

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF THREATENED PRETERM LABOR AT NAM DINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2025

Nguyen Cong Trinh*, Dao Thi Hong Nhung, Nguyen Bich Hong

Nam Dinh Nursing University - 257 Han Thuyen, Nam Dinh ward, Ninh Binh province, Vietnam

Received: 13/04/2026

Revised: 12/05/2026; Accepted: 18/06/2026

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with threatened preterm labor and to evaluate treatment outcomes at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital in 2025.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted.

Results: The success rate of ectopic pregnancy treatment with methotrexate was 82.5%. The study included 227 pregnant women diagnosed with threatened preterm labor. The mean maternal age was 27.9 ± 6.2 years, and the mean gestational age at admission was 31.8 ± 3.3 weeks. Most participants had no history of preterm birth (89%) and had not previously delivered at term (52%). The most common clinical symptoms were abdominal pain (93.8%) and vaginal bleeding (54.2%). The majority of cases presented with infrequent uterine contractions (< 1 contraction per 10 minutes, 93%), a closed cervix (81.9%), and a Bishop score < 4 (64.8%). Leukocytosis was observed in 56.4% of patients. The treatment success rate was high, reaching 94.3% after 48 hours and 92.1% after 7 days. Cervical dilation ≥ 2 cm, vaginal bleeding, and advanced maternal age were associated with a reduced likelihood of successful pregnancy prolongation. Progesterone and smooth muscle relaxants were associated with improved treatment outcomes.

Conclusion: The common clinical manifestations of threatened preterm labor include abdominal pain, infrequent uterine contractions, and minimal cervical changes. The rate of successful pregnancy prolongation at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital was 94.3% after 48 hours and 92.1% after 7 days. Factors such as vaginal bleeding, cervical dilation, maternal age, and medication use were associated with treatment outcomes in threatened preterm labor.

Keywords: Threatened preterm labor, treatment outcomes.

*Corresponding author

Email: trinhssandnd@gmail.com Phone: (+84) 917168577 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5497

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DẠ ĐẸ NON TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NAM ĐỊNH NĂM 2025

Nguyễn Công Trình*, Đào Thị Hồng Nhung, Nguyễn Bích Hồng

Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định - 257 Hàn Thuyên, phường Nam Định, tỉnh Ninh Bình, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 12/05/2026; Ngày duyệt đăng: 18/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân điều trị dọa đẻ non và đánh giá kết quả điều trị dọa đẻ non tại Bệnh viện Phụ Sản Nam Định năm 2025.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Kết quả: Nghiên cứu trên 227 thai phụ dọa đẻ non cho thấy tuổi trung bình là $27,9 \pm 6,2$ năm và tuổi thai khi nhập viện là $31,8 \pm 3,3$ tuần. Phần lớn thai phụ không có tiền sử đẻ non (89%) và chưa từng sinh đủ tháng (52%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng (93,8%) và ra máu âm đạo (54,2%). Đa số trường hợp có cơn co tử cung thưa (< 1 cơn/10 phút, 93%), cổ tử cung còn đóng kín (81,9%) và chỉ số Bishop < 4 (64,8%). Tỷ lệ tăng bạch cầu chiếm 56,4%. Tỷ lệ điều trị thành công cao, đạt 94,3% sau 48 giờ và 92,1% sau 7 ngày. Cổ tử cung mở ≥ 2 cm, ra máu âm đạo và tuổi mẹ cao có liên quan đến giảm khả năng giữ thai thành công. Progesterone và thuốc giãn cơ trơn có liên quan đến cải thiện kết quả điều trị.

Kết luận: Biểu hiện lâm sàng của dọa đẻ non thường gặp là đau bụng, cơn co tử cung thưa và cổ tử cung chưa thay đổi nhiều. Tỷ lệ giữ thai thành công tại Bệnh viện Phụ Sản Nam Định đạt 94,3% sau 48 giờ và 92,1% sau 7 ngày. Các yếu tố như ra máu âm đạo, độ mở cổ tử cung, tuổi của mẹ và sử dụng thuốc có liên quan đến kết quả điều trị dọa đẻ non.

