

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF THREATENED PRETERM LABOR CASES AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Cao Thi Quynh Anh^{1*}, Nguyen Thi Hong¹, Le Duc Tho¹, Do Tuan Dat^{2,3}

¹TNU - University of Medicine and Pharmacy

²Hanoi University of Medicine and Pharmacy, ³Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Received: 24/3/2025	Preterm birth is a major cause of neonatal morbidity and mortality, with an increasing global incidence. Early identification of risk factors and timely intervention are crucial in improving perinatal outcomes. This study aims to describe the clinical and paraclinical characteristics of pregnant women diagnosed with threatened preterm labor between 28 and 34 weeks of gestation at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from September to December 2024. A cross-sectional descriptive study was conducted on 110 hospitalized pregnant women. The average maternal age was 28.78 ± 5.09 years, with a majority living in urban areas (56%) and working in administrative or office jobs (44.5%). A history of preterm birth was recorded in 11.8% of cases, while 58.2% were primigravida. The mean gestational age at presentation was 30.19 ± 2.05 weeks, with 71.8% of cases between 28 and 31 weeks. Common symptoms included abdominal pain (95.5%), vaginal or cervical infections (65.5%), and uterine contractions on obstetric monitoring (79.1%). Notably, cervical shortening (≤ 25 mm) was found in 82.7% of cases, with a mean cervical length of 19.50 ± 7.86 mm. These findings highlight the importance of cervical length measurement in predicting preterm birth risk and emphasize the need for targeted interventions to improve maternal and neonatal outcomes.
Revised: 17/7/2025	
Published: 17/7/2025	
KEYWORDS	
Preterm birth	
Cervical length	
Threatened preterm labor	
Vaginal infections	
Uterine contractions	

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CÁC TRƯỜNG HỢP DẠ ĐẼ NON TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Cao Thị Quỳnh Anh^{1*}, Nguyễn Thị Hồng¹, Lê Đức Thọ¹, Đỗ Tuấn Đạt^{2,3}

¹Trường Đại học Y Dược – ĐH Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Hà Nội, ³Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

THÔNG TIN BÀI BÁO	TÓM TẮT
Ngày nhận bài: 24/3/2025	Đẻ non là nguyên nhân chính gây bệnh tật và tử vong ở trẻ sơ sinh, với xu hướng gia tăng toàn cầu. Phát hiện sớm và phòng ngừa đẻ non giúp cải thiện kết cục chu sinh và giảm gánh nặng y tế. Nghiên cứu này mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thai phụ dọa đẻ non ở tuổi thai 28-34 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 09/2024 đến tháng 12/2024. Phương pháp mô tả cắt ngang được áp dụng trên 110 thai phụ nhập viện điều trị. Kết quả cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $28,78 \pm 5,09$ trong đó 56% sống ở thành thị, 44,5% làm văn phòng. Tiền sử đẻ non chiếm 11,8%, con so chiếm 58,2%. Tuổi thai nhập viện trung bình là $30,19 \pm 2,05$ tuần, với 71,8% trong khoảng 28-31 tuần. Triệu chứng phổ biến gồm đau bụng (95,5%), viêm nhiễm âm đạo/cổ tử cung (65,5%), cơn co tử cung trên monitoring (79,1%). Đáng chú ý, 82,7% có chiều dài cổ tử cung ≤ 25 mm, trung bình $19,50 \pm 7,86$ mm. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của đo chiều dài cổ tử cung trong dự báo đẻ non và sự cần thiết của các biện pháp can thiệp kịp thời.
Ngày hoàn thiện: 17/7/2025	
Ngày đăng: 17/7/2025	
TỪ KHÓA	
Đẻ non	
Chiều dài cổ tử cung	
Dọa đẻ non	
Viêm âm đạo	
Cơn co tử cung	

