

đề kháng kháng sinh với các kháng sinh thông thường ngày một gia tăng. Đây là một thách thức cho các thầy thuốc lâm sàng trong lựa chọn kháng sinh điều trị viêm phổi ở trẻ em.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (2022), "Pneumonia in children".
2. Nguyen NKP, Tran TH, Roberts CL et al (2016), "Risk factors for child pneumonia focus on the Western Pacific Region".
3. Trần Thị Kiều Anh (2021), "nghiên cứu tính kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi ở

trẻ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh Viện Sản Nhi Nghệ An năm 2021".

4. Nguyễn Thị Ngọc Diệp (2016), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của Viêm phổi do vi khuẩn và tính nhạy cảm với kháng sinh của một số loại vi khuẩn gây Viêm phổi ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi".
5. Nguyễn Thị Hà (2020). "Đặc điểm lâm sàng và căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi cộng đồng trẻ em tại Khoa Quốc Tế Bệnh Viện Nhi Trung Ương".
6. Nguyễn Thành Nhôm (2015), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến viêm phổi nặng ở trẻ em từ 2 tháng tới 5 tuổi tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Vĩnh Long".

## KẾT QUẢ XỬ TRÍ THAI 13-22 TUẦN CHẾT TRONG BUỒNG TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Hà Thị Vân Hồng<sup>1</sup>, Phạm Thị Thanh Hiền<sup>2</sup>, Lê Thị Thanh Hoa<sup>3</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả xử trí thai tử 13-22 tuần chết trong buồng tử cung tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang và hồi cứu được thực hiện trên 61 thai phụ có thai chết trong tử cung từ 13-22 tuần tuổi. **Kết quả:** Có 86,9% các trường hợp ra thai thành công. Có 13,1% trường hợp phải chuyển phương pháp xử trí khác, trong đó có 11,5 trường hợp phải hút thai và 1,5% sử dụng phương pháp nong gấp thai. 78,7% thai phụ được xử trí bằng phương pháp Misoprostol đơn thuần. Có 4,9% thai phụ có biến chứng chảy máu. **Kết luận:** Xử trí nội khoa bằng misoprostol là hiệu quả và an toàn cho thai tử 13-22 tuần chết trong buồng tử cung, với tỷ lệ thành công cao, chuyển phương pháp hợp lý và kiểm soát hoàn toàn sản phẩm trước ra viện.

**Từ khóa:** Thai chết trong tử cung, 13-22 tuần, kết quả xử trí, Thái Nguyên

#### SUMMARY

#### RESULTS OF MANAGEMENT FOR STILLBIRTHS BETWEEN 13-22 WEEKS OF GESTATION AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the outcomes of management of intrauterine fetal demise at 13–22 weeks of gestation at Thai Nguyen Central Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 61 women diagnosed with intrauterine fetal demise between 13 and 22 weeks of gestation. **Results:** Successful

expulsion was achieved in 86.9% of cases. Conversion to another management method was required in 13.1% of cases, including 11.5% with suction evacuation and 1.5% with dilation and evacuation. Medical management with misoprostol alone was applied in 78.7% of cases. Complications occurred in 4.9% of patients, primarily hemorrhage. **Conclusion:** Medical management with misoprostol is effective and safe for intrauterine fetal demise at 13–22 weeks, with a high success rate, appropriate conversion when necessary, and complete evacuation prior to discharge

**Keywords:** stillbirths, 13-22 weeks, management outcomes, Thai Nguyen

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai chết trong tử cung (TCTTC) được định nghĩa là các trường hợp thai chết và lưu lại trong buồng tử cung của người mẹ, có thể xảy ra ở bất kỳ tuổi thai nào khi chưa có chuyển dạ<sup>1,2</sup>. Tỷ lệ TCTTC ở Việt Nam vẫn còn khá cao, theo Nguyễn Thị Xuân Thu (2016) tại Bệnh viện Sản nhi Bắc Giang cho thấy tỉ lệ TCTTC dưới 12 tuần là 42,5%, từ 13-17 tuần là 12,4%, từ 18-22 tuần là 11,1%, lớn hơn 37 tuần là 7,6%<sup>3</sup>. Triệu chứng của thai chết trong buồng tử cung rất đa dạng như đau bụng (47%), thậm chí số thai phụ không rõ triệu chứng chiếm tỷ lệ khá cao (25,8%)<sup>4</sup>.