Từ khóa: Dọa đẻ non, kết quả điều trị.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đẻ non là một trong những vấn đề y tế quan trọng hàng đầu hiện nay, không chỉ ở Việt Nam mà còn trên toàn thế giới. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, mỗi năm có khoảng 15 triệu trẻ được sinh ra trước 37 tuần tuổi thai, chiếm khoảng 10-11% tổng số ca sinh [1-3]. Tỷ lệ đẻ non có sự khác biệt giữa các khu vực, thấp hơn ở các nước phát triển như châu Âu (khoảng 5%) nhưng cao hơn ở các nước châu Phi (khoảng 18%) [1], [3]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chăm sóc sản khoa và sơ sinh, tỷ lệ đẻ non trên toàn cầu vẫn chưa có xu hướng giảm rõ rệt [1], [3].

Đẻ non là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sơ sinh, đặc biệt ở nhóm trẻ sinh rất non (< 32 tuần), với nguy cơ tử vong cao hơn nhiều so với trẻ đủ tháng [4]. Trẻ sơ sinh non tháng có nguy cơ mắc nhiều biến chứng nghiêm trọng như suy hô hấp, nhiễm trùng huyết, viêm ruột hoại tử, cùng với các di chứng lâu dài như bại não, chậm phát triển trí tuệ, rối loạn thị giác và thính giác. Ngay cả khi sống sót, trẻ sinh non vẫn có nguy cơ cao gặp các vấn đề về phát triển thể chất và tâm thần, tạo gánh nặng lâu dài cho gia đình và xã hội.

Chuyển dạ đẻ non thường được khởi đầu từ tình trạng dọa đẻ non, với biểu hiện là các cơn co tử cung kèm theo thay đổi cổ tử cung. Nếu không được phát hiện và xử trí

kịp thời, tình trạng này có thể tiến triển thành chuyển dạ đẻ non thực sự và dẫn tới sinh non. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, việc chẩn đoán sớm dọa đẻ non còn gặp nhiều khó khăn do các triệu chứng ban đầu thường không đặc hiệu. Điều này có thể dẫn đến tình trạng điều trị không cần thiết (sử dụng thuốc giảm co và corticosteroid không đúng chỉ định) hoặc ngược lại là bỏ sót những trường hợp có nguy cơ cao, làm giảm hiệu quả can thiệp [5].

Hiện nay, nhiều phương pháp cận lâm sàng và kỹ thuật hiện đại đã được áp dụng nhằm dự báo nguy cơ và hỗ trợ chẩn đoán dọa đẻ non, cùng với các thuốc được sử dụng để ức chế cơn co tử cung và dự phòng tái phát. Tuy nhiên, tại Việt Nam, tỷ lệ đẻ non vẫn ở mức đáng kể. Theo báo cáo của Bộ Y tế năm 2011, tỷ lệ trẻ sinh non/nhẹ cân chiếm khoảng 19% trong mô hình bệnh tật sơ sinh và chiếm tới 25% trong số các nguyên nhân tử vong sơ sinh [4-5]. Điều này cho thấy dọa đẻ non vẫn là một thách thức lớn đối với ngành sản khoa.

Bệnh viện Phụ Sản Nam Định là cơ sở chuyên khoa tuyến tỉnh, tiếp nhận và điều trị số lượng lớn các trường hợp thai phụ có nguy cơ đẻ non. Thực hiện nghiên cứu đánh giá hệ thống về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị dọa đẻ non sẽ góp phần cung cấp bằng chứng thực tiễn, hỗ trợ nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị.

*Tác giả liên hệ

Email: trinhhsandnd@gmail.com Điện thoại: (+84) 917168577 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5497

Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ Sản Nam Định - một cơ sở chuyên khoa tuyến tỉnh, tiếp nhận và điều trị số lượng lớn các trường hợp thai phụ có nguy cơ đẻ non. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thai phụ dọa đẻ non; và đánh giá kết quả điều trị dọa đẻ non tại Bệnh viện Phụ Sản Nam Định.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các thai phụ được chẩn đoán và điều trị dọa đẻ non tại Bệnh viện Phụ Sản Nam Định.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: tuổi thai từ 22 tuần 0 ngày đến 36 tuần 6 ngày; có thai sống trong buồng tử cung (đơn thai hoặc đa thai); được chẩn đoán dọa đẻ non.
- Tiêu chuẩn loại trừ: không tính chính xác được tuổi thai; bất thường về phần phụ của thai (rau bong non, ối đã vỡ); thai bệnh lý (thai dị dạng không thể sống được, thai chết lưu, thai suy); mẹ mắc các bệnh lý nguy hiểm tính mạng (suy tim, tăng huyết áp kịch phát, suy thận).

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ ngày 1/6/2025 đến ngày 31/12/2025.
- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ Sản Nam Định.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu.
- Cỡ mẫu: mẫu toàn bộ có chủ đích.
- Chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ. Chúng tôi lựa chọn được 227 thai phụ đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

2.4. Phương tiện và kỹ thuật tiến hành

- Phương tiện trang thiết bị: monitor sản khoa ghi lại nhịp tim thai và hoạt động của cơ tử cung. Đánh giá và phân tích các đường ghi tại cổ tử cung nhằm mục đích đánh giá đặc điểm của nhịp tim thai và cơ tử cung.
- Bảng phân loại chỉ số Bishop (dùng để đánh giá sự sẵn sàng của cổ tử cung trước khi chuyển dạ):

Đánh giá	Điểm			
	0	1	2	3
Độ mở cổ tử cung	0 cm	1-2 cm	3-4 cm	> 5 cm
Độ xóa cổ tử cung	0-30%	40-50%	60-70%	> 80%
Chiều dài cổ tử cung (Bishop cải tiến)	> 2 cm	1-2 cm	0,5-1 cm	< 0,5 cm
Độ lọt	-3	-2	-1,0	+1, +2
Tư thế cổ tử cung	Chức sau	Trung gian	Ngã trước	
Mật độ cổ tử cung	Cứng	Trung bình	Mềm	

- Các bước tiến hành: mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của thai phụ khi nhập viện. Sử dụng phác đồ điều trị dọa đẻ non theo quy định tại Bệnh viện Phụ Sản Nam Định như sau: thực hiện chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi phù hợp; sử dụng thuốc giảm co tử cung; kháng sinh; progesterone; corticosteroids. Đánh giá kết quả điều trị sau 48 giờ, sau 1 tuần, và kết thúc điều trị.

- Đánh giá kết quả: điều trị thành công khi cơn co tử cung giảm hoặc mất, cổ tử cung không mở thêm; thời gian kéo dài tuổi thai ≥ 48 giờ (kéo dài đủ để thực hiện liệu pháp corticoids). Điều trị thất bại khi cơn co tử cung không giảm hoặc tăng, hoặc cuộc đẻ diễn ra trong vòng 48 giờ.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý theo phương pháp toán thống kê y học bằng máy tính với chương trình SPSS 20.0. So sánh sự khác biệt của phân bố biến số định tính được thực hiện bằng phép kiểm Chi-square. Nếu giá định của phép kiểm Chi bình phương không đạt (khi có trên 20% các ô có giá trị mong đợi nhỏ hơn 5) thì phép kiểm định Fisher's sẽ được sử dụng. Giá trị $p \leq 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả, chỉ sử dụng số liệu trên hồ sơ bệnh án. Nghiên cứu không can thiệp trực tiếp vào đối tượng vì vậy không ảnh hưởng đến sức khỏe thai phụ, được thông qua Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Phụ Sản Nam Định.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 227)

