

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA THAI PHỤ DẠ SINH NON CÓ CỔ TỬ CUNG NGẮN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Vương Thị Như Quỳnh¹, Mai Trọng Hưng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thai phụ dọa sinh non có cổ tử cung (CTC) ngắn < 25mm tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dọc trên 70 thai phụ dọa sinh non điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội có CTC ngắn < 25mm. Tuổi thai được lựa chọn từ 22 tuần 0 ngày đến 34 tuần 0 ngày. Thời gian nghiên cứu từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 8 năm 2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của thai phụ là 29,1 ± 4,9 tuổi, độ tuổi thường gặp là 20 – 29 tuổi (48/70 đối tượng). Đa số các ĐTN có nơi sinh sống tại Hà Nội (43 đối tượng, chiếm 61,4%). Nghề nghiệp phổ biến của các ĐTN là công việc hành chính văn phòng và nhóm lao động tự do, lần lượt bao gồm 23 và 24 đối tượng. Cân nặng trung bình giữa các phân nhóm CTC không có sự khác biệt ($p=0,712$). Có tới hơn 1/3 số ĐTN có bệnh lý kèm theo (35,7%). Bệnh lý thường gặp là ĐĐTĐK (16%). Tỷ lệ ĐTN có tiền sử sảy thai to hoặc đẻ non khá cao, chiếm 26%. Có 9 ĐTN có tiền sử khâu vòng CTC ở thai kỳ trước (chiếm 13%). Đa số ĐTN có thai bằng hình thức tự nhiên (47 trường hợp chiếm 67,1%) và đơn thai (53 trường hợp, chiếm 75,7%). Có 17 ĐTN là song thai, trong đó đa số là IVF (15 trường hợp). Hình thái CTC thường gặp nhất là CTC hình chữ Y (87,1%), các hình thái ít gặp hơn là hình chữ I, V, U (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 99%). Chiều dài trung bình CTC của các hình thái có sự khác nhau ($p = 0,01 < 0,05$, mức tin cậy 95%). **Kết luận:** Tiền sử sảy thai to và sinh non là yếu tố nguy cơ mật thiết đối với tình trạng dọa sinh non và CTC ngắn. CTC ngắn có hình thái đa dạng, chiều dài giảm dần với các hình thái tương ứng chữ I > chữ Y > chữ V > chữ U. **Từ khóa:** Cổ tử cung ngắn, dọa sinh non, sinh non

Từ viết tắt: CTC (cổ tử cung), ĐTN (đối tượng nghiên cứu)

SUMMARY

CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN AT RISK OF PRETERM BIRTH WITH SHORT CERVIX AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and para-clinical characteristics of pregnant women at risk of preterm birth with a short cervix (<25mm) at Hanoi

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

²Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vương Thị Như Quỳnh

Email: vuongnhuquynh0508@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and Methods:** A prospective longitudinal study was conducted on 70 pregnant women at risk of preterm birth who were treated at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital and had a cervical length of less than 25mm. Gestational age ranged from 22 weeks 0 days to 34 weeks 0 days. The study period was from August 2024 to August 2025. **Results:** The average maternal age was 29.1 ± 4.9 years, with the most common age group being 20–29 years (48 out of 70 participants). Most participants resided in Hanoi (43 cases, 61.4%). Common occupations included office administration (23 cases) and freelance labor (24 cases). There was no significant difference in average weight among cervical length subgroups ($p = 0.712$). More than one-third of participants had comorbidities (35.7%), with gestational diabetes mellitus (GDM) being the most common (16%). A high proportion had a history of late miscarriage or preterm birth (26%). Nine participants had a history of cervical cerclage in previous pregnancies (13%). Most pregnancies were conceived naturally (47 cases, 67.1%) and were singleton pregnancies (53 cases, 75.7%). Seventeen cases were twin pregnancies, of which 15 were conceived via IVF. The most common cervical shape was Y-shaped (87.1%), while less common shapes included I, V, and U. These differences were statistically significant with 99% confidence. The average cervical length varied significantly among different shapes ($p = 0.01 < 0.05$, 95% confidence level). **Conclusion:** A history of late miscarriage and preterm birth is closely associated with the risk of threatened preterm labor and short cervix. Cervical morphology is diverse, with cervical length decreasing in the following order: I-shape > Y-shape > V-shape > U-shape. **Keywords:** Short cervix, threatened preterm birth, preterm birth