Ngày nay tỉ lệ mổ lấy thai nhiều làm khó khăn trong việc lựa chọn phương pháp gây sảy thai cho các TCTTC ở tuổi thai từ 13-22 tuần, cũng như dẫn đến nhiều nguy cơ biến chứng hơn như chảy máu<sup>5</sup>. Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là nơi thường xuyên tiếp nhận, xử trí các trường hợp TCTTC với thai phụ có nhiều vấn đề như sẹo mổ cũ, bệnh lý nền kèm theo. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đề cập đến đặc điểm cũng như kết quả xử trí TCTTC ở nhóm tuổi từ 13-22 tuần. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thanh Hoa

Email: linhtrang249@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025

nghiên cứu với mục tiêu: *Nhận xét kết quả xử trí thai tử 13-22 tuần chết trong buồng tử cung tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu là thai phụ có thai từ 13-22 tuần được chẩn đoán và điều trị TCTTC tại Trung tâm Sản phụ khoa, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Siêu âm chẩn đoán là thai chết trong buồng tử cung trong tử cung
- Tuổi thai từ ≥ 13- 22 tuần.
- Hồ sơ đầy đủ thông tin nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** - Thai chết trong buồng tử cung chữa tại sẹo mổ cũ.

- Những trường hợp thai chết trong buồng tử cung đã xử trí ở tuyến dưới, hoặc được chẩn đoán TCTTC nhưng chuyển tuyến trên xử trí.

- Song thai (1 sống, 1 chết)

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- **Địa điểm nghiên cứu:** Trung tâm Sản phụ khoa - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ 10/2024 đến tháng 10/2025. Số liệu được thu thập trong giai đoạn từ 6/2023-5/2025.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiền cứu

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích. Kết quả chọn được 61 thai phụ có thai chết trong tử cung.

**- Các chỉ số nghiên cứu:**

- + Thông tin chung về tuổi, dân tộc, tiền sử sản khoa
- + Tỷ lệ các phương thức xử trí, các thuốc nội khoa sử dụng
- + Tỷ lệ xử trí thai lưu bằng Misoprostol thành công
- + Tỷ lệ các biến chứng xảy ra.

**- Kỹ thuật thu thập số liệu:**

+ Thu thập các thông tin theo bệnh án nghiên cứu từ hồ sơ bệnh án của thai phụ chẩn đoán thai chết trong buồng tử cung và được xử trí tại phòng đẻ tại khoa phụ sản Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên với bệnh án nghiên cứu đã được thiết kế sẵn

+ Kiểm tra lại bệnh án nghiên cứu tránh bỏ sót thông tin

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học trên chương trình SPSS 23.0. Các biến định lượng được trình bày theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Mô tả tần suất và tỷ lệ % cho các biến định tính.

**2.3. Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được chấp thuận bởi hội đồng Đạo đức Y sinh học của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên tại quyết định số 1806/QĐ-BV ngày 17/10/2024. Đây là một nghiên cứu hồi cứu chỉ thu thập các thông tin sẵn có trên hồ sơ bệnh án, trên sổ sách không ảnh hưởng trực tiếp đến người bệnh và đến khía cạnh đạo đức nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Độ tuổi trung bình của thai phụ có TCTTC là 30,6 ± 7,9 tuổi. Phần lớn là người dân tộc Kinh, chiếm 60,7%. Có 19,7% sản phụ là công chức, viên chức, 18,0% là công nhân và chỉ có 4,9% là nông dân. Tỷ lệ thai phụ đã đẻ 1 lần chiếm 31,1% và đã đẻ từ 2 lần trở lên chiếm 13,1%. Tỷ lệ thai phụ có tiền sử mổ lấy thai 1 lần chiếm 36,1% và mổ lấy thai từ 2 lần trở lên chiếm 18%. Số thai phụ có tiền sử thai chết trong tử cung 1 lần chiếm 18% và 2 lần trở lên chiếm 4,9%. Tỷ lệ thai phụ có tiền sử sảy thai 1 lần chiếm 23% và 2 lần trở lên chiếm 9,8%. Tỷ lệ TCTTC có tuổi thai từ 13-18 tuần chiếm đa số với 83,6%. Có 16,4% TCTTC có tuổi thai từ 19-22 tuần.

**Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng phát hiện thai chết trong buồng tử cung**

Triệu chứng	Tuổi thai		13-18 tuần		19-22 tuần		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không có triệu chứng/đi khám định kỳ	25	41,0	3	4,9	28	45,9		
Ra máu âm đạo	19	31,1	6	9,8	25	41,0		
Đau bụng	17	27,8	6	9,8	23	37,7		
Có cả ra máu âm đạo và đau bụng	10	16,4	4	6,6	14	23,3		

Tỷ lệ thai phụ phát hiện TCTTC khi có triệu chứng ra máu âm đạo là 41,0%, triệu chứng đau bụng là 37,7% và không có triệu chứng gì, TCTTC được phát hiện khi đi khám định kỳ chiếm tỷ lệ cao nhất với 45,9%. Có 14 thai phụ (chiếm 23,3%) có cả 2 triệu chứng ra máu âm đạo và đau bụng.

**Bảng 2. Cách thức xử trí thai chết trong tử cung**

Cách thức xử trí	13-18 tuần		19-22 tuần		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Dùng Misoprostol đơn thuần	42	87,5	6	12,5	48	78,7
Dùng Misoprostol + Oxytocin	1	25,0	3	75,0	4	6,6
Dùng Oxytocin đơn thuần	0	00	1	100	1	1,6

Dùng Misoprotol kết hợp hút thai	5	100	0	0	5	8,2
Dùng Oxytoxin kết hợp hút thai	1	100	0	0	1	1,6
Dùng Misoprostol + Oxytoxin kết hợp hút TCTTC	1	100	0	0	1	1,6
Dùng Misoprostol kết hợp với Nong gấp thai	1	100	0	0	1	1,6
<b>Tổng</b>	<b>51</b>	<b>83,6</b>	<b>10</b>	<b>16,4</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

Không có trường hợp TCTTC nào sảy thai tự nhiên. Trong các trường hợp TCTTC phải can thiệp bằng thuốc, có 78,7% thai phụ được xử trí bằng phương pháp Misoprostol đơn thuần. Có 8,2% được xử trí bằng phương pháp dùng

Misoprostol và hút TCTTC và 6,6% dùng Misoprostol kết hợp với oxytocin. Chỉ có 1,6% dùng oxytocin đơn thuần. Phương pháp dùng thuốc kết hợp với nong gấp thai có 1 trường hợp.

**Bảng 3. Các thuốc sử dụng trong xử trí TCTTC theo nhóm tuổi**

Thuốc	Tuổi thai	13-18 tuần		19-22 tuần		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Dùng Misoprostol đơn thuần		48	88,9	6	11,1	54	88,5	0,008
Dùng Misoprostol kết hợp Oxytocin		2	40,0	3	60,0	5	8,2	
Oxytocin đơn thuần		1	50,0	1	50,0	2	3,3	

Có 88,5% thai phụ được dùng Misoprostol đơn thuần, 8,2% dùng Misoprostol kết hợp với Oxytocin và 3,3% dùng thuốc oxytocin đơn thuần. Trong nhóm tuổi TCTTC từ 13-18 tuần, phương pháp dùng Misoprostol đơn thuần chiếm

tỷ lệ cao nhất với 88,9%. Trong nhóm tuổi thai từ 19-22 tuần, phương pháp dùng Misoprostol kết hợp với Oxytocin chiếm tỷ lệ cao nhất 60%. Có sự khác biệt về các thuốc sử dụng giữa các nhóm tuổi thai với  $p < 0,05$ .

**Bảng 4. Tỷ lệ các tai biến, biến chứng theo nhóm tuổi thai**

Tai biến, biến chứng	Tuổi thai	13-18 tuần		19-22 tuần		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Không có chảy máu		50	98,0	8	80,0	58	95,1	0,067
Chảy máu		1	2,0	2	3,3	3	4,9	

Có 3 (4,9%) trường hợp thai phụ có TCTTC có biến chứng chảy máu trong xử trí TCTTC. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê thai với  $p > 0,05$ .

**Bảng 5. Kết quả xử trí thai chết trong buồng tử cung trong tử cung bằng thuốc**

Kết quả		13-18 tuần		19-22 tuần		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
<b>Thành công</b>		43	84,3	10	100	53	86,9
<b>Chuyển phương pháp khác</b>	Hút thai	7	13,7	0	0	7	11,5
	Nong, gấp thai	1	2,0	0	0	1	1,6
<b>Kết quả siêu âm lại</b>	Sạch hoàn toàn	51	83,6	10	16,4	61	100
	Sốt rau, sót thai	0	0	0	0	0	0

Sau khi dùng thuốc, có 86,9% các trường hợp ra thai thành công. Có 13,1% trường hợp phải chuyển phương pháp xử trí khác, trong đó có 11,5 trường hợp phải hút thai và 1,5% sử dụng phương pháp nong gấp thai. Tất cả 61 trường hợp TCTTC sau khi được xử trí siêu âm buồng tử cung sạch hoàn toàn. Không có trường hợp nào sót thai, sót rau.