DOI: <https://doi.org/10.34238/tnu-jst.12381>

* Corresponding author. Email: caothiquynhanh@tnmc.edu.vn

1. Đặt vấn đề

Đẻ non được định nghĩa là chuyển dạ đẻ trước 37 tuần tuổi thai [1] - [3]. Mỗi năm có khoảng 15 triệu trẻ đẻ non ra đời [1], [4]. Tại Việt Nam, ước tính hàng năm có khoảng 103.500 trẻ sinh non và 17.000 trẻ tử vong trong vòng 28 ngày sau khi sinh [5]. Đẻ non là một trong những vấn đề lâm sàng lớn trong chuyên ngành Sản khoa trên toàn thế giới. Đẻ non không chỉ là nguyên nhân chính gây ra bệnh tật và tử vong ở trẻ sơ sinh trên toàn cầu mà còn là nguyên nhân làm tăng các bệnh không lây nhiễm trong xã hội [6] - [8]. Đẻ non để lại những hậu quả nặng nề cho bà mẹ, trẻ và toàn xã hội nói chung. Những trẻ sống sót sau khi đẻ non thường phải đối mặt với các khuyết tật như chậm phát triển tâm thần, vận động, bệnh phổi, các vấn đề về thị giác và thính giác trong quãng thời gian tiếp theo của cuộc đời [1]. Nhiều nỗ lực nghiên cứu đã và đang được thực hiện để giải quyết vấn đề này. Cho đến nay, việc tối ưu trong dự đoán đẻ non vẫn là một thách thức lớn. Việc xác định chính xác những phụ nữ có nguy cơ cao đẻ non trong thời gian ngắn có thể cho phép can thiệp và quản lý hiệu quả hơn, đồng thời cải thiện kết cục chu sinh của trẻ. Tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội đã có những nghiên cứu về dọa đẻ non, tuy nhiên với sự thay đổi về tình hình xã hội với sự xuất hiện của nhiều ngành nghề, nhiều đối tượng thai phụ với những hoàn cảnh khác nhau đòi hỏi sự chăm sóc sản khoa cá nhân hóa. Với mong muốn nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị dọa đẻ non tại đây, đồng thời là nền tảng cho những nghiên cứu khác về đẻ non trong tương lai, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm của các thai phụ có triệu chứng dọa đẻ non tuổi thai 28 tuần đến 34 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024.*

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các thai phụ có chẩn đoán dọa đẻ non được chỉ định nhập viện điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 09 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Thai phụ được chẩn đoán dọa đẻ non có chỉ định nhập viện điều trị.
- Tuổi thai từ 27 tuần 1 ngày đến 33 tuần 6 ngày, dựa vào dự kiến sinh theo siêu âm khi thai được 10 tuần 0 ngày đến 13 tuần 6 ngày theo hướng dẫn của Hiệp hội Siêu âm Sản phụ khoa Thế giới [2].
- Một thai, thai sống, quá trình mang thai bình thường.
- Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Mẹ mắc các bệnh toàn thân nặng.
- Thai có dị tật bẩm sinh.
- Thai phụ bị ra nước âm đạo.
- Thai phụ có cổ tử cung mở ≥ 3 cm.
- Các thai phụ chủ động đình chỉ thai nghén.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 09 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Sản bệnh, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu

- Cỡ mẫu được tính theo công thức (1):

$$n = \frac{Z^2 \times p \times (1 - p)}{d^2} \quad (1)$$

Trong đó: n : cỡ mẫu cần thiết, Z : giá trị của Z tương ứng là 1,96 với mức tin cậy 95%, $p = 0,05$ là tỷ lệ để non theo nghiên cứu của Job Klumper và cộng sự [3], d : khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được từ mẫu và tỷ lệ của quần thể, $d = 0,05$.

Theo công thức (1) ta có:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.05 \times (1 - 0.05)}{(0.05)^2} = 72.99 \approx 73$$

- Vậy cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi tối thiểu là 73.

- Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn tất cả thai phụ thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian tiến hành nghiên cứu, để tăng độ tin cậy và tính đại diện của mẫu, chúng tôi thu nhận 110 thai phụ đủ tiêu chuẩn.

Chỉ số và biến số nghiên cứu

- Nhóm tuổi: < 20 tuổi; 20 – 34 tuổi; ≥ 35 tuổi

- Địa dư: Thành thị; nông thôn

- Nghề nghiệp: Công nhân; nông dân; hành chính sự nghiệp; học sinh - sinh viên; khác

- Đặc điểm tiền sử sản khoa: Tiền sử đẻ non (có, không); tiền sử sảy, nạo, hút thai, đình chỉ thai nghén (có, không); số lần đẻ (con so, con rạ).

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Tuổi thai lúc nhập viện (28-31 tuần, 32-34 tuần); đau bụng (có, không); tình trạng viêm âm đạo cổ tử cung (có, không); tình trạng ra máu âm đạo (có; không); monitoring (có cơn co tử cung; không có cơn co tử cung); chiều dài cổ tử cung (CTC) theo siêu âm đường âm đạo (≤ 25 mm, > 25 mm).