Đặc điểm		Tần suất	Tỷ lệ (%)
Tuổi mẹ	≤ 19 tuổi	14	6,2
	20-24 tuổi	64	28,2
	25-29 tuổi	63	27,8
	30-34 tuổi	41	18,1
	≥ 35 tuổi	45	19,8
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	27,9 $\pm$ 6,2	
Tuổi thai khi nhập viện	< 28 tuần	32	12,5
	Từ 28 đến dưới 32 tuần	46	20,3
	Từ 32 đến dưới 34 tuần	60	26,4
	≥ 34 tuần	89	39,2
	$\bar{X} \pm SD$ (tuần)	31,8 $\pm$ 3,3	
Tiền sử sinh đủ tháng	0 lần	118	52,0
	1 lần	62	27,3
	≥ 2 lần	47	20,7
Tiền sử đẻ non	Không	202	89,0
	Có	25	11,0
Tiền sử sảy thai, nạo hút thai	Không	171	75,3
	Có	56	24,7
Bệnh lý kèm theo	Đái tháo đường	4	3,1
	Hở eo tử cung	3	2,3
	Tăng huyết áp, tiền sản giật, tim mạch	1	0,8
	U xơ tử cung	1	0,8
	Rau tiền đạo	1	0,8

Tuổi mẹ trung bình là 27,9 $\pm$ 6,2, chủ yếu thuộc nhóm tuổi sinh đẻ phổ biến, trong khi tuổi thai nhập viện trung bình là 31,8 $\pm$ 3,3 tuần. Hơn một nửa số thai phụ chưa từng sinh đủ tháng (52%), trong khi tiền sử đẻ non chiếm tỷ lệ thấp (11%). Các bệnh lý nội khoa và sản khoa kèm theo ít gặp, trong đó đái tháo đường là bệnh lý phổ biến nhất nhưng tỷ lệ cũng thấp (3,1%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của thai phụ dọa đẻ non (n = 227)

Đặc điểm		Tần suất	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Đau bụng	213	93,8
	Ra máu âm đạo	123	54,2
Cơ co tử cung	< 1 cơn/10 phút	211	93,0
	≥ 1 cơn/10 phút	16	7,0
Tình trạng cổ tử cung	Đóng kín	186	81,9
	Mở 1 cm	23	10,1
	Mở 2 cm	18	7,9
Chỉ số Bishop	< 4 điểm	147	64,8
	≥ 4 điểm	80	35,2
	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	3,2 ± 1,7	

Đau bụng là triệu chứng cơ năng phổ biến nhất (93,8%), tiếp theo là ra máu âm đạo (54,2%). Đa số thai phụ có cơ co tử cung thưa (< 1 lần/10 phút) với tỷ lệ 93%.

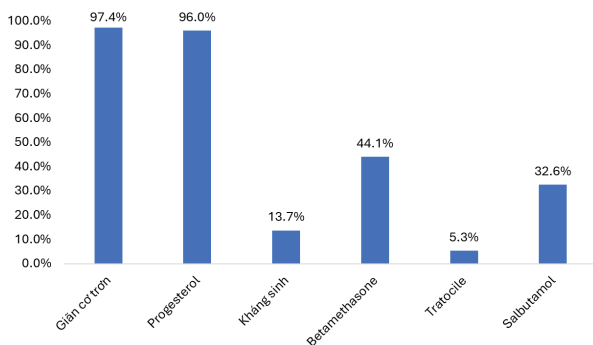
Khi vào viện, phần lớn thai phụ có cổ tử cung đóng kín (81,9%), trong khi 7,9% có độ mở cổ tử cung 2 cm. Chỉ số Bishop trung bình là 3,2 ± 1,7 điểm, với 64,8% thai phụ có Bishop < 4 điểm, cho thấy cổ tử cung chưa thuận lợi.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của thai phụ dọa đẻ non (n = 227)

Số lượng bạch cầu	Tần suất	Tỷ lệ (%)
≤ 10 G/L	99	43,6
> 10 G/L	128	56,4
$\bar{X} \pm SD$ (G/L)	10,9 ± 2,8	

Số lượng bạch cầu trung bình của các thai phụ là 10,9 ± 2,8 G/L. Tỷ lệ tăng bạch cầu (> 10 G/L) chiếm 56,4%, cao hơn so với nhóm bình thường (43,6%). Kết quả này cho thấy tình trạng phản ứng viêm có thể hiện diện một tỷ lệ đáng kể ở các trường hợp dọa đẻ non.

3.3. Kết quả điều trị dọa đẻ non



Biểu đồ 1. Phân bố sử dụng các loại thuốc trong điều trị dọa đẻ non (n = 227)

Các thuốc giảm co được sử dụng rộng rãi. Thuốc giãn cơ trơn và progesterone được sử dụng với tỷ lệ gần như tuyệt đối. Betamethasone và salbutamol được sử dụng với tỷ lệ lần lượt là 44,1% và 32,6%. Nhóm thuốc tratocile (5,3%) được sử dụng chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 4. Tỷ lệ thành công trong điều trị dọa đẻ non (n = 227)

Kết quả điều trị	Phân loại	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Sau 48 giờ	Thành công	214	94,3
	Thất bại	13	5,7

Kết quả điều trị	Phân loại	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Sau 7 ngày	Thành công	209	92,1
	Thất bại	18	7,9

Có 94,3% thai phụ được giữ thai thành công sau 2 ngày. Tỷ lệ này giảm nhẹ còn 92,1% ở thời điểm 7 ngày sau vào viện.

3.4. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị dọa đẻ non

Bảng 5. Các yếu tố ảnh hưởng độc lập đến kết quả điều trị tại thời điểm 48 giờ

Đặc điểm		OR	95% CI	p
Tuổi		1,146	0,998-1,315	0,053
Ra máu âm đạo		6,853	0,649-72,321	0,109
Progesterol (không so với có)		0,026	0,001-0,860	0,041
Giãn cơ trơn		7,568	0,142-402,021	0,318
Betamethasone		0,290	0,046-1,842	0,189
Độ mở cổ tử cung	2 cm so với đóng kín	0,079	0,011-0,568	0,012
	1 cm so với đóng kín	0,121	0,007-2,055	0,144

Bảng 6. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị sau 48 giờ

Yếu tố	Thành công (n = 214)	Thất bại (n = 13)	p
Tuổi mẹ (năm)	27,6 ± 6,1	31,3 ± 6,1	0,043
Ra máu âm đạo	111 (51,9%)	12 (92,3%)	0,048
Cổ tử cung ≥ 2 cm	12 (5,7%)	6 (33,3%)	0,0012
Thuốc progesterol	211 (98,6%)	7 (53,8%)	< 0,001
Thuốc giãn cơ trơn	212 (99,1%)	9 (69,2%)	< 0,001
Betamethasone	98 (45,8%)	2 (15,4%)	0,032

Các yếu tố lâm sàng như tuổi của mẹ, ra máu âm đạo, cổ tử cung mở ≥ 2 cm có liên quan đến giảm tỷ lệ giữ thai thành công (p < 0,05). Ngược lại, sử dụng progesterone và thuốc giãn cơ trơn làm tăng khả năng giữ thai có ý nghĩa thống kê (p < 0,01). Trong phân tích đa biến, cổ tử cung mở ≥ 2 cm là yếu tố dự báo độc lập mạnh nhất của thất bại điều trị.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy dọa đẻ non chủ yếu gặp ở nhóm phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, với tuổi trung bình 27,9 ± 6,2 năm, phù hợp với đặc điểm dịch tễ của thai kỳ trong cộng đồng. Tuy nhiên, đáng chú ý là phần lớn các trường hợp không có tiền sử đẻ non (89%). Điều này cho thấy dọa đẻ non không chỉ xảy ra ở nhóm nguy cơ cao điển hình mà còn gặp ở nhóm nguy cơ trung bình hoặc không có yếu tố nguy cơ rõ ràng. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với các nghiên cứu của Romero R và cộng sự [6], Iams J.D và cộng sự [7], cho rằng sinh non là một hội chứng đa yếu tố với nhiều con đường bệnh sinh khác nhau, trong đó không ít trường hợp xuất hiện ở thai phụ không có tiền sử bất lợi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số thai phụ nhập viện khi cổ tử cung còn đóng kín (81,9%) và chỉ số Bishop < 4 (64,8%), cho thấy phần lớn trường hợp được phát hiện ở giai đoạn sớm của quá trình chuyển dạ. Đây là yếu tố có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng và điều trị. Theo nghiên cứu của Iams J.D và cộng sự, hiệu quả của điều trị giảm co phụ thuộc chặt chẽ vào mức độ tiến triển của cổ tử cung; khi cổ tử cung chưa có thay đổi đáng kể, khả năng đáp ứng

với điều trị bảo tồn cao hơn [7]. Do đó, tỷ lệ giữ thai thành công cao tại Bệnh viện Phụ Sản Nam Định có thể được giải thích một phần bởi việc phát hiện và can thiệp sớm, trước khi quá trình chuyển dạ thực sự được thiết lập.

Tỷ lệ tăng bạch cầu ($> 10 \text{ G/L}$) chiếm 56,4% là một phát hiện cần chú ý. Chỉ số này cho biết vai trò của phản ứng viêm trong cơ chế bệnh sinh của dọa đẻ non. Mặc dù tăng bạch cầu không phải là dấu hiệu đặc hiệu, nhưng trong bối cảnh lâm sàng phù hợp, đây có thể là chỉ dấu gián tiếp của quá trình viêm. Nghiên cứu của Goldenberg R.L và cộng sự đã chỉ ra rằng viêm và nhiễm trùng là một trong những cơ chế quan trọng dẫn đến sinh non, thông qua hoạt hóa cytokine, prostaglandin và các enzyme phân hủy mô liên kết, từ đó thúc đẩy co bóp tử cung và làm chín cổ tử cung [8]. Kết quả của nghiên cứu này góp phần củng cố vai trò của phản ứng viêm trong sinh bệnh học của dọa đẻ non.

Tỷ lệ giữ thai thành công trong nghiên cứu tương đối cao, đạt 94,3% sau 48 giờ và 92,1% sau 7 ngày. So với các nghiên cứu trong nước, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Thanh Vân và cộng sự, trong đó tỷ lệ kéo dài thai trên 48 giờ đạt khoảng 90% [9]. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng sự khác biệt về tỷ lệ thành công giữa các nghiên cứu có thể chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố như tiêu chuẩn chọn bệnh, tuổi thai khi nhập viện, mức độ thay đổi cổ tử cung và tiêu chí đánh giá kết quả. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ cao các trường hợp có cổ tử cung đóng kín và Bishop thấp cho thấy quần thể nghiên cứu có tiên lượng tương đối thuận lợi, điều này có thể góp phần làm tăng tỷ lệ thành công điều trị.

Phân tích các yếu tố liên quan cho thấy cổ tử cung mở $\geq 2 \text{ cm}$ là yếu tố dự báo độc lập mạnh nhất của thất bại điều trị ($\text{OR} = 0,079$; 95% CI: 0,011-0,568). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Macones G.A và cộng sự, trong đó giãn cổ tử cung 2-3 cm là yếu tố tiên lượng sinh non trong thời gian ngắn [10]. Về mặt sinh lý bệnh, khi cổ tử cung đã mở rõ rệt, quá trình chuyển dạ thường đã bước vào giai đoạn tiến triển, làm giảm hiệu quả của các biện pháp điều trị bảo tồn. Do đó, đánh giá độ mở cổ tử cung ngay khi nhập viện có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng và định hướng xử trí. Ngược lại, progesterone có liên quan đến tăng khả năng giữ thai thành công ($\text{OR} = 0,026$), phù hợp với các khuyến cáo hiện hành.

Sử dụng thuốc betamethasone không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa với khả năng giữ thai trong nghiên cứu này là phù hợp. Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, mục tiêu chính của betamethasone là thúc đẩy trưởng thành phổi thai và giảm các biến chứng sơ sinh như hội chứng suy hô hấp, xuất huyết não thất, hơn là ức chế chuyển dạ. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước, trong đó betamethasone chủ yếu được ghi nhận có vai trò cải thiện kết cục sơ sinh hơn là kéo dài thai kỳ [11].

5. KẾT LUẬN

Các biểu hiện lâm sàng của dọa đẻ non thường gặp là đau bụng, cơn co tử cung thưa và cổ tử cung chưa thay đổi nhiều. Tỷ lệ giữ thai thành công cao trong điều trị dọa đẻ non tại Bệnh viện Phụ Sản Nam Định đạt 94,3% sau 48 giờ và 92,1% sau 7 ngày.

Biểu hiện lâm sàng cổ tử cung mở $\geq 2 \text{ cm}$ là yếu tố dự báo mạnh nhất của thất bại điều trị. Các yếu tố như rau máu âm đạo và tuổi mẹ cao hơn cũng có liên quan đến giảm khả năng giữ thai thành công. Ngược lại, sử dụng progesterone và thuốc giãn cơ trơn có liên quan đến cải thiện kết quả điều trị.

Từ nghiên cứu này, chúng tôi khuyến nghị:

Cần tăng cường phát hiện sớm dọa đẻ non, đặc biệt ở các thai phụ không có tiền sử nguy cơ, thông qua theo dõi sát triệu chứng lâm sàng và khám thai định kỳ. Đánh giá tình trạng cổ tử cung, đặc biệt độ mở cổ tử cung, nên được thực hiện thường quy vì có giá trị quan trọng trong tiên lượng và định hướng xử trí.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva, 2012.
- [2] Blencowe H, Cousens S, Nyoni M et al. Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health*, 2013, 1742-4750. doi: 10.1186/1742-4755-10-s1-s2
- [3] World Health Organization. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020: a systematic analysis. Geneva, 2023.
- [4] Bộ Y tế. Báo cáo mô hình bệnh tật và tử vong sơ sinh tại Việt Nam, Hà Nội, 2011.
- [5] Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ Y tế. Báo cáo tổng kết công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh, Hà Nội, 2025.
- [6] Romero R, Dey S.K, Fisher S.J. Preterm labor: one syndrome, many causes. *Science*, 2014, 345 (6198): 760-765. doi: 10.1126/science.1251816.
- [7] Iams J.D, Goldenberg R.L, Meis P.J, Mercer B.M, Moawad A.H, Das A.F et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. *N Engl J Med*, 1996, 334 (9): 567-572. doi: 10.1056/NEJM199602293340904.
- [8] Goldenberg R.L, Culhane J.F. Infection as a cause of preterm birth. *Lancet*, 2007, 371 (9606): 75-84. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60074-4.
- [9] Lê Thị Thanh Vân, Nguyễn Tiến Lâm. Nhận xét một số yếu tố nguy cơ đẻ non tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2008. *Tạp chí Y học thực hành*, 2011 (4): 759.
- [10] Macones G.A, Peipert J, Nelson D.B, Odibo A, Stevens E.J, Stamilio D.M et al. Predicting delivery within 48 hours in women treated with parenteral tocolysis. *Am J Obstet Gynecol*, 1999, 181 (4): 965-972. doi: 10.1016/S0029-7844(98)00412-8
- [11] Nguyễn Thị Hồng, Lục Thị Xuân, Nguyễn Thị Giang và cộng sự. Tình hình kết quả sinh non tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2020. *Tạp chí Phụ Sản*, 2022, 20 (3): 50-54.