#### IV. BÀN LUẬN

**Tuổi thai chết trong tử cung.** Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, tỷ lệ TCTTC có tuổi thai từ 13-18 tuần chiếm đa số với 83,6%. Có 16,4% TCTTC có tuổi thai từ 19-22 tuần. Kết quả này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng, gợi ý việc cần tăng cường quản lý thai kỳ chặt chẽ như siêu âm định kỳ, tầm soát dị tật sớm. Sự phân tích tuổi thai của TCTTC còn nhằm mục đích lựa chọn phương

pháp thích hợp để đưa thai ra khỏi buồng tử cung của người mẹ một cách an toàn, giảm thiểu các tai biến có thể xảy ra. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Quách Duy Kỳ, nhóm tuổi thai chết trong tử cung từ 13-17 tuần chiếm 60,5%, nhóm TCTTC từ 18-22 tuần chiếm 39,5%<sup>5</sup>.

**Đặc điểm lâm sàng.** Kết quả nghiên cứu này cho thấy, ra máu âm đạo và đau bụng là 2 triệu chứng lâm sàng quan trọng có ý nghĩa gợi ý các dấu hiệu bất thường của các thai phụ có thai ở giai đoạn thai từ 13-22 tuần, cần nghi đến khả năng TCTTC và chỉ định siêu âm để phát hiện. Bên cạnh đó, cũng có gần 1 nửa các trường hợp TCTTC không có triệu chứng và được phát hiện khi đi khám định kỳ, kết quả cho thấy không phải tất cả thai chết đều có biểu hiện ra

máu hay đau bụng. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của khám thai định kỳ đúng lịch. Nếu thai phụ không đi khám đúng hẹn, có thể bỏ sót các trường hợp TCTCT không triệu chứng, dẫn đến chẩn đoán muộn và tăng nguy cơ biến chứng cho mẹ (rối loạn đông máu, nhiễm trùng). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền và cộng sự tại Bệnh viện A Thái Nguyên, đối với nhóm tuổi thai chết trong tử cung từ 13-21 tuần, triệu chứng ra máu âm đạo chiếm 41,4%, đau bụng chiếm 15,5%, và có 37,9% thai phụ phát hiện khi khám thai định kỳ<sup>6</sup>.

Cách thức xử trí thai chết trong tử cung từ 13-22 tuần

Kết quả nghiên cứu cho thấy, phần lớn cần can thiệp bằng thuốc với misoprostol đơn thuần chiếm 78,7%, tiếp theo là misoprostol kết hợp với hút TCTTC (8,2%), misoprostol kết hợp oxytocin (6,6%) và oxytocin đơn thuần (1,6%); có 1 trường hợp dùng thuốc và nong gấp thai. Kết quả này phù hợp với các khuyến cáo hiện hành trong việc xử trí các thai chết trong tử cung ở tuần từ 13-22 của Bộ Y tế và Hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG)<sup>7</sup>. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, với những TCTTC, tuổi thai trên 12 tuần: Gây chuyển dạ bằng misoprostol 100 mcg, cứ 4-6 giờ/lần, ngâm dưới lưỡi hoặc đặt âm đạo. Kiểm tra và làm sạch buồng tử cung nếu còn sót rau, nếu cần dùng thêm oxytocin<sup>1</sup>. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Dung tại Thanh Hóa với nhóm tuổi thai chết trong tử cung từ 13-22 tuần, có 93,9% áp dụng phương pháp gây sẩy bằng thuốc<sup>8</sup>.

Có 88,5% thai phụ được dùng Misoprostol đơn thuần, 8,2% dùng Misoprostol kết hợp với Oxytocin và 3,3% dùng thuốc oxytocin đơn thuần. Trong nhóm tuổi TCTBCT từ 13-18 tuần, phương pháp dùng Misoprostol đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất với 88,9%. Trong nhóm tuổi thai từ 19-22 tuần, phương pháp dùng thuốc Misoprostol kết hợp với Oxytocin chiếm tỷ lệ cao nhất với 60%. Có sự khác biệt về các thuốc sử dụng giữa các nhóm tuổi thai với  $p < 0,05$ . Kết quả cho thấy Misoprostol là thuốc đầu tay trong việc xử trí các thai chết trong tử cung ở tuổi thai từ 13-22 tuần.

Trong xử trí TCTTC bằng nội khoa, mục tiêu trung tâm là khởi phát và duy trì cơn co tử cung đủ hiệu lực để gây sẩy thai. Ở thai kỳ, prostaglandin là chất điều hòa then chốt: vừa kích thích co bóp cơ tử cung, vừa làm mềm cổ tử cung và thúc đẩy xóa mở, từ đó khởi phát chuyển dạ điều trị. Trong nhóm thuốc này,

misoprostol được sử dụng rộng rãi vì hiệu quả và độ linh hoạt về đường dùng (âm đạo, ngâm dưới lưỡi/ngoài niêm, hoặc uống). So với oxytocin, thường cần truyền tĩnh mạch liên tục, đòi hỏi theo dõi sát tại cơ sở y tế, misoprostol có ưu thế đơn giản, dễ triển khai, không phụ thuộc hệ thống truyền dịch, giúp giảm ràng buộc nằm viện và thuận tiện hơn cho người bệnh. Đặc biệt ở giai đoạn 13-18 tuần, khi cổ tử cung còn "chưa chín" và nhạy cảm với oxytocin còn hạn chế, misoprostol cho tỷ lệ thành công cao trong gây sẩy/khởi phát, rút ngắn thời gian xử trí. Vì những lợi điểm về cơ chế, hiệu quả và tính thực hành này, misoprostol ngày càng trở thành lựa chọn ưu tiên trong phác đồ nội khoa xử trí TCTTC. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Dung. Theo đó, Misoprostol là thuốc để xử trí TCTTC được dùng nhiều nhất với 61,5%, tiếp theo Misoprostol kết hợp với Oxytocin (32,5%) và Oxytocin đơn thuần (6%). Có sự khác biệt giữa chỉ định gây sẩy, gây chuyển dạ TCL bằng Misoprostol và truyền Oxytocin đơn thuần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ <sup>8</sup>.

**Biến chứng.** Trong nghiên cứu, có 3 trường hợp xảy ra biến chứng chảy máu chiếm 4,9%. Tuy nhiên, mức độ chảy máu ít nên không có trường hợp nào phải truyền máu. Các trường hợp này đã được xử trí bằng sử dụng thêm thuốc cầm máu và thuốc tăng co tử cung. Nhìn chung ở các nghiên cứu gần đây thì tỷ lệ biến chứng chảy máu có xu hướng giảm, cũng bởi trình độ dân trí được nâng cao, tuyên truyền giáo dục sức khỏe được mở rộng, dịch vụ y tế ngày càng phát triển, người dân dễ dàng đến khám ở các cơ sở y tế mỗi khi cần. Chính vì vậy sản phụ được phát hiện TCTTC rất sớm giúp giảm nguy cơ chảy máu. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Quách Duy Kỳ, Có 4,6% trường hợp TCTTC có tai biến chảy máu trong các trường hợp gây sẩy thai bằng Misoprostol<sup>5</sup>.

**Kết quả xử trí thai chết trong tử cung.** Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, sau khi dùng thuốc, có 86,9% các trường hợp ra thai thành công. Có 13,1% trường hợp phải chuyển phương pháp xử trí khác, trong đó có 11,5 trường hợp phải hút thai và 1,5% sử dụng phương pháp nong gấp thai. Tại thời điểm ra viện, Tất cả 61 trường hợp TCTBCT sau khi được xử trí siêu âm buồng tử cung sạch hoàn toàn. Không có trường hợp nào sót thai, sót rau. Kết quả nghiên cứu cho thấy, phần lớn các trường hợp sử dụng các thuốc Misoprostol hoặc kết hợp với Oxytocin có hiệu quả trong việc ra thai và thầy thuốc chỉ việc

kiểm tra và làm sạch buồng tử cung. Tuy nhiên vẫn còn 1 số ít trường hợp cần phải sử dụng đến phương pháp bổ sung. Nguyên nhân dẫn đến việc phải sử dụng đến phương pháp hút và nong gấp thai có thể là do những trường hợp đó không đáp ứng với các thuốc gây chuyển dạ. Mặc dù vậy, kết quả siêu âm lại buồng tử cung sạch hoàn toàn cho thấy 100% các trường hợp TCTTC đã được xử trí triệt để, không có tình trạng sót thai hay sót rau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Quách Duy Kỳ tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Trong đó, tỷ lệ thành công trong xử trí TCTTC bằng Misoprostol chiếm 93,6%<sup>5</sup>. Trong nghiên cứu của Dương Mỹ Linh và cộng sự tại Bệnh viện đa khoa Vĩnh Long, tỷ lệ xử trí TCTTC thành công chiếm 96,67%<sup>9</sup>.