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý, làm sạch, mã hóa, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 24.0 theo các thuật toán thống kê. Tính giá trị trung bình các biến định lượng và tỷ lệ % đối với các biến định tính.

Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện sau khi được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Phụ sản Hà Nội thông qua.

- Chỉ tiến hành nghiên cứu khi đã giải thích rõ và có sự đồng ý tự nguyện tham gia của bệnh nhân. Tất cả thông tin thu thập được chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. Kết quả nghiên cứu và thảo luận

3.1. Kết quả nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng (n = 110)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 20 tuổi	5	4,5
	20-34 tuổi	86	78,2
	≥ 35 tuổi	19	17,3
	Trung bình	28,78 ± 5,09	
Nghề nghiệp	Công nhân	6	5,5
	Nông dân	1	0,9
	Hành chính sự nghiệp	49	44,5
	Học sinh sinh viên	1	0,9
	Khác	53	48,2
Địa dư	Thành thị	62	56,0
	Nông thôn	48	44,0

Nhận xét: Trong tổng số 110 đối tượng, 78,2% nằm trong độ tuổi 20–34, với tuổi trung bình 28,78 ± 5,09; 56,0% sống ở khu vực thành thị, và 44,5% làm hành chính sự nghiệp.

Bảng 2. Đặc điểm tiền sử sản khoa của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n = 110)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử đẻ non	13	11,8
Tiền sử sảy, nạo, hút thai, đình chỉ thai nghén	31	28,2
Số lần đẻ	Con so	58,2
	Con rạ	41,8

Nhận xét: Tiền sử đẻ non được ghi nhận ở 11,8% và sảy, nạo, hút thai, đình chỉ thai nghén ở 28,2% đối tượng. Có 58,2% đối tượng nghiên cứu mang thai lần đầu.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố	Số lượng (n = 110)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai lúc nhập viện	28-31 tuần	71,8
	32-34 tuần	28,2
	Trung bình	30,19 ± 2,05 tuần
Đau bụng	Có	95,5
	Không	4,5
Tình trạng ra máu âm đạo	Có	30,9
	Không	69,1
Tình trạng viêm âm đạo cổ tử cung	Có	65,5
	Không	34,5
Monitoring sản khoa	Có con co tử cung	79,1
	Không có con co tử cung	20,9

Nhận xét: Tuổi thai trung bình của đối tượng nghiên cứu là 30,19 ± 2,05 tuần, trong đó chủ yếu là nhóm tuổi thai 28-31 tuần (chiếm 71,8%). Các triệu chứng phổ biến: đau bụng: 95,5%; viêm âm đạo cổ tử cung: 65,5%; có cơn co tử cung trên monitoring sản khoa: 79,1%.

Bảng 4. Đặc điểm chiều dài cổ tử cung

Chiều dài CTC theo siêu âm đường âm đạo	Số lượng (n=110)	Tỷ lệ (%)
≤ 25 mm	91	82,7
> 25 mm	19	17,3
Trung bình	19,50 ± 7,86	

Nhận xét: Chiều dài cổ tử cung ≤ 25 mm được ghi nhận ở 82,7% trường hợp, với giá trị trung bình 19,50 ± 7,86 mm, ngắn nhất là 5 mm và dài nhất 49 mm.

3.2. Bàn luận

Nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm thai phụ bị dọa đẻ non cho phép can thiệp điều trị sớm, từ đó cải thiện kết cục sản khoa và sơ sinh. Qua nghiên cứu 110 thai phụ được chẩn đoán dọa đẻ non có tuổi thai 28 đến 34 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội đã cho thấy một số đặc điểm như sau:

3.2.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Theo kết quả tại Bảng 1, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 28,78 ± 5,09, lớn tuổi nhất là 39 và thấp nhất là 18 tuổi, trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 20-34 tuổi, chiếm 78,2%. Kết quả này tương tự như các nghiên cứu khác ở trong nước khi đây là nhóm tuổi sinh đẻ, khả năng có thai cao hơn nên tỷ lệ dọa đẻ non cũng cao hơn so với các nhóm tuổi khác, như nghiên cứu của tác giả Bùi Đức Quyết năm 2014 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trên 31 thai phụ đẻ non và 31 thai phụ đủ tháng có độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 26,2 ± 4,08 tuổi [9]. Nghiên cứu của chúng tôi có 56% đối tượng nghiên cứu sống ở thành thị và 44% sống ở nông thôn dựa theo địa chỉ đang sinh sống tại thời điểm tiến hành nghiên cứu. Theo đó, tỷ lệ thai phụ sống ở thành thị và nông thôn không quá khác biệt, điều này dễ hiểu do Bệnh viện Phụ sản Hà Nội là bệnh viện có chuyên môn cao, nhiều thai phụ sống ở nông thôn do lo lắng muốn được điều

trị tại đây hoặc các trường hợp được chuyển từ tuyến dưới lên do cơ sở trang thiết bị và điều kiện chăm sóc sơ sinh non tháng chưa tốt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Bùi Đức Quyết [9] và Hứa Thanh Tú [10] với tỷ lệ lần lượt tương ứng 54,8% và 56,7% thai phụ sống ở thành thị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm thai phụ bị dọa đẻ non có công việc chân tay như công nhân hay nông dân chỉ chiếm tương ứng 5,5% và 0,9% ít hơn so với nhóm hành chính sự nghiệp (44,5%) và nghề khác (48,2%). Sự khác biệt này có thể do đối tượng hành chính sự nghiệp gặp những căng thẳng về tâm lý và điều này ảnh hưởng đến nguy cơ dọa đẻ non theo cơ chế thần kinh - nội tiết nhiều hơn. Những thai phụ được xếp vào nhóm nghề nghiệp loại khác làm việc ở nhiều lĩnh vực, phổ biến nhất là kinh doanh, bán hàng, làm việc nhà, sản xuất tại nhà (như sản xuất hàng may mặc hoặc đồ thủ công) và xây dựng. Những thai phụ này vừa phải tiếp tục lao động để duy trì thu nhập cho gia đình, vừa phải tự đảm bảo chăm sóc sức khỏe thể chất và tinh thần trong suốt thai kỳ và giai đoạn hậu sản, trong bối cảnh không được hưởng bất kỳ chính sách bảo vệ lao động chính thức nào, chẳng hạn như chế độ nghỉ thai sản. Ở Trung Quốc, Mỹ Latinh và châu Phi cận Sahara, gần một nửa số lao động làm việc phi chính thức là phụ nữ, trong khi ở Đông Nam Á những đối tượng này chiếm 1/5. Đối với những người lao động này, việc chăm sóc bản thân và con cái của họ đặt ra những thách thức riêng trong quá trình mang thai và chăm sóc sau sinh bao gồm cả dọa đẻ non và đẻ non [11]. Do vậy, dễ hiểu khi phần lớn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi nằm trong nhóm có nghề nghiệp xếp loại khác và hành chính sự nghiệp. Theo nghiên cứu của Copper và cộng sự [12] cho thấy tỷ lệ đẻ non ở thai phụ bị trầm cảm cao gấp đôi so với nhóm không bị trầm cảm.

3.2.2. Đặc điểm về tiền sử sản phụ khoa

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 2, có 13/110 thai phụ (chiếm 11,8%) có tiền sử đẻ non và 28,2% có tiền sử sảy, nạo, hút thai, đình chỉ thai nghén. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác như tác giả Nguyễn Thành Lâm [13] tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương cho thấy có 17,1% thai phụ bị dọa đẻ non có tiền sử sảy thai. Tiền sử đẻ non là yếu tố nguy cơ chính gây tái phát đẻ non. Trong các nghiên cứu về dọa đẻ non, những thai phụ có tiền sử đẻ non trước đó có nguy cơ bị đẻ non <37 tuần trong thai kỳ hiện tại cao gấp 2,5 lần so với thai phụ không có tiền sử đẻ non [14]. Như vậy, đây là các đối tượng có nguy cơ đẻ non cao, cần được quản lý chặt chẽ và điều trị kịp thời khi xuất hiện các triệu chứng dọa đẻ non. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ thai phụ con so bị dọa đẻ non cao hơn nhóm thai phụ con rạ (chiếm 58,2%). Chúng tôi cho rằng có thể do những thai phụ con so hầu hết là những người trẻ tuổi, chưa có kiến thức, kinh nghiệm trong việc chăm sóc thai nghén và phát hiện những yếu tố nguy cơ trong quá trình mang thai dẫn đến tỷ lệ dọa đẻ non ở nhóm này cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt không đáng kể.

3.2.3. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 5. Phân bố tuổi thai dọa đẻ non trung bình của một số nghiên cứu

Tác giả	Tuổi thai trung bình (tuần)
Phan Thành Nam [15]	30,27 ± 1,6
Trương Quốc Việt [16]	30,12 ± 3,35
Bùi Đức Quyết [9]	33 ± 2,2
Hứa Thanh Tú [10]	30,25 ± 1,43

Tuổi thai trong nghiên cứu được chia thành 2 nhóm 28-31 tuần 6 ngày và 32 đến 34 tuần 0 ngày tính theo dự kiến sinh theo siêu âm thai tại thời điểm 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày. Chúng tôi tập trung nghiên cứu các thai phụ có tuổi thai này vì đây là nhóm đẻ non sớm (28 đến 32 tuần) và đẻ non trung bình (32 đến 34 tuần) theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới, nếu phát hiện và điều trị kịp thời dọa đẻ non tại tuổi thai này thì khả năng cải thiện kết cục sơ sinh tốt hơn. Cũng do khả năng can thiệp cũng như nuôi sống sơ sinh đẻ non cực sớm (dưới 28 tuần) tại Việt Nam còn chưa rõ ràng, đồng thời đẻ non muộn (tuổi thai trên 34 tuần) cho thấy khả năng trưởng thành

của thai nhi và nguy cơ bệnh tật và tử vong chu sinh thấp. Tuổi thai trung bình của đối tượng nghiên cứu là $30,19 \pm 2,05$ tuần, trong đó chủ yếu là nhóm tuổi thai 28-31 tuần (chiếm 71,8%). Tỷ lệ này tương tự các nghiên cứu khác tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội và Bệnh viện Phụ sản Trung ương theo Bảng 5.

Vi khuẩn xâm nhập đường sinh dục sẽ kích hoạt phản ứng viêm, giải phóng ra các cytokine nội sinh kích hoạt tế bào bạch cầu tấn công vi khuẩn, tiết ra rất nhiều các chất trung gian hóa học như Interleukin 1, 6, 8; yếu tố hoại tử u (TNF), MMPs,... Các chất này kích thích tổng hợp prostaglandin (PG) trong màng đệm gây co bóp tử cung, làm mềm cổ tử cung, dẫn đến chuyển dạ và đẻ non. Vi khuẩn cũng sản xuất phospholipase A2 (dẫn đến tổng hợp PG) và nội độc tố, gây kích thích co bóp tử cung và gây đẻ non. Một số sinh vật (ví dụ: *Pseudomonas*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Bacteroides* và *Enterobacter*) tạo ra protease, collagenase và elastase có thể làm suy yếu màng ối, dẫn đến vỡ ối non và đẻ non. Năm 2018, tại Canada, Fraser và cộng sự đã công bố một nghiên cứu so sánh sự khác biệt về khuẩn hệ âm đạo giữa thai kỳ sinh non và thai kỳ đủ tháng, nhóm bệnh gồm 94 trường hợp chuyển dạ sinh tự nhiên trước 37 tuần, nhóm chứng gồm 356 trường hợp sinh đủ tháng [17]. Nghiên cứu này đã kết luận khuẩn hệ âm đạo với tính đa dạng cao và có sự hiện diện của những tác nhân liên quan đến nhiễm khuẩn âm đạo như *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae* và *Veillonellaceae bacterium* có thể làm tăng nguy cơ chuyển dạ đẻ non sớm (4,22, 95%CI 1,24, 24,85) nhưng không làm tăng nguy cơ chuyển dạ đẻ non muộn (1,63, 95%CI 0,68, 5,04) khi so sánh với những khuẩn hệ có độ đa dạng thấp và không ưu thế thành phần *Lactobacillus* sp [17]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ thai phụ có triệu chứng dọa đẻ non bị nhiễm khuẩn âm đạo cao hơn (72/110 thai phụ chiếm 65,5%). Các triệu chứng cơ năng hay gặp khiến thai phụ đến khám của dọa đẻ non là đau bụng, ra máu hoặc nhày máu âm đạo. Các thai phụ có thể đến vì một triệu chứng, hoặc có nhiều triệu chứng kết hợp vì đây là cảm nhận chủ quan, nhiều khi có thể làm cho thai phụ và gia đình lo lắng quá mức. Theo kết quả nghiên cứu trong Bảng 3 của chúng tôi, thai phụ chủ yếu có triệu chứng đau bụng (chiếm 95,5%), ra máu âm đạo (chiếm 30,9%). Đây là triệu chứng dễ nhận biết nhất, đồng thời cũng là triệu chứng đầu tiên của dọa đẻ non, vì vậy ngay khi phát hiện cơn co tử cung hoặc tức nặng bụng dưới, thai phụ đã đến khám sớm và điều trị kịp thời, giúp tăng khả năng giữ thai đồng thời cải thiện kết cục chu sinh. Cơn co tử cung là động lực của chuyển dạ, giúp làm biến đổi cổ tử cung, thành lập đầu ối, bình chỉnh ngôi thai và gây ra chuyển dạ, dọa đẻ non và đẻ non thật sự. Vì vậy, khám lâm sàng phát hiện cơn co tử cung và theo dõi bằng monitoring phát hiện cơn co tử cung đều đặn có ý nghĩa trong việc đánh giá và tiên lượng dọa đẻ non, đồng thời phân biệt những trường hợp chuyển dạ giả không cần thiết nhập viện điều trị, những trường hợp chuyển dạ nào không còn khả năng giữ thai. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 79,1% các thai phụ nhập viện có cơn co tử cung trên monitoring sản khoa, kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của tác giả Hứa Thanh Tú [10] ghi nhận có 35% thai phụ không có cơn co tử cung.

3.2.4. Đặc điểm chiều dài cổ tử cung

Chiều dài cổ tử cung ngắn là một yếu tố nguy cơ đối với đẻ non tự nhiên đã được xác định [18], nguy cơ đẻ non tỷ lệ nghịch với chiều dài cổ tử cung [19]. Liên đoàn Sản phụ khoa Quốc tế FIGO năm 2015 khuyến nghị sàng lọc chiều dài cổ tử cung phổ quát để dự đoán và ngăn ngừa đẻ non tự nhiên. Giá trị ngưỡng < 25 mm đã được chấp nhận trên toàn thế giới, bao gồm cả ở Việt Nam, là có nguy cơ cao chuyển dạ đẻ non tự nhiên. Tuy vậy, chiều dài cổ tử cung có xu hướng thay đổi tùy theo chủng tộc, số lần đẻ và chỉ số khối cơ thể (BMI) và có thể ảnh hưởng đến các quần thể khác nhau theo những cách khác nhau. Từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi trong bảng 4, hầu hết thai phụ nhập viện vì có chiều dài cổ tử cung ngắn ≤ 25 mm (91/110 thai phụ chiếm 82,7%). Chiều dài CTC trung bình là $19,50 \pm 7,86$ mm ngắn nhất là 5 mm và dài nhất là 49 mm. Kết quả này tương tự các nghiên cứu khác của tác giả Hứa Thanh Tú là $22,68 \pm 8,7$ mm [10] và của tác giả Phan Thành Nam là $23,8 \pm 7,02$ mm [15].

4. Kết luận

Các thai phụ bị dọa đẻ non tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội chủ yếu nằm trong độ tuổi 20–34, với tuổi trung bình $28,78 \pm 5,09$, cho thấy đây là nhóm có nguy cơ cao do yếu tố sinh sản và áp lực công việc. Triệu chứng đau bụng xuất hiện ở 95,5% trường hợp và cơn co tử cung được ghi nhận ở 79,1% thai phụ. Chiều dài cổ tử cung ngắn (≤ 25 mm) được phát hiện ở 82,7% thai phụ, nhấn mạnh vai trò tiên lượng của chỉ số này trong việc đánh giá nguy cơ đẻ non.

