Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 9, 332-335

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND EARLY OUTCOMES AFTER PROPHYLACTIC CERVICAL CERCLAGE IN HIGH-RISK PREGNANT WOMEN AT CAN THO CITY OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Nguyen Thi My Truc[1*], Phan Huu Thuy Nga[1], Vu Dang Khoa[2], Lam Thanh Quang[2]

[1]*Can Tho University of Medicine and Pharmacy - 179 Nguyen Van Cu, Tan An Ward, Can Tho City, Vietnam*
[2]*Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital - 106 Cach Mang Thang 8, Cai Khe Ward, Can Tho City, Vietnam*

Received: 17/06/2026
Revised: 06/08/2026; Accepted: 18/09/2026

ABSTRACT

Objective: To describe clinical and subclinical characteristics and evaluate early outcomes after prophylactic cervical cerclage for the prevention of preterm birth in high-risk pregnant women at Can Tho City Obstetrics and Gynecology Hospital from 2024 to 2026.

Subjects and methods: A descriptive cross-sectional study with longitudinal follow-up was conducted on 36 high-risk pregnant women who underwent prophylactic cervical cerclage for the prevention of preterm birth.

Results: The gestational age at cervical cerclage was most frequently 15–19 weeks (52.8%), followed by 12–14 weeks (41.7%), while cerclage after 20 weeks accounted for 5.6%. All patients remained free of post-procedural labor during early follow-up. However, 97.2% of patients experienced post-cerclage symptoms, with lower abdominal pain being the most common complaint. Within the first three days after cerclage, 66.7% of patients were hospitalized for fewer than three days. The mean length of hospital stay was 3 ± 1 days.

Conclusion: The study findings showed that prophylactic cervical cerclage was mainly performed before 20 weeks of gestation. During the early post-procedural follow-up period, no cases of labor or serious complications were recorded, suggesting that cervical cerclage has short-term safety in high -risk pregnant women when appropriately indicated and closely monitored.

Keywords: Miscarriage, preterm birth, cervical cerclage, cervical length.

*Corresponding author
Email: 23310511870@student.ctump.edu.vn **Phone:** (+84) 388497170 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6659

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SỚM SAU KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG DỰ PHÒNG SINH NON Ở SẢN PHỤ NGUY CƠ CAO TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Nguyễn Thị Mỹ Trúc[1*], Phan Hữu Thuý Nga[1], Vũ Đăng Khoa[2], Lâm Thanh Quang[2]

[1]Trường Đại học Y Dược Cần Thơ - 179 Nguyễn Văn Cừ, P. Tân An, Tp. Cần Thơ, Việt Nam
[2]Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ - 106 Cách Mạng Tháng 8, P. Cái Khế, Tp. Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận: 17/06/2026
Ngày sửa: 06/08/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả khâu vòng cổ tử cung dự phòng sinh non ở sản phụ có nguy cơ cao tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ năm 2024 - 2026

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc trên 36 sản phụ có chỉ định khâu vòng cổ tử cung dự phòng sinh non tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ năm 2024 - 2026

Kết quả: Tuổi thai khi khâu vòng cổ tử cung tập trung chủ yếu ở nhóm 15–19 tuần với 52,8%, tiếp theo là nhóm 12–14 tuần với 41,7%. Tỷ lệ khâu vòng sau 20 tuần thấp, chiếm 5,6%. Sau khâu vòng, 100% sản phụ không xảy ra chuyển dạ. Tuy nhiên, 97,2% có triệu chứng sau thủ thuật, trong đó đau bụng dưới là triệu chứng thường gặp nhất. Thời gian nằm viện dưới 3 ngày chiếm 66,7% và thời gian nằm viện trung bình sau khâu vòng là 3 ± 1 ngày.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy khâu vòng cổ tử cung dự phòng chủ yếu được thực hiện trước 20 tuần tuổi thai. Trong thời gian theo dõi sớm sau thủ thuật, không ghi nhận trường hợp chuyển dạ hay biến chứng nghiêm trọng, cho thấy khâu vòng cổ tử cung có tính an toàn ngắn hạn ở sản phụ nguy cơ cao khi được chỉ định và theo dõi phù hợp.

