻ non trong ngôi bất thường

PP đẻ	Ngôi thai	Ngôi vai/ Ngôi mông	Ngôi chòm	Tổng số	P
		n (%)	n (%)	n (%)	
	Đẻ mổ	21 (87,5%)	04 (50%)	25 (78,1%)	0,026
	Đẻ đường âm đạo	03 (12,5%)	04 (50%)	07 (21,9%)	
	Tổng	24 (75,0%)	08 (25,0%)	32 (100%)	

Nhận xét: Phần lớn các trường hợp ngôi vai/ngôi mông được xử trí đẻ mổ (85,7%), còn lại được xử trí theo phương pháp đẻ đường âm đạo (12,5%). 50% các trường hợp ngôi chòm được xử trí đẻ mổ và 50% còn lại được xử trí theo phương pháp đẻ đường âm đạo. Sự khác

biệt giữa các phương pháp xử trí đẻ non với các trường hợp có ngôi bất thường có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,05$).

3.4. Liên quan giữa chỉ số Apgar và phương pháp đẻ

Bảng 3. Liên quan giữa chỉ số Apgar và phương pháp đẻ

Phương pháp đẻ	Apgar P1	<7	≥7	Tổng	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Chỉ số Apgar phút thứ 1					
	Mổ đẻ	04 (2,2%)	178 (97,8%)	182 (59,3%)	0,000
	Đẻ đường âm đạo	22 (17,6%)	103 (82,4%)	125 (40,7%)	
	Tổng	26 (8,5%)	281 (91,5%)	307 (100%)	
Chỉ số Apgar phút thứ 5					
	Mổ đẻ	01 (0,5%)	181 (99,5%)	182 (59,3%)	0,000
	Đẻ đường âm đạo	21 (16,8%)	104 (83,2%)	125 (40,7%)	
	Tổng	22 (7,2%)	285 (92,8%)	307 (100%)	

Nhận xét: Chỉ số apgar ở phút thứ 1 đa phần đều lớn hơn hoặc bằng 7 ở cả nhóm mổ đẻ (97,8%) và nhóm đẻ bằng đường âm đạo (82,4%). Sự khác biệt giữa các phương pháp xử trí đẻ non theo chỉ số Apgar thời điểm phút thứ 1 có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,05$).

Chỉ số apgar ở phút thứ 5 đa phần đều lớn hơn hoặc bằng 7 ở cả nhóm mổ đẻ (99,5%) và nhóm đẻ bằng đường âm đạo (83,2%). Sự khác biệt giữa các phương pháp xử trí đẻ non theo chỉ số Apgar thời điểm phút thứ 5 có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,05$).

Chỉ số apgar ở phút thứ 5 đa phần đều lớn

3.5. Mối liên quan giữa tai biến ở trẻ sơ sinh non tháng theo phương pháp đẻ

Bảng 4. Mối liên quan giữa tai biến ở trẻ sơ sinh non tháng theo phương pháp đẻ

Biến chứng	Phương pháp đẻ	Đẻ đường âm đạo	Đẻ mổ	Tổng	P
Vàng da					
	Không	157 (86,3%)	111 (88,8%)	268 (87,3%)	0,512
	Có	25 (13,7%)	14 (11,2%)	39 (12,7%)	
Ngạt sau sinh					
	Không	121 (94,5%)	175 (97,8%)	296 (96,4%)	0,765
	Có	07 (5,5%)	04 (2,2%)	11 (3,6%)	
Nhiễm khuẩn sơ sinh					
	Không	130 (71,4%)	80 (64,0%)	210 (68,4%)	0,169
	Có	52 (28,6%)	45 (36,0%)	97 (31,6%)	
Suy hô hấp					
	Không	48 (26,4%)	42 (33,6%)	90 (29,3%)	0,172
	Có	134 (73,6%)	83 (63,4%)	217 (70,7%)	
Viêm ruột hoại tử					
	Không	181 (99,5%)	104 (83,2%)	285 (92,8%)	0,000
	Có	01 (0,5%)	21 (16,8%)	22 (7,2%)	

Nhận xét: Kết quả cho thấy có 70,7% trẻ sơ sinh non bị suy hô hấp, 31,6% trẻ sơ sinh non bị nhiễm khuẩn sơ sinh, 12,7% trẻ sơ sinh non bị vàng da, 7,2% trẻ sơ sinh non viêm ruột hoại tử, 3,6% trẻ sơ sinh non bị ngạt sau sinh. Không có

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các biến chứng vàng da, ngạt sau sinh, nhiễm khuẩn sơ sinh, suy hô hấp với phương pháp đẻ ($p > 0,05$). Sự khác biệt giữa biến chứng viêm ruột hoại tử với phương pháp đẻ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các trường hợp đẻ non ở tuần thứ 28-34 chiếm 65,1%. Còn lại là từ 35-37 tuần (23,5%) và 22-27 tuần (11,4%).

Ở nhóm tuổi thai ≤ 27 tuần phần lớn các sản phụ được xử trí đẻ non bằng phương pháp đẻ đường âm đạo (85,7%). Phương pháp xử trí đẻ non bằng mổ đẻ được áp dụng nhiều hơn ở nhóm tuổi thai 28-34 tuần (61,5%) và nhóm tuổi thai ≥ 35 tuần (75,0%). Sự khác biệt giữa các phương pháp xử trí đẻ non theo các nhóm tuổi có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,05$). Ở các nhóm tuổi thai nhỏ thì phần lớn được xử trí bằng đẻ đường âm đạo nhiều hơn, tuổi thai càng lớn thì được xử trí bằng phương pháp mổ đẻ nhiều hơn. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đào Thị Huyền Trang (2018) cho thấy tuổi thai càng lớn thì được xử trí bằng phương pháp mổ đẻ⁵. Điều này có thể giải thích là do ở tuổi thai nhỏ thì thường sẽ có trọng lượng thai nhỏ hơn dễ đẻ bằng đường âm đạo hơn, còn ở nhóm tuổi thai càng lớn từ 28 tuần trở lên, do trọng lượng thai thường sẽ lớn hơn kết hợp với một vài yếu tố đẻ khó nữa sẽ làm tăng huy cơ mổ lấy thai.

Phần lớn các trường hợp ngôi bất thường (ngôi vai/ngôi mông) được xử trí đẻ mổ (87,5%), còn lại được xử trí theo phương pháp đẻ đường âm đạo (12,5%). Với các trường hợp có ngôi chòm 50% được xử trí đẻ mổ, 50% được xử trí đẻ bằng đường âm đạo. Sự khác biệt giữa các phương pháp xử trí đẻ non với các trường hợp có ngôi bất thường có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này tương ứng với nghiên cứu của Đào Thị Huyền Trang (2018), với ngôi vai/ngôi mông phần lớn là đẻ mổ (94,6%), đẻ bằng đường âm đạo ít hơn (5,4%)⁵. Ngôi vai, ngôi mông được coi là các trường hợp đẻ khó vì ngôi vai chỉ đẻ được bằng đường âm đạo khi đủ điều kiện xoay ngôi vai thành ngôi mông, hoặc thai nhỏ đã chết lâu, còn ngôi mông đẻ được bằng đường dưới nhưng dễ mắc đầu hậu.

Chỉ số Apgar ở cả nhóm mổ đẻ và nhóm đẻ đường âm đạo phút thứ 1 đều cao (≥ 7) với tỷ lệ lần lượt là 97,8% và 82,4%. Tương tự, ở phút thứ 5 chỉ số Apgar cũng cao (≥ 7) với tỷ lệ lần lượt với hai nhóm mổ đẻ, đẻ đường âm đạo là 99,5% và 83,2%. Sự khác biệt giữa các phương pháp xử trí đẻ non theo chỉ số Apgar thời điểm phút thứ 1 và ở phút thứ 5 có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,05$). Kết quả chỉ số Apgar có phần cao hơn so với kết quả của Đào Thị Huyền Trang (2018) với điểm số (≥ 7) ở nhóm mổ đẻ chiếm

89%, nhóm đẻ đường âm đạo 76,3%⁵.

Vàng da ở trẻ sơ sinh non trong nhóm đẻ đường âm đạo (13,7%) cao hơn nhóm đẻ mổ (11,2%). Sự khác biệt giữa có vàng da và không có vàng da ở trẻ sơ sinh non với phương pháp đẻ không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ngạt sau sinh ở trẻ sơ sinh non trong nhóm đẻ đường âm đạo (4,3%) cao hơn nhóm đẻ mổ (3,2%). Sự khác biệt giữa tình trạng ngạt sau sinh với phương pháp đẻ không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhiễm khuẩn sơ sinh non ở nhóm đẻ mổ (36,0%) cao hơn nhóm đẻ đường âm đạo (28,6%), tỷ lệ nhiễm khuẩn sơ sinh chung là 31,6%. Sự khác biệt giữa tình trạng nhiễm khuẩn với phương pháp đẻ không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này phù hợp với kết quả của PGS.TS Phạm Bá Nha (2006), nhiễm khuẩn đối với trẻ đẻ non là 48,4%². Suy hô hấp ở trẻ sơ sinh non trong nhóm đẻ đường âm đạo (73,6%) cao hơn nhóm đẻ mổ (63,4%), tỷ lệ suy hô hấp ở cả hai phương pháp đẻ là 70,7%. Sự khác biệt giữa tình trạng suy hô hấp với phương pháp đẻ không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với kết quả của Nguyễn Trọng Nơi (2011), trẻ sinh non thủng suy hô hấp chiếm 70%³. Viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh trong nhóm đẻ mổ (16,8%) cao hơn nhóm đẻ đường âm đạo (0,5%). Sự khác biệt giữa tình trạng viêm ruột hoại tử với phương pháp đẻ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Tình trạng đẻ non chủ yếu ở nhóm tuổi thai từ 28-34 tuần với tỷ lệ (65,2%). Phương pháp đẻ mổ được áp dụng chủ yếu hơn cho các sản phụ đẻ non trong các trường hợp ngôi bất thường với tỷ lệ (78,1%). Phần lớn chỉ số Apgar đạt được điểm số ≥ 7 ở phút thứ 1 (91,5%) và ở phút thứ 5 (92,8%). Các biến chứng thường gặp ở trẻ sơ sinh non thủng là suy hô hấp (70,7%), nhiễm khuẩn sơ sinh (31,6%), vàng da (12,7%), viêm ruột hoại tử (7,2%) và ngạt sau sinh (3,6%) và các biến chứng này thường gặp nhiều ở nhóm đẻ bằng đường âm đạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Linh T.D. TLA, Nga P.T.T.** Nghiên cứu tình hình bệnh lý và tử vong trẻ sơ sinh non thủng - thấp cân tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2010. 2010;
2. **Nha PB.** Nghiên cứu của ảnh hưởng viêm nhiễm đường sinh dục dưới đến ĐN và phương pháp xử trí. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. 2006;
3. **Nơi NT.** Các yếu tố liên quan đến kết quả thở áp lực dương liên tục qua mũi trong điều trị suy hô hấp sơ sinh tại viện nhi Đồng Nai. Luận Án Tiến Sĩ Y Dược TP Hồ Chí Minh. 2011;

4. **Tài ND.** Chuyển dạ đẻ non, Bài giảng sản khoa. Nhà xuất bản y học. 2014;
5. **Đào Thị Huyền Trang, NMT.** Tình hình đẻ non và các phương pháp xử trí tại Khoa Đẻ Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. Tạp chí Phụ sản. 2018;
6. **Kayiga H, Achanda Genevive, D., Amuge, P.M., Byamugisha, J., Nakimuli, A., Jones.** Incidence, associated risk factors, and the ideal mode of delivery following preterm labour between 24 to 28 weeks of gestation in a low resource setting. 2021;
7. **World Health Organization (WHO)** 2018). Preterm birth.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN TUYỆT LẠP BẠCH CẦU HẠT DO THUỐC KHÁNG GIÁP TỔNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Phạm Võ Anh Tuấn¹, Đỗ Đức Minh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân tuyệt lập bạch cầu hạt do thuốc kháng giáp tổng hợp tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng:** 40 bệnh nhân tuyệt lập bạch cầu hạt do thuốc kháng giáp tổng hợp. Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu. **Kết quả:** Tuổi trung vị của dân số nghiên cứu là 40,5 với đại đa số là bệnh nhân nữ và được điều trị chủ yếu với Methimazole. Triệu chứng lâm sàng chính là sốt và đau họng. Số lượng bạch cầu hạt trung vị khi nhập viện là 65/ μ L và các bệnh nhân vẫn đang trong giai đoạn cường giáp chưa ổn định. Thời gian hồi phục số lượng bạch cầu hạt trung vị là 6 ngày. **Kết luận:** Biến chứng tuyệt lập bạch cầu hạt do thuốc kháng giáp tổng hợp là một biến cố tuy hiếm gặp nhưng nguy hiểm, cần có các dấu ấn sinh học dự đoán các phản ứng bất lợi này để giảm thiểu nguy cơ cho người bệnh. **Từ khóa:** lâm sàng, cận lâm sàng, tuyệt lập bạch cầu hạt, thuốc kháng giáp tổng hợp.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ANTITHYROID-INDUCED

AGRANULOCYTOSIS IN CHO RAY HOSPITAL

Objective: To investigate clinical and laboratory characteristics of patients diagnosed with antithyroid-induced agranulocytosis in Cho Ray hospital. **Subjects:** Data of 40 patients with antithyroid-induced agranulocytosis were collected. **Method:** Retrospective study. **Results:** Median age of studied population was 40,5 with the majority were females treated with Methimazole. Major symptoms were fever and sore throat. Median granulocytes at admission were 65/ μ L and hyperthyroidism was not well controlled in most of the patients. Median time for granulocyte recovery was 6 days. **Conclusions:**

Antithyroid-induced agranulocytosis is a rare but lethal complication, therefore, predictive biomarker for this adverse reaction need to be studied and identified.

Keywords: clinical, laboratory, agranulocytosis, antithyroid drug

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các thuốc kháng giáp tổng hợp (TKGTH) bao gồm methimazol, carbimazol hoặc propyl-thiouracil được sử dụng phổ biến trong điều trị các bệnh lý có hội chứng cường giáp như bệnh Graves, bướu giáp đa nhân hóa độc, nhân độc giáp... Mặc dù có hiệu quả cao trong điều trị nhưng các thuốc này có thể gây khá nhiều phản ứng phụ ở các mức độ khác nhau như nổi ban đỏ, mày đay, đau khớp, rối loạn tiêu hóa, giảm bạch cầu hạt, nhiễm độc gan, viêm mạch...[1]

Tuyệt lập bạch cầu hạt, được định nghĩa khi số lượng bạch cầu hạt dưới 500/ μ L là một trong những tai biến hiếm gặp nhưng hết sức nguy hiểm, xảy ra ở khoảng 4/1.000 người sử dụng TKGTH với tỷ lệ tử vong lên đến 6–20% số ca. Giảm số lượng bạch cầu hạt làm cho người bệnh có nguy cơ cao bị mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội, đây cũng là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tử vong[2].

Hầu hết các trường hợp tuyệt lập bạch cầu hạt do TKGTH xảy ra trong vòng 90 ngày sau dùng thuốc nhưng một số ít trường hợp có thể xảy ra sau một năm hoặc hơn[1,3]. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng người cao tuổi có nguy cơ giảm bạch cầu hạt do thuốc kháng giáp cao hơn và tỷ lệ tử vong do tai biến này cũng lớn hơn so với người trẻ tuổi. Sốt cao và đau họng là những biểu hiện sớm nhất và thường gặp nhất của tuyệt lập bạch cầu hạt, các biểu hiện nhiễm khuẩn cơ hội thường gặp nhất trong tuyệt lập bạch cầu hạt là viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn ngoài da, tai mũi họng, hậu môn trực tràng, trong đó, trực khuẩn mủ xanh là mầm bệnh gặp nhiều nhất, nhiễm nấm và virus

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Minh

Email: ducminh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2023

Ngày duyệt bài: 15.11.2023