TÀI LIỆU THAM KHẢO/ REFERENCES

- [1] H. Blencowe *et al.*, “National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications,” *Lancet Lond. Engl.*, vol. 379, no. 9832, pp. 2162–2172, Jun. 2012, doi: 10.1016/S0140-6736(12)60820-4.
- [2] L. J. Salomon *et al.*, “ISUOG practice guidelines: Performance of first-trimester fetal ultrasound scan,” *Ultrasound Obstet. Gynecol. Off. J. Int. Soc. Ultrasound Obstet. Gynecol.*, vol. 41, no. 1, pp. 102–113, Jan. 2013, doi: 10.1002/uog.12342.
- [3] J. Klumper, A. C. J. Ravelli, C. Roos, A. Abu-Hanna, and M. A. Oudijk, “Trends in preterm birth in the Netherlands in 2011–2019: A population-based study among singletons and multiples,” *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, vol. 103, no. 3, pp. 449–458, 2024, doi: 10.1111/aogs.14684.
- [4] E. O. Ohuma *et al.*, “National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis,” *Lancet Lond. Engl.*, vol. 402, no. 10409, pp. 1261–1271, Oct. 2023, doi: 10.1016/S0140-6736(23)00878-4.
- [5] Unicef Vietnam, “World Prematurity Day: 15 million preterm babies worldwide need profound attention,” 2024. [Online]. Available: <https://www.unicef.org/vietnam>. [Accessed Mar. 17, 2024].
- [6] T. M. Luu, S. L. Katz, P. Leeson, B. Thébaud, and A.-M. Nuyt, “Preterm birth: Risk factor for early-onset chronic diseases,” *CMAJ Can. Med. Assoc. J. J. Assoc. Medicale Can.*, vol. 188, no. 10, pp. 736–746, Jul. 2016, doi: 10.1503/cmaj.150450.
- [7] A. Chainoglou, K. Chrysaidou, V. Kotsis, and S. Stabouli, “Preterm birth, kidney function and cardiovascular disease in children and adolescents,” *Child. Basel Switz.*, vol. 9, no. 8, Jul. 2022, Art. no. 1130, doi: 10.3390/children9081130.
- [8] H. Chehade, U. Simeoni, J.-P. Guignard, and F. Boubred, “Preterm birth: Long term cardiovascular and renal consequences,” *Curr. Pediatr. Rev.*, vol. 14, no. 4, pp. 219–226, 2018, doi: 10.2174/1573396314666180813121652.
- [9] D. Q. Bui, “Study on clinical and paraclinical characteristics and cervical secretion Interleukin-8 levels in pregnant women with threatened preterm birth at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital,” Master's thesis in Medicine, Hanoi Medical University, 2014.
- [10] T. T. Hua, “Evaluation of the effectiveness of the PartoSure test in predicting preterm labor at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology,” Master's thesis in Medicine, Hanoi Medical University, 2017.
- [11] G. Bhan *et al.*, “Informal work and maternal and child health: A blind spot in public health and research,” *Bull. World Health Organ.*, vol. 98, no. 3, pp. 219–221, Mar. 2020, doi: 10.2471/BLT.19.231258.
- [12] R. L. Copper *et al.*, “The preterm prediction study: Maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation,” *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 175, no. 5, pp. 1286–1292, Nov. 1996, doi: 10.1016/s0002-9378(96)70042-x.
- [13] T. L. Nguyen, “Clinical Symptoms, Paraclinical Findings, and Treatment Outcomes of Threatened Preterm Labor at Hung Yen Obstetrics and Pediatrics Hospital,” Master's Thesis in Medicine, Hanoi Medical University, 2024.
- [14] B. M. Mercer *et al.*, “The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome,” *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 181, no. 5, pp. 1216–1221, Nov. 1999, doi: 10.1016/s0002-9378(99)70111-0.
- [15] N. T. Phan, “Study on cervical length in pregnant women with threatened preterm birth at 28–32 weeks using transperineal ultrasound,” Master's thesis in Medicine, Hanoi Medical University, 2011.
- [16] V. Q. Truong, “Study on the predictive value of the Bishop score and cervical length measured by ultrasound for preterm birth,” Residency Thesis, Hanoi Medical University, 2013.
- [17] N. Tabatabaei *et al.*, “Vaginal microbiome in early pregnancy and subsequent risk of spontaneous preterm birth: A case-control study,” *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.*, vol. 126, no. 3, pp. 349–358, Feb. 2019, doi: 10.1111/1471-0528.15299.
- [18] Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM), J. McIntosh, H. Feltovich, V. Berghella, and T. Manuck, “The role of routine cervical length screening in selected high- and low-risk women for preterm birth prevention,” *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 215, no. 3, pp. B2–7, Sep. 2016, doi: 10.1016/j.ajog.2016.04.027.
- [19] A. Palatnik, E. S. Miller, M. Son, and M. A. Kominiarek, “The association between maternal obesity, cervical length, and preterm birth,” *Am. J. Perinatol.*, vol. 34, no. 5, pp. 471–479, Apr. 2017, doi: 10.1055/s-0036-1593350.