Từ khóa: Sẩy thai, sinh non, khâu vòng cổ tử cung, chiều dài cổ tử cung.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh non là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và bệnh tật ở trẻ sơ sinh. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, năm 2020 có khoảng 13,4 triệu trẻ sinh non và các biến chứng liên quan vẫn là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ dưới 5 tuổi [1]. Trẻ sinh non có nguy cơ cao mắc suy hô hấp, nhiễm trùng sơ sinh, xuất huyết não thất, viêm ruột hoại tử và các rối loạn phát triển thần kinh lâu dài. Do đó, việc nhận diện nguy cơ và dự phòng sinh non có ý nghĩa quan trọng trong thực hành sản khoa.

Hở eo cổ tử cung (CTC) là nguyên nhân quan trọng gây sẩy thai muộn và sinh non tự phát. Tình trạng này xảy ra khi CTC suy yếu, không đủ khả năng duy trì thai kỳ và thường diễn tiến âm thầm. Các yếu tố nguy cơ gồm tiền sử mất thai giữa thai kỳ, sinh non tự phát, tổn thương CTC hoặc CTC ngắn trên siêu âm [2, 3]. Chiều dài CTC dưới 25 mm trước 24 tuần thai là dấu hiệu quan trọng giúp nhận diện nhóm thai phụ nguy cơ cao [4]. Khâu vòng CTC là biện pháp hỗ trợ cơ học nhằm giảm nguy cơ mất thai và sinh non ở các trường hợp phù hợp. Khuyến cáo của FIGO và RCOG đều ghi nhận vai trò của khâu vòng ở phụ nữ có tiền sử sinh non, mất thai giữa thai kỳ tái diễn hoặc CTC ngắn kèm tiền sử sản khoa nguy cơ cao [2, 3]. Phân tích gộp của Berghella và cộng sự cho thấy khâu vòng làm giảm tỷ lệ sinh non trước 35 tuần ở nhóm đơn thai có tiền sử sinh non và CTC ngắn [4]. Nghiên cứu của Liu và cộng sự cũng ghi nhận khâu vòng dự phòng cho kết cục thai kỳ thuận lợi hơn khâu vòng điều trị [5].

Tại Việt Nam, khâu vòng CTC đã được áp dụng rộng rãi, tuy nhiên dữ liệu về đặc điểm chỉ định và kết quả sớm sau thủ thuật còn hạn chế, đặc biệt ở nhóm sản phụ nguy cơ cao được khâu vòng dự phòng [6]. Việc đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm của thủ thuật sẽ góp phần bổ sung bằng chứng cho thực hành lâm sàng. Xuất phát từ những vấn đề trên, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm sau khâu vòng CTC dự phòng sinh non ở sản phụ nguy cơ cao.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 2 năm 2026.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các sản phụ đơn thai, có nguy cơ cao được nhập viện khâu vòng CTC dự phòng sinh non tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Phụ nữ đang mang thai, đơn thai, tuổi thai từ 12 tuần đến dưới 24 tuần (tuổi thai xác định dựa trên ngày đầu kỳ kinh cuối nếu kinh đều 28 ngày hoặc theo siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ) thoả chỉ định khâu vòng CTC dự phòng theo ACOG (2014) [7].
- *Tiêu chuẩn loại trừ :* CTC mở từ 1 đến 4 cm (qua thăm khám âm đạo bằng tay), có bằng chứng thai dị tật bẩm sinh: bất thường cấu trúc nhiễm sắc thể được chẩn đoán bằng nhiễm sắc thể đồ thông qua chọc ối hoặc bất thường về hình thái học qua siêu âm. Có bằng chứng nhiễm trùng bào thai bằng chọc ối xét nghiệm TORCH. Thai phụ có bệnh lý nội khoa đang tiến triển, có tình trạng rối loạn đông cầm máu, rối loạn hành vi.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu: Theo công thức ước lượng tỷ lệ:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu. Với α = 0,05 và độ tin cậy

*Tác giả liên hệ
Email: 23310511870@student.ctump.edu.vn **Điện thoại:** (+84) 388497170 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6659

95%, $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96. d là mức sai số của nghiên cứu, chọn d = 0,09. p là tỷ lệ thành công của khâu vòng CTC bằng kỹ thuật McDonald dựa trên nghiên cứu của Liu và cộng sự là 93,3%, chúng tôi chọn p = 0,93 [5]. Thay vào công thức, chúng tôi tính được cỡ mẫu tối thiểu cần là 31 sản phụ.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 2 năm 2026, chúng tôi tuyển chọn được 36 sản phụ thỏa tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu.