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đẻ non là nguyên nhân dẫn tới tử vong trẻ sơ sinh đứng hàng thứ 2 chỉ sau các dị tật bẩm sinh. Tại Việt Nam, tỷ lệ sinh non tháng hàng năm khoảng 103500 trẻ, trong đó có tới 17000 trẻ tử vong trong giai đoạn sơ sinh. Nhiều trẻ sinh non sống sót với nhiều biến chứng, bệnh tật dai dẳng suốt đời, trong đó các tổn thương thần kinh, hô hấp, tiêu hóa, nội tiết, tổn thương thính giác và thị giác...

Hiện nay đã có nhiều tiến bộ từ dự phòng đến chẩn đoán và xử trí dọa đẻ non. Trong đó cổ tử cung (CTC) đóng vai trò quan trọng và là một trong những yếu tố then chốt trong dọa đẻ non. Vì vậy việc đo và theo dõi chiều dài CTC là một trong những phương pháp quản lý các trường hợp có nguy cơ sinh non có hiệu quả và có tác động tích cực đến kết quả điều trị giữ

thai. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá các đặc điểm lâm sàng và cổ tử cung trên những thai phụ dọa sinh non có CTC ngắn < 25mm tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các thai phụ đến khám thai tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội có tuổi thai từ 22 tuần 0 ngày đến 34 tuần 0 ngày.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Tuổi thai từ 22 tuần 0 ngày đến 34 tuần 0 ngày
- Có chiều dài cổ tử cung dưới 25mm
- Thai đang phát triển

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không tính được tuổi thai chính xác
- Chuyển dạ sinh non: CTC mở > 2cm, có cơn co tử cung.
- Bệnh nhân có các chỉ định kết thúc thai kỳ vì nguyên nhân khác:

+ Thai bệnh lý: Thai dị dạng, Thai chết lưu, thai có bất thường nhiễm sắc thể

+ Bệnh lý sản khoa khác: ối vỡ non, rau bong non, tiền sản giật, hội chứng HELLP, rau tiền đạo, rau cài răng lược...

+ Mẹ mắc các bệnh lý nội khoa mãn tính: Tim mạch, hen phế quản, thận hư, suy thận, lupus, giảm tiểu cầu, tiểu đường

2.2. Thời gian địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong thời gian từ 8/2024 đến 8/2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc

Cỡ mẫu nghiên cứu: Công thức tính cỡ mẫu nghiên cứu theo ước lượng một tỷ lệ:

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

Trong đó: n: số trường hợp cần nghiên cứu

Z²: Hằng số của phân phối chuẩn. Với α = 0,05. Z_(1-α/2) = 1,96.

p: tỷ lệ thai phụ có chiều dài CTC ≤ 25mm, theo một nghiên cứu của P Kuusela⁵ năm 2021 là 4,4%. Áp dụng công thức trên, tính được cỡ mẫu lý thuyết là n = 65, thực tế thu thập được 70 đối tượng phù hợp tiêu chuẩn

• Biến số nghiên cứu:

+ Tuổi của bệnh nhân, nghề nghiệp, khu vực sinh sống, tiền sử sản khoa, tiền sử nội ngoại khoa, tuổi thai, số lượng thai, phương pháp có thai

+ Siêu âm: độ dài CTC siêu âm đường âm đạo tại thời điểm vào viện, hình dạng CTC

• Phương tiện nghiên cứu: Siêu âm sử dụng máy Volvuson E8, có đầu dò âm đạo 5MHz

• Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS, sử dụng thuật toán thống kê mô tả và các test kiểm định χ², Oneway – ANOVA

• Đạo đức nghiên cứu: - Đây là nghiên cứu mô tả, không phải nghiên cứu can thiệp, đảm bảo nguyên tắc tự nguyện, bí mật thông tin, kỹ thuật siêu âm an toàn cho thai phụ và thai nhi

- Đề tài được thông qua Hội đồng Y đức Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 70 đối tượng nghiên cứu (ĐTