

## SOME FACTORS AFFECTING THE RESULTS OF TREATMENT FOR THREATENED PRETERM LABOR WITH NIFEDIPINE AT BAC NINH OBSTETRICS AND PEDIATRIC HOSPITAL

Nguyen Thi Hong\*, Nguyen Phuong Sinh

*Thai Nguyen University Of Medicine And Pharmacy - 284 Luong Ngoc Quyen, Quang Trung, Thai Nguyen, Vietnam*

Received: 26/10/2024

Revised: 08/11/2024; Accepted: 25/11/2024

### ABSTRACT

**Objective:** Analyze some factors related to the results of treatment for threatened preterm labor at Bac Ninh Obstetrics and Pediatrics Hospital from January 2021 to December 2022.

**Methods:** Cross-sectional descriptive study was conducted on Medical records of 284 pregnant women who were hospitalized with a diagnosis of threatened preterm labor and treated with Nifedipine, with gestational age ranging from 22 to 36 weeks during the period from 1st January 2021 to 31st December 2022.

**Results and conclusion:** Factors such as gestational age at admission, number of pregnancies, history of preterm birth, and risk factors for preterm birth do not affect treatment results with  $p > 0.05$ . Cervical dilatation and contraction frequency are two factors that affect the success of treatment for threatened preterm labor with Nifedipine with  $p < 0.05$ .

**Keywords:** threatened of preterm labor, nifedipine, cervical length.

---

\*Corresponding author

**Email:** drnguyenthihong77@gmail.com **Phone:** (+84) 984900814 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD12.1827**

# MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐẠ ĐẼ NON BẰNG NIFEDIPINE TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI BẮC NINH

Nguyễn Thị Hồng\*, Nguyễn Phương Sinh

Trường đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên – 284 Lương Ngọc Quyến, Quang Trung, Thái Nguyên

Ngày nhận bài: 26/10/2024

Chỉnh sửa ngày: 08/11/2024; Ngày duyệt đăng: 25/11/2024

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị đạ đẻ non tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2022.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên bệnh án của 284 thai phụ đã nhập viện với chẩn đoán đạ đẻ non và được điều trị bằng Nifedipine, có tuổi thai từ 22 đến 36 tuần trong thời gian từ 01/01/2021 đến 31/12/2022.

**Kết quả và Kết luận:** Các yếu tố tuổi thai khi nhập viện, số lần mang thai, tiền sử đạ đẻ non, yếu tố nguy cơ đạ đẻ non không ảnh hưởng tới kết quả điều trị với  $p > 0,05$ . Độ mở cổ tử cung và tần số cơn co là hai yếu tố ảnh hưởng tới khả năng thành công của điều trị đạ đẻ non bằng Nifedipine với  $p < 0,05$ .

**Từ khóa:** đạ đẻ non, nifedipine, chiều dài cổ tử cung.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đạ đẻ non là cuộc chuyển dạ diễn ra từ tuần thứ 22 đến trước tuần 37 của thai kỳ tính theo kỳ kinh cuối cùng [1]. Phần lớn các cuộc chuyển dạ đạ đẻ non là không rõ nguyên nhân, tuy nhiên có một số yếu tố nguy cơ gây chuyển dạ đạ đẻ non [2] như: tuổi mẹ, tình trạng kinh tế xã hội, tiền sử gia đình, tiền sử sản khoa, tình trạng bệnh lý của mẹ khi mang thai, các bất thường ở tử cung... Theo khuyến cáo của hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ năm 2016 [3] cũng như tại Việt Nam nguyên tắc điều trị các trường hợp đạ đẻ non là: Nghi ngơi, nghiêng trái, tránh kích thích; Dùng thuốc giảm - cắt cơn co tử cung; Sử dụng liệu pháp Corticoid; Không điều trị đạ đẻ non cho thai từ 36 tuần trở lên... Thực tế có rất nhiều thuốc giảm co được sử dụng để điều trị đạ đẻ non với mục tiêu là hạn chế tác động lên mẹ, tránh đóng ống động mạch sớm ở thai thì nhóm thuốc chẹn kênh calci là được ưu tiên hơn trong điều trị [4] đặc biệt là Nifedipine. Cơ chế chính xác của Nifedipine ức chế dòng đi vào của ion  $Ca^{++}$  thông qua kênh  $Ca^{++}$  chậm vẫn chưa được biết rõ. Các nghiên cứu cho rằng nó ức chế theo cơ chế qua cổng kiểm soát ion của kênh. Thuốc có tác dụng tương đối chọn lọc trên cơ trơn mạch máu, ít có tác dụng hơn đối với tế bào cơ tim, rất ít hoặc không có ảnh hưởng đến sự dẫn truyền nhĩ thất. Trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của Nifedipine trong điều trị đạ đẻ non [5], [6]. Tuy nhiên khi tuân thủ chặt chẽ những hướng dẫn này vẫn có tỷ lệ thất bại trong điều trị giữ thai, cuộc chuyển

dạ vẫn tiếp diễn tích cực. Chính vì vậy, để tìm hiểu các yếu tố liên quan, chi phối đến kết quả điều trị đạ đẻ non tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh chúng tôi thực hiện đề tài “Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị đạ đẻ non bằng Nifedipine tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh” với mục tiêu: *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị đạ đẻ non tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023.*

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các hồ sơ bệnh án của thai phụ chẩn đoán đạ đẻ non tại BV Sản nhi Bắc Ninh đáp ứng tiêu chuẩn sau.

- *Tiêu chuẩn chọn mẫu*

+ Tuổi thai từ 22 đến hết 36 tuần [1].

+ Có cơn co tử cung trên Monitor sản khoa hoặc khám lâm sàng (ít nhất 2 cơn trong 1 tiếng).

+ Thai không phát hiện bất thường, cổ tử cung mở < 2cm, ối còn nguyên vẹn.

+ Sản phụ được điều trị cắt cơn co tử cung bằng Nifedipine.

+ Hồ sơ đầy đủ thông tin cho nghiên cứu.

\*Tác giả liên hệ

Email: drnguyenthihong77@gmail.com Điện thoại: (+84) 984900814 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD12.1827>

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Sản phụ có chống chỉ định với Nifedipine: suy tim, hẹp van động mạch chủ, nhồi máu cơ tim, đau thắt ngực không ổn định, suy chức năng gan thận...

+ Tiền sử dị ứng với các thành phần của thuốc.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

Phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

**2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

Nghiên cứu này được tiến hành trên 284 bệnh án của các thai phụ đã nhập viện với chẩn đoán dọa đẻ non và được điều trị bằng Nifedipine, có tuổi thai từ 22 đến 36 tuần trong thời gian từ 01/01/2021 đến 31/12/2022.

**2.4. Biến số (chỉ số) nghiên cứu**

- Đặc điểm độ tuổi đối tượng nghiên cứu: < 20 tuổi, 20-35 tuổi, >35 tuổi.

- Tuổi thai khi nhập viện: 22-32 tuần, 32-36 tuần.

- Tiền sử sản khoa: Con so, con rạ.

- Tiền sử đẻ non: Có, không.

- Yếu tố nguy cơ đẻ non: Có, không.

- Tần số con co tử cung: 1 – 2 ; ≥ 3

- Độ mở cổ tử cung: < 1cm, ≥ 1 cm.

**2.5. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu**

Số liệu được phân tích và xử lý theo phần mềm SPSS 18.0.

Tính tỉ lệ phần trăm giá trị trung bình, độ lệch chuẩn được dùng để mô tả đối tượng nghiên cứu.

Sự khác nhau về kết quả giữa các biến số được coi là có ý nghĩa thống kê ở các mức độ  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$  và  $p < 0,001$ . Sự khác nhau về kết quả giữa các biến số được coi là có ý nghĩa thống kê ở các mức độ  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$  và  $p < 0,001$ .

**2.6. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả vì vậy không có ảnh hưởng đến quá trình điều trị bệnh của bệnh nhân. Các thông tin thu thập được đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu đã được thông qua hội đồng y đức của Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

**3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Đặc điểm độ tuổi đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi sản phụ	< 20 tuổi	16	5,6
	20 – 35 tuổi	237	83,5
	> 35 tuổi	31	10,9
Tuổi trung bình sản phụ	27,68 ± 5,8 (nhỏ nhất 18; lớn nhất 44)		

Sản phụ trong độ tuổi sinh sản (20-35) chiếm 83,5%, tuổi trung bình là 27,68 ± 5,8; tuổi lớn nhất là 44, tuổi nhỏ nhất là 18.

**Bảng 2. Mối liên quan giữa kết quả điều trị và tuổi thai khi nhập viện**

Tuổi thai khi nhập viện	Thành công	Thất bại	p
22 - 32 tuần	112 (92,6%)	9 (7,4%)	0,162
32 - 36 tuần	157 (96,3%)	6 (3,7%)	
Tổng	269	15	

Tuổi thai 22 - 32 tuần được điều trị dọa đẻ non bằng thuốc Nifedipine thành công 112 trường hợp chiếm 92,6%; so với 96,3% tỉ lệ thành công của các sản phụ tuổi thai từ 32 – 36 tuần là không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,162 > 0,05$ .

**Bảng 3. Mối liên quan giữa kết quả điều trị và số lần đẻ**

Tiền sử sản khoa	Thành công	Thất bại	p
Con so	114 (95,8%)	5 (4,2%)	0,49
Con rạ	155 (93,9%)	10 (6,1%)	
Tổng	269	15	

Trong tổng số 119 sản phụ đẻ con so được điều trị dọa đẻ non bằng thuốc Nifedipine, có 114 (95,8%) thành công và 5 (4,2%) thất bại. So với tỉ lệ điều trị của những người con rạ 115 (93,9%) thành công – thất bại 10 (6,1%) sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,49 > 0,05$ .

**Bảng 4. Mối liên quan giữa kết quả điều trị và tiền sử đẻ non**

Tiền sử đẻ non	Thành công	Thất bại	p
Không	254 (95,2%)	13 (4,8%)	0,224
Có	15 (88,2%)	2 (11,8%)	
Tổng	269	15	

Sự khác biệt về tỉ lệ điều trị thành công của nhóm điều trị dọa đẻ non có tiền sử đẻ non và không có tiền sử đẻ non là không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,224 > 0,05$ .

**Bảng 5. Mọi liên quan giữa kết quả điều trị với việc có hay không yếu tố nguy cơ đẻ non của sản phụ**

Yếu tố nguy cơ đẻ non	Thành công	Thất bại	p
Không	171 (95%)	9 (5%)	0,78
Có	98 (94,2 %)	6 (5,8%)	
Tổng	269	15	

So sánh tỉ lệ giữ thai thành công của nhóm sản phụ có ít nhất 1 trong các yếu tố nguy cơ của đẻ non là 94,2%, so với tỉ lệ thành công 95% của nhóm không có bất kỳ yếu tố nguy cơ của đẻ non nào, không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với  $p = 0,78 > 0,05$ .

**Bảng 6. Mọi liên quan giữa kết quả điều trị và tần số cơn co tử cung trước điều trị**

Tần số cơn co tử cung	Thành công (n=269)	Thất bại (n=15)	p	OR	Khoảng tin cậy (95%)
1-2	251 (95,8%)	11 (4,2%)	0,02	5,07	1,47 - 17,53
≥ 3	18 (90%)	2 (20%)			

Tỉ lệ giữ thai thành công trong nhóm có tần số cơn co tử cung < 3 đạt 95,8% cao hơn trong nhóm có tần số cơn co tử cung ≥ 3 (90%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0.02$  và OR 5,07 (với độ tin cậy 95% từ 1,47 đến 17,53).

**Bảng 7. Mọi liên quan giữa kết quả điều trị và đặc điểm cổ tử cung (CTC) trước điều trị**

Mức độ mở CTC	Thành công (n=269)	Thất bại (n=15)	OR	p
< 1 cm	235(97,9%)	5(2,1%)	13,824	0,00
≥ 1 cm	34(77,3%)	10(22,7%)		

Kết quả bảng trên cho thấy được nhóm sản phụ có độ mở CTC < 1 có tỉ lệ giữ thai thành công cao hơn nhóm có cổ tử cung lớn hơn hoặc bằng 1 là 13,82 (OR = 13,82; CI 95% 4,46 đến 42,88), kết quả này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,00$ .

#### 4. BÀN LUẬN

Độ tuổi của các sản phụ trong nghiên cứu của chúng tôi là  $27,68 \pm 5,8$ ; độ tuổi này tương tự trong nghiên cứu của Dương Công Bằng tại Bệnh viện Từ Dũ là  $28,5 \pm 5,3$  [7]. Trong đó tỉ lệ dọa đẻ non gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 20 – 35 chiếm 83,5%, điều này rất dễ hiểu là do

nhóm này là nhóm tuổi trong độ tuổi sinh đẻ. Kết quả này cũng tương đương với tuổi sản phụ trong các nghiên cứu về dọa đẻ non của các tác giả trong nước như: của Phạm Tài và cộng sự năm 2014 nhóm tuổi 20 - 39 chiếm 87,8% [8], Nguyễn Thị Kim Tiên và cộng sự tại Thái Nguyên năm 2019 72,5% [9]. Tuổi mẹ không phải là nguyên nhân đẻ non. Tuy nhiên ở nhiều nghiên cứu người ta thấy rằng đối với những bà mẹ quá trẻ dưới 20 hoặc quá lớn tuổi trên 35 tuổi thì nguy cơ đẻ non tăng.

Sự khác biệt trong tỉ lệ điều trị thành công giữa 2 nhóm tuổi thai 22 – 32 tuần và 32 – 36 tuần là 92,6% và 96,3%; tuy nhiên khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,162$ . Điều này có thể lý giải là do cơ chế tác dụng của thuốc Nifedipine tác động trên việc cắt cơn co tử cung thông qua chặn kênh canxi, cơ chế này ở các tuổi thai khác nhau không có sự khác biệt nhiều. Tuy nhiên, kết quả này trái ngược với nghiên cứu của Dương Công Bằng tại Bệnh viện Từ Dũ: tỉ lệ điều trị thành công ở nhóm tuổi thai từ 32 – 36 tuần cao hơn nhóm tuổi thai từ 22 – 31 tuần 2,69 lần [7]. Điều này chỉ có thể lý giải là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khác nhau, là do địa điểm nghiên cứu của Dương Công Bằng là Bệnh viện Từ Dũ – một trong những bệnh viện tuyến cuối, nên nhập viện là những sản phụ chuyển từ tuyến dưới lên hoặc sản phụ có nhiều khó khăn trong điều trị...

Về đặc điểm về tiền sử sản phụ khoa trong Bảng 3.3 cho thấy tỉ lệ con rạ chiếm đa số 58,1% và tỉ lệ có tiền sử sảy nạo hút thai là 20,4%, đẻ non 6%. Điều này phù hợp và tương tự trong nghiên cứu của Nguyễn Tiến Lâm năm 2011 đã chỉ ra rằng phụ nữ con rạ có nguy cơ dọa đẻ non gấp 2,31 lần nhóm con so [10]. Chúng tôi nghĩ rằng có thể do người đẻ nhiều lần, cơ tử cung tăng nhạy cảm. Kết quả này trái ngược với nghiên cứu của Đỗ Tuấn Đạt: tỉ lệ con rạ chiếm 41,1% và tỉ lệ con so là 58,9%. Tác giả này cho rằng tỉ lệ sản phụ bị dọa đẻ non phải nhập viện điều trị cao hơn ở người con so là do sản phụ mang thai lần đầu lo lắng hơn với các triệu chứng của thai nghén như đau bụng hoặc ra máu âm đạo nên đi khám sớm hơn so với người con rạ. Đồng thời chúng tôi cũng nhận thấy đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của Đỗ Tuấn Đạt là sản phụ tuổi thai từ 28 – 34 tuần, nên có sự khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi và một số nghiên cứu về dọa đẻ non khác [6]. Tỉ lệ điều trị thành công – thất bại của 2 nhóm con so và con rạ cũng không có sự khác biệt với  $p = 0,49$ .