2.5. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung: tuổi mẹ (năm), phân nhóm < 35 tuổi và ≥ 35 tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI) trước mang thai (kg/m^2), phân loại theo tiêu chuẩn châu Á gồm gầy (< 18,5 kg/m^2), bình thường (18,5–22,9 kg/m^2), thừa cân (23,0–24,9 kg/m^2) hoặc béo phì (≥ 25,0 kg/m^2), tiền sử nội khoa, tiếp xúc khói thuốc lá, viêm nhiễm âm đạo và bệnh lý mạn tính trước mang thai (có/không).

Tiền sử sản khoa: tiền sử sẩy thai, sinh non (< 37 tuần), khâu vòng CTC, tổn thương CTC và dị dạng bẩm sinh tử cung (có/không).

Yếu tố lâm sàng gợi ý trước khâu vòng CTC: tăng tiết dịch âm đạo, đau lưng, nặng tức vùng chậu, xóa mở CTC và cơn co tử cung tại thời điểm nhập viện (có/không).

Đặc điểm thủ thuật khâu vòng CTC: tuổi thai tại thời điểm khâu vòng (12–14 tuần, 15–19 tuần, 20–23 tuần 6 ngày) và chỉ định khâu vòng gồm dựa trên tiền sử, triệu chứng lâm sàng, chiều dài kênh CTC hoặc các yếu tố kết hợp.

Kết quả sau khâu vòng CTC dự phòng: đau bụng, chảy máu âm đạo, nhiễm trùng, vỡ ối/rỉ ối, dọa sẩy thai, sẩy thai, chuyển dạ hoặc chuyển dạ trong vòng 3 ngày sau thủ thuật (có/không). Thời gian nằm viện sau khâu vòng được tính bằng số ngày từ khi thực hiện thủ thuật đến khi xuất viện.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Số liệu được thu thập bằng phiếu nghiên cứu thống nhất từ hồ sơ bệnh án, sổ phẫu thuật, kết quả siêu âm, thăm khám lâm sàng và theo dõi sau thủ thuật. Các sản phụ đủ tiêu chuẩn được ghi nhận tiền sử, đặc điểm chung. Sau khâu vòng, các trường hợp được theo dõi trong thời gian nằm viện để ghi nhận các biến cố.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được kiểm tra, phân tích bằng phần mềm SPSS 27.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được đánh giá phân phối bằng phép kiểm Shapiro–Wilk. Biến có phân phối chuẩn được trình bày bằng trung bình ± độ lệch chuẩn, phân phối không chuẩn được trình bày bằng trung vị và khoảng tứ phân vị.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng Y đức trong nghiên cứu y sinh của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 24.280.HV/PCT-HĐĐĐ.

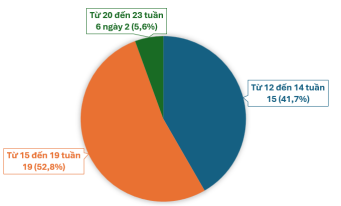
3. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 2 năm 2026, chúng tôi tuyển chọn được 36 sản phụ thoả mãn điều kiện tham gia vào nghiên cứu. Kết quả phân tích như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 35 tuổi	25	69,4
	≥ 35 tuổi	11	30,6
Chỉ số khối cơ thể trước mang thai	Gầy	7	19,4
	Bình thường	29	80,6
	Thừa cân, béo phì	0	0,0
Tiền căn nội khoa và lối sống	Có tiếp xúc khói thuốc lá	36	100,0
	Tiền căn viêm nhiễm âm đạo	20	55,6
	Bệnh lý mạn tính trước mang thai	12	33,3
Tiền căn sản khoa	Sẩy thai	24	66,7
	Sinh non	19	52,8
	Tiền sử khâu vòng CTC	12	33,3
	Tổn thương CTC	10	27,8
	Dị dạng bẩm sinh tử cung	0	0,0
Triệu chứng lâm sàng trước khâu vòng	Tăng tiết dịch âm đạo	21	58,3
	Đau lưng	4	11,1
	Nặng tức vùng chậu	1	2,8
	Xoá mở CTC hoặc cơn co tử cung	0	0,0
Siêu âm đo chiều dài kênh CTC	> 25 mm	23	63,9
	≤ 25 mm	13	36,1

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu dưới 35 tuổi (69,4%) và có BMI trước mang thai bình thường (80,6%). Tiền sử sẩy thai chiếm 66,7%, tiếp xúc khói thuốc lá ghi nhận ở 100,0% trường hợp. Triệu chứng thường gặp nhất trước khâu vòng là tăng tiết dịch âm đạo (58,3%). Trên siêu âm, 63,9% sản phụ có chiều dài kênh CTC > 25 mm.



Biểu đồ 1. Tuổi thai khi khâu vòng CTC

Tuổi thai khi khâu vòng CTC cao nhất ở nhóm 15 – 19 tuần với 52,8 %, 12 – 14 tuần 41,7 %, thấp nhất ở nhóm 20 – 23 tuần 6 ngày 5,6 %.

Bảng 2. Chỉ định khâu vòng CTC dự phòng

Chỉ định	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử	0	0
Yếu tố lâm sàng gợi ý	3	8,3
Siêu âm chiều dài kênh CTC	10	27,8
Tiền sử + Yếu tố lâm sàng gợi ý	20	55,6
Tiền sử + chiều dài kênh CTC	0	0
Yếu tố lâm sàng gợi ý + chiều dài kênh CTC	3	8,3

Sản phụ có tiền sử và yếu tố lâm sàng gợi ý được chỉ định khâu vòng CTC chiếm phần lớn 55,6%, nhóm sản phụ có chiều dài kênh CTC bất thường qua siêu âm chiếm 27,8%.

Bảng 3. Kết quả sau khâu vòng CTC dự phòng

Kết quả sau khâu vòng CTC		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng sau khâu vòng CTC	Có	35	97,2
	Không	1	2,8
Chuyển dạ sau khâu vòng CTC	Có	0	0
	Không	36	100
Thời gian nằm viện sau khâu vòng	< 3 ngày	24	66,7
	≥ 3 ngày	12	33,3
	Trung bình ± ĐLC	3 ± 1 ngày	

Sau khâu vòng CTC, 97,2% sản phụ có triệu chứng sau thủ thuật. Không ghi nhận trường hợp chuyển dạ sau khâu vòng trong thời gian theo dõi sớm. Phần lớn sản phụ nằm viện dưới 3 ngày, chiếm 66,7%; thời gian nằm viện trung bình là 3 ± 1 ngày.

Bảng 4. Triệu chứng sau khâu vòng CTC dự phòng

Triệu chứng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	35	97,2
Chảy máu	19	52,8
Nhiễm trùng	0	0
Vỡ ối/ rỉ ối	0	0
Doạ sẩy thai	7	19,4
Sẩy thai hoặc chuyển dạ sau 3 ngày khâu	0	0

Đau bụng là biểu hiện thường gặp nhất ở sản phụ sau khâu vòng CTC với tỷ lệ 97,2%. Chảy máu âm đạo ghi nhận ở 52,8% và doạ sẩy thai ở 19,4%. Không ghi nhận nhiễm trùng, vỡ ối/rỉ ối hoặc sẩy thai/chuyển dạ trong vòng 3 ngày sau thủ thuật.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sản phụ dưới 35 tuổi chiếm 69,4%, tuổi trung bình 30,4 ± 5,9 tuổi. Đặc điểm này phù hợp với nhóm được chỉ định khâu vòng CTC dự phòng, vì chỉ định thường dựa vào tiền sử sinh non, mất thai giữa thai kỳ hoặc CTC ngắn hơn là tuổi mẹ [8]. Tương tự, Tăng Xuân Hải và cộng sự ghi nhận thai phụ được khâu vòng chủ yếu ở độ tuổi sinh sản và có yếu tố nguy cơ sản khoa [6]. Do đó, tuổi mẹ trong nghiên cứu chủ yếu phản ánh đặc điểm dân số sản khoa địa phương. Tiền căn viêm nhiễm âm đạo ghi nhận ở 55,6% sản phụ. Đây là yếu tố có thể thúc đẩy phản ứng viêm, làm suy yếu cấu trúc CTC và tăng nguy cơ sinh non [8]. Tuy nhiên, không ghi nhận nhiễm trùng cấp tại thời điểm khâu vòng, cho thấy các trường hợp nguy cơ đã được sàng lọc và xử trí trước thủ thuật. Tiền căn sản khoa bất lợi chiếm tỷ lệ cao, gồm sẩy thai 66,7%, sinh non 52,8%, từng khâu vòng CTC 33,3% và tổn thương CTC 27,8%. Kết quả này phù hợp với bệnh sinh của hở eo CTC. Theo FIGO, tiền sử mất thai giữa thai kỳ hoặc sinh non tự phát tái diễn là chỉ định quan trọng của khâu vòng dự phòng [2]. Liu và cộng sự cũng ghi nhận phần lớn thai phụ khâu vòng có tiền sử sản khoa bất lợi hoặc suy yếu chức năng CTC [5]. Bên cạnh đó, triệu chứng trước khâu vòng khá nghèo nàn. Tăng tiết dịch âm đạo là triệu chứng thường gặp nhất (58,3%), tiếp theo là đau lưng (11,1%) và nặng tức vùng chậu (2,8%). Không ghi nhận xóa mở CTC hoặc cơn co tử cung. Điều này phù hợp với bản chất của khâu vòng dự phòng khi can thiệp được thực hiện trước khi xuất hiện chuyển dạ hoặc thay đổi CTC rõ rệt. Nghiên cứu của Liu và cộng sự cũng cho thấy nhóm khâu vòng dự phòng được can thiệp sớm và có kết quả thai kỳ tốt hơn nhóm khâu vòng điều trị [5].

Trong nghiên cứu, 63,9% sản phụ có chiều dài CTC > 25 mm và 36,1% có chiều dài ≤ 25 mm. Chỉ định thường gặp nhất là tiền sử kết hợp yếu tố lâm sàng gợi ý (55,6%), tiếp theo là chỉ định theo chiều dài CTC trên siêu âm (27,8%). Theo FIGO, khâu vòng nên được cân nhắc khi chiều dài CTC < 25 mm ở phụ nữ có tiền sử sinh non hoặc mất thai giữa thai kỳ [2]. Đồng thời, phân tích gộp của Berghella và cộng sự cho thấy khâu vòng giúp giảm tỷ lệ sinh non trước 35 tuần từ 41,3% xuống 28,4% (RR 0,70; KTC 95%: 0,55–0,89), qua đó khẳng định giá trị của siêu âm CTC trong lựa chọn đối tượng can thiệp [4]. Việc nhiều trường hợp có chiều dài CTC > 25 mm phản ánh thực hành khâu vòng theo tiền sử ở nhóm nguy cơ cao. [2]. Tuổi thai khi khâu vòng chủ yếu từ 15–19 tuần (52,8%), tiếp theo là 12–14 tuần (41,7%) và chỉ 5,6% sau 20 tuần. Kết quả này tương đối phù hợp với chiến lược dự phòng. Trong nghiên cứu của Tăng Xuân Hải và cộng sự, 63,8% trường hợp được khâu ở tuổi thai 12–15 tuần, tuổi thai trung bình 15,2 ± 2,7 tuần [6]. Tương tự, nghiên cứu của Liu và cộng sự cũng cho thấy nhóm khâu vòng dự phòng được can thiệp ở giai đoạn sớm của thai kỳ và đạt kết quả tốt hơn về tuổi thai lúc sinh cũng như tỷ lệ sống sơ sinh [5]. Nhìn chung về mặt bệnh học, can thiệp trước khi CTC biến đổi rõ có thể thuận lợi hơn cho mục tiêu duy trì thai kỳ.

Kết quả sớm sau thủ thuật khá thuận lợi khi không có trường hợp chuyển dạ ngay sau khâu vòng. Tương tự, Tăng Xuân Hải và cộng sự ghi nhận 94,2% thai phụ không gặp tai biến sau thủ thuật [6]. Ngoài ra, Liu và cộng sự cho thấy khâu vòng dự phòng mang lại kết quả tốt hơn khâu vòng điều trị, với tuổi thai lúc sinh cao hơn (35,2 ± 5,5 so với 31,7 ± 6,5 tuần), tỷ lệ sinh sống cao hơn (93,3% so với 69,2%) và tỷ lệ sinh non < 37 tuần thấp hơn (40,0% so với 69,2%) [5]. Những dữ liệu này cho thấy lợi ích của việc can thiệp sớm ở nhóm nguy cơ cao. Kết quả của chúng tôi phù hợp với xu hướng an toàn sớm đã được ghi nhận trước đó. Sau khâu vòng, 97,2% sản phụ có triệu chứng, chủ yếu là đau bụng (97,2%), chảy máu âm đạo (52,8%) và doạ sẩy thai (19,4%). Tuy nhiên, không ghi nhận nhiễm trùng, vỡ ối, rỉ ối hoặc sẩy thai trong vòng 3 ngày sau thủ thuật. Các triệu chứng này nhiều khả năng liên quan đến tác động cơ học của thủ thuật hơn là biến chứng nặng. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Tăng Xuân Hải và cộng sự khi không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng sau khâu vòng [6]. Thời gian nằm viện trung bình 3 ± 1 ngày cũng cho thấy tính an toàn của phương pháp và ngắn hơn thời gian 5,6 ± 1,8 ngày trong nghiên cứu của Liu và cộng sự [5]. Nhìn chung, khâu vòng CTC dự phòng cho kết quả sớm khả quan, tuy nhiên cần tiếp tục theo dõi các kết cục thai kỳ và sơ sinh để đánh giá đầy đủ hiệu quả can thiệp. Nghiên cứu có một số hạn chế. Cỡ mẫu nhỏ và được chọn tại một cơ sở duy nhất nên khả năng khái quát hóa còn hạn chế. Nghiên cứu chỉ đánh giá kết quả ngắn hạn sau khâu vòng trong thời gian nằm viện, chưa theo dõi đầy đủ các kết cục thai kỳ và sơ sinh. Bên cạnh đó, thiết kế mô tả không cho phép xác định mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị. Tuy vậy, nghiên cứu vẫn cung cấp dữ liệu thực tiễn, góp phần bổ sung bằng chứng về tính an toàn ngắn hạn của khâu vòng CTC trong thực hành lâm sàng.

5. KẾT LUẬN

Khâu vòng CTC dự phòng chủ yếu được thực hiện ở sản phụ có tiền căn nguy cơ cao, đặc biệt là sẩy thai (66,7%) và sinh non (52,8%). Phần lớn trường hợp được can thiệp khi chưa có dấu hiệu chuyển dạ. Thủ thuật cho thấy tính an toàn sớm với 100% không chuyển dạ ngay sau can thiệp và không ghi nhận nhiễm trùng, rỉ ối/vỡ ối hoặc sẩy thai trong vòng 3 ngày sau thủ thuật. Các triệu chứng sau thủ thuật chủ yếu là đau bụng, chảy máu âm đạo và doạ sẩy thai, không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng. Nhìn chung, đây là phương pháp an toàn ngắn hạn ở sản phụ nguy cơ cao khi được chỉ định và theo dõi phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] World Health Organization. Preterm birth. 2023. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

[2] Shennan A, Story L, Jacobsson B, Grobman WA. FIGO good practice recommendations on cervical cerclage for prevention of preterm birth. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2021;155(1):19-22. doi:10.1002/ijgo.13835.

[3] Shennan AH, Story L. Cervical Cerclage: Green-top Guideline No. 75. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. 2022;129(7):1178-1210. doi:10.1111/1471-0528.17003.

[4] Berghella V, Rafael TJ, Szychowski JM, Rust OA, Owen J. Cerclage for short cervix on ultrasonography in women with singleton gestations and previous preterm birth: a meta-analysis. Obstetrics and gynecology. 2011;117(3):663-71. doi:10.1097/AOG.0b013e31820ca847.

[5] Liu Y, Ke Z, Liao W, Chen H, Wei S, Lai X, et al. Pregnancy outcomes and superiorities of prophylactic cervical cerclage and therapeutic cervical cerclage in cervical insufficiency pregnant women. Archives of gynecology and obstetrics. 2018;297(6):1503-8. doi:10.1007/s00404-018-4766-9.

[6] Tăng Xuân Hải, Trần Minh Long, Nguyễn Xuân Chung. Đánh giá kết quả khâu vòng cổ tử cung trong điều trị dự phòng sẩy thai và sinh non tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Tạp chí Y học Cộng đồng. 2023;64(2). doi:10.52163/yhc.v64i2.605.

[7] American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No.142: Cerclage for the management of cervical insufficiency. Obstetrics and gynecology. 2014;123(2 Pt 1):372-9. doi:10.1097/01.AOG.0000443276.68274.cc.

[8] American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. Obstetrics & Gynecology. 2016;128(4). doi:10.1097/AOG.0000000000001711.