Tóm lại, những kết quả trên cho thấy rằng xử trí nội khoa bằng misoprostol là hiệu quả và an toàn cho TCTBCT từ 13-22 tuần tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, với tỷ lệ thành công cao, chuyển phương pháp hợp lý và kiểm soát hoàn toàn sản phẩm thai trước khi xuất viện.

## V. KẾT LUẬN

Trong 61 trường hợp TCTTC được xử trí, có 86,9% các trường hợp ra thai thành công. Có 13,1% trường hợp phải chuyển phương pháp xử trí khác, trong đó có 11,5 trường hợp phải hút thai và 1,5% sử dụng phương pháp nong gấp thai. Tại thời điểm ra viện, tất cả 61 trường hợp TCTBCT có siêu âm buồng tử cung sạch hoàn toàn. Không có trường hợp nào sót thai, sót rau. Về có 78,7% thai phụ được xử trí bằng phương pháp Misoprostol đơn thuần. Có 4,9% trường

hợp thai phụ có TCTBCT có biến chứng chảy máu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (Ban hành kèm theo quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ Y tế. Hà Nội, 2016.
- World Health Organization.** Stillbirth. 2021. [https://www.who.int/health-topics/stillbirth#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/stillbirth#tab=tab_1). Accessed 30/7/2024.
- Nguyễn Thị Xuân Thu.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả xử trí thai chết lưu tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Thái Nguyên, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên; 2016.
- Nông Thị Hồng Lê, Lê Hoàng, Hoàng Minh Nam, Đào Trọng Quân.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thai chết lưu từ tuần 22 trở lên tại Trung tâm Sản khoa – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Khoa học và Công nghệ, Đại học Thái Nguyên. 2024;229(05):98-104.
- Quách Duy Kỳ.** Nghiên cứu điều trị thai chết lưu tuổi thai từ 13 đến 22 tuần bằng Misoprostol tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương., Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II. Hà Nội, Đại học Y Hà Nội; 2016.
- Nguyễn Thị Huyền, Nguyễn Minh Hồng, Bùi Thanh Thủy.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thai chết lưu trên 3 tháng tại khoa Sản, Bệnh viện A Thái Nguyên. Tạp chí Y học Cộng đồng. 2025;66(2):127-132.
- American College of Obstetricians and Gynecologists.** ACOG practice bulletin no. 200: early pregnancy loss. Obstetrics and gynecology. 2018;132(5):e197-e207.
- Nguyễn Thị Dung.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí thai chết lưu tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa năm 2013. Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa Cấp 2. Đại học Y Hà Nội; 2014.
- Dương Mỹ Linh, Đoàn Hữu Nghĩa, Nguyễn Thị Mỹ Nương, Bùi Quang Nghĩa.** Kết quả điều trị thai chết lưu từ 12 tuần trở lên tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024; 76:86-91.

## KHẢO SÁT TỶ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN VIÊM PHỔI SAU ĐỘT QUY CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA CÀ MAU NĂM 2024

Huyền Ngọc Linh<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Tân<sup>1</sup>,  
Phan Thị Ngọc Diễm<sup>1</sup>, Võ Hoài Thương<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm phổi là biến chứng thường gặp và nghiêm trọng ở bệnh nhân đột quy cấp, làm gia tăng tỷ lệ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện và chi phí điều trị. Việc phát hiện sớm và kiểm soát các yếu

tổ nguy cơ là cần thiết để cải thiện tiên lượng người bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ viêm phổi và phân tích một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đột quy cấp điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau năm 2024. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 1.718 bệnh nhân đột quy cấp. Dữ liệu về dịch tễ, lâm sàng và can thiệp được thu thập và phân tích bằng phần mềm Stata 18.0, sử dụng hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Tỷ lệ viêm phổi sau đột quy là 15,37%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa gồm: giới nam ( $OR_{HC} = 1,67$ ), tuổi cao ( $OR_{HC} = 1,29$ ), điểm NIHSS cao ( $OR_{HC} = 1,67$ ), nhiều bệnh đồng mắc ( $OR_{HC} = 1,23$ ); suy giảm ý thức

<sup>1</sup>Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Cà Mau

Chịu trách nhiệm chính: Huyền Ngọc Linh

Email: drlinhcm78@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 27.10.2025