Những phụ nữ có tiền sử đẻ non, sảy thai, sẹo mổ cũ ở tử cung thì nguy cơ đẻ non ở lần mang thai tiếp theo cao hơn. Theo Lê Thị Thanh Vân và Nguyễn Tiến Lâm những phụ nữ có tiền sử đẻ non thì đẻ non cao gấp 2,82 lần so với phụ nữ không có tiền sử đẻ non và sảy thai. Phụ nữ có tiền sử đẻ non sau 32 tuần nguy cơ đẻ non tăng 15%, trước 32 tuần khoảng 60% ở lần sinh sau so với sinh thường. Phụ nữ con rạ đẻ non cao gấp 2,31 lần so với phụ nữ đẻ con so do nhạy cảm với cơn tử cung, CTC bị tổn thương trong lần sinh đầu tiên [10]. Theo một nghiên cứu từ Đại học Ben-Gurion của Negev và Trung tâm Y tế Đại học Soroka, một bà mẹ mang thai có gia đình có tiền sử sinh sớm có nguy cơ đẻ non. Nghiên



cứ được trên 2300 bà mẹ và con gái trong suốt 22 năm (1991 - 2013) và nhận thấy nguy cơ đẻ non cao hơn đáng kể trong số 34% phụ nữ có mẹ sinh con sớm của thai kỳ. Các nhà nghiên cứu cũng nhận thấy rằng ngay cả khi bà mẹ hoặc chị gái có thai sớm, nguy cơ đẻ non sớm hơn 30% so với bình thường. Nguy cơ đẻ non tăng lên ở một số bệnh lý mẹ trong quá trình mang thai, và quá trình thai nghén cũng làm cho các bệnh lý này nặng hơn. Một số bệnh như: Bệnh lý toàn thân: các bệnh lý nhiễm trùng: nhiễm trùng đường tiết niệu, nhiễm trùng nặng do vi khuẩn, virus. Các chấn thương trong thai nghén như: chấn thương trực tiếp vào vùng bụng hoặc gián tiếp do phẫu thuật vùng bụng. Nghề nghiệp: các nghề tiếp xúc với hóa chất độc, lao động nặng, căng thẳng. một nghiên cứu của Caroline Lilliecreutz mẹ bị stress trong mang thai đẻ non hơn 20% so với mẹ ít bị stress. Một số bệnh như: bệnh tim, bệnh gan, bệnh thận, thiếu máu, tăng huyết áp. Tỷ lệ đẻ non ở sản phụ tăng huyết áp 59,7%. Rối loạn cao huyết do thai: Tiền sản giật, Sản giật; Bệnh lý tại chỗ: tử cung dị dạng bẩm sinh: Chiếm 5% trong đẻ non. Nếu có nguyên nhân này thì nguy cơ đẻ non là 40%; Các dị dạng thường gặp: tử cung hai sừng, một sừng, tử cung kém phát triển, vách ngăn tử cung; Bất thường mắc phải ở tử cung: Dính buồng tử cung, u xơ tử cung, tử cung có sẹo. Hở eo tử cung: 100% đẻ non nếu không được điều trị. Rỉ ối nguy cơ cao gấp 10.2 lần. Các can thiệp phẫu thuật tại CTC như khoét chóp, đốt điện...; Các nguyên nhân khác: nghiện rượu, hút thuốc lá... Nicotine và carbon monoxide có hiệu lực co mạch có thể gây ra tổn thương rau thai và giảm lưu lượng máu trong tử cung. Tình trạng kinh tế xã hội và giáo dục thấp, bà mẹ thấp và cao tuổi tác, tình trạng hôn nhân cũng đã được liên kết với đẻ non. Trầm cảm đã được gợi ý là tăng gấp đôi nguy cơ đẻ non với kích thích gây co, đồng thời cô tử cung bị tổn thương cũng là nguyên nhân gây dọa đẻ non. 88,2% là tỉ lệ thành công trong điều trị của nhóm có tiền sử đẻ non thấp hơn 95,2% là của nhóm không có tiền sử đẻ non. Tuy nhiên khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,224$  (bảng 3.4). Bảng 3.5. cho thấy việc có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ của đẻ non cũng không làm thay đổi tỉ lệ điều trị thành công, với  $p = 0,78$ .

Tần số cơn co tử cung và mức độ mở cổ tử cung tác động tới kết quả điều trị: cơn co tử cung của bệnh nhân có tần số từ 2 trở xuống có tỉ lệ giữ thai thành công cao hơn 5,07 (độ tin cậy 95% từ 1,46 đến 17,52) lần sản phụ có tần số cơn co tử cung từ 3 trở lên với  $p = 0,02$ . Sản phụ có cổ tử cung mở từ 1 cm trở lên có tỉ lệ giữ thai thất bại cao hơn 13,82 lần (độ tin cậy 95% từ 4,46 đến 42,88) với  $p = 0,00$ . Chuyên dạ đẻ non được chẩn đoán bằng những cơn co tử cung đều đặn trước 37 tuần gây ra sự thay đổi ở CTC. Cơn co tử cung trong chuyên dạ đẻ non có các đặc trưng giống với cơn co tử cung trong chuyên dạ như đều đặn, tăng dần về tần số, tăng dần về cường độ, xuất phát từ đáy tử cung và lan xuống đoạn dưới, có thể gây đau bụng hoặc không. Ngoài triệu chứng đau bụng của cơn co tử cung thì sản phụ có thể có những triệu chứng khác như tăng áp lực trong khung chậu, đau bụng như khi hành kinh, ra nước âm đạo, đau

lưng thúc xuống vùng chậu cũng có thể dự báo cơn co tử cung gây đẻ non sắp xảy ra. Tuy nhiên, những triệu chứng này khá phổ biến trong thai kỳ nên cần có sự thăm khám của bác sĩ lâm sàng để xác định chẩn đoán dọa đẻ non. Sự biến đổi ở CTC được thể hiện qua 2 đặc điểm là độ mở và chiều dài của CTC. Nhiều nghiên cứu đánh giá độ mở CTC đo ở thời điểm 3 tháng giữa thai kỳ cho dù không có triệu chứng lâm sàng cũng là yếu tố nguy cơ của đẻ non và có thể dự báo đẻ non. Nghiên cứu của Cunningham theo dõi dọc chiều dài và độ mở CTC tại hai thời điểm 18 và 30 tuần ở cả thai phụ con so và con rạ cho thấy ở những thai phụ đẻ đủ tháng chiều dài và độ mở CTC không thay đổi trong suốt thai kỳ. Tác giả này cũng nhận thấy rằng chiều dài CTC càng ngắn thì nguy cơ đẻ non càng cao. Theo nghiên cứu năm 2007 của Pereira theo dõi chiều dài và độ mở của CTC khi 26 và 30 tuần ghi nhận thấy 25% sản phụ có CTC mở 2 - 3cm sau đó sẽ bị đẻ non trước 34 tuần. Những nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự và kết luận độ mở CTC có thể được coi là một yếu tố dự đoán đẻ non, Iams và cộng sự tiến hành đo chiều dài CTC ở tuổi thai 24 tuần và đo lại khi 28 tuần ở 2915 thai phụ. Kết quả cho thấy chiều dài CTC càng ngắn tỉ lệ thuận với nguy cơ đẻ non càng cao. Những sản phụ có chiều dài CTC  $\leq 25\text{mm}$  có nguy cơ đẻ non RR = 6,19 so với những thai phụ có chiều dài CTC  $> 40\text{mm}$  (với  $p < 0,001$ ). Tuy nhiên, không phải tác giả nào cũng đồng thuận về vai trò của độ mở và chiều dài CTC. Từ những năm 1996 nghiên cứu của Iams và cộng sự đồng thời nhận thấy rằng triệu chứng của dọa đẻ non gồm cả cơn co tử cung chỉ xuất hiện trước đẻ non 24 giờ. Năm 2011, Chao tiến hành nghiên cứu tiền cứu tại bệnh viện Parkland, cỡ mẫu 843 thai phụ từ 24 tuần đến hết 34 tuần đến khám với những triệu chứng của dọa đẻ non, màng ối chưa vỡ và CTC mở  $< 2\text{cm}$ . Khi phân tích so sánh những thai phụ được về nhà khi được chẩn đoán chuyên dạ giả với những thai phụ phải nhập viện điều trị, tỉ lệ đẻ non trước 34 tuần của 2 nhóm là tương tự với nhau (1% so với 2%). Tuy nhiên, tỉ lệ đẻ non từ 34 đến 36 tuần ở những thai phụ được cho về nhà cao hơn so với những thai phụ được nhập viện theo dõi (5% so với 2%). Kết luận lại, các triệu chứng lâm sàng chẩn đoán dọa đẻ non đến nay vẫn chưa thống nhất và giá trị chẩn đoán cũng như giá trị tiên đoán sớm đẻ non đều chưa cao. Chính vì vậy, trong chẩn đoán dọa đẻ non nếu chỉ dựa vào triệu chứng lâm sàng thì độ tin cậy của chẩn đoán là không cao.

## 5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy:

- Các yếu tố tuổi thai khi nhập viện, số lần mang thai, tiền sử đẻ non, yếu tố nguy cơ đẻ non không ảnh hưởng tới kết quả điều trị.
- Độ mở cổ tử cung và tần số cơn co là hai yếu tố ảnh hưởng tới khả năng thành công của điều trị dọa đẻ non bằng Nifedipine.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y Tế, “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa.” 2015.
- [2] H. N. Simhan, J. D. Iams, and R. Romero, “Chapter 29 - Preterm Labor and Birth,” in *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies (Seventh Edition)*, S. G. Gabbe, J. R. Niebyl, J. L. Simpson, M. B. Landon, H. L. Galan, E. R. M. Jauniaux, D. A. Driscoll, V. Berghella, and W. A. Grobman, Eds., Philadelphia: Elsevier, 2017, pp. 615-646.e11. doi: 10.1016/B978-0-323-32108-2.00029-9.
- [3] “Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor,” *Obstet. Gynecol.*, vol. 128, no. 4, p. e155, Oct. 2016, doi: 10.1097/AOG.0000000000001711.
- [4] M. Hanley, L. Sayres, E. Reiff, A. Wood, C. Grotegut, and J. Kuller, “Tocolysis: A Review of the Literature,” *Obstet. Gynecol. Surv.*, vol. 74, pp. 50–55, Jan. 2019, doi: 10.1097/OGX.0000000000000635.
- [5] C. Ratanajamit, “Safety and efficacy of oral nifedipine versus terbutaline injection in preterm labor,” *J. Med. Assoc. Thail. Chotmaihet Thangphaet*, Nov. 2007, Accessed: Mar. 24, 2024. [Online]. Available: [https://www.academia.edu/62743368/Safety\\_and\\_efficacy\\_of\\_oral\\_nifedipine\\_versus\\_terbutaline\\_injection\\_in\\_preterm\\_labor](https://www.academia.edu/62743368/Safety_and_efficacy_of_oral_nifedipine_versus_terbutaline_injection_in_preterm_labor)
- [6] Đỗ Tuấn Đạt, Lê Hoàng, and Nguyễn Việt Tiên, “Nghiên cứu giá trị của Interleukin-8 dịch cổ tử cung trong tiên đoán đẻ non,” *Tạp Chí Phụ Sản*, vol. 15, no. 3, Art. no. 3, May 2017, doi: 10.46755/vjog.2017.3.412.
- [7] “Đương Công Bằng, Hiệu quả cắt cơn gò tử cung của Nifedipine trong điều trị dọa sinh non tại bệnh viện Từ Dũ, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Hồ Chí Minh (2020).”
- [8] “Huỳnh Nguyễn Khánh Trang, Phạm Tài, ‘Hiệu quả của Nifedipine trong điều trị dọa sinh non ở thai kỳ 28 - 34 tuần tại bệnh viện Hùng Vương’, *Y học TP. Hồ Chí Minh*. 18(1), tr. 138-143 (2014).”
- [9] “Nguyễn Thị Kim Tiên và cộng sự, ‘Thực trạng điều trị dọa đẻ non tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên năm 2017’, *Tạp chí khoa học và công nghệ Đại học Thái Nguyên*. 194(01), tr. 175-180 (2017).”
- [10] “Lê Thanh Vân Nguyễn Tiên Lâm, Nhận xét một số yếu tố nguy cơ sinh non tại Bệnh viện phụ sản trung ương năm 2008, số 4, tr. 14-16 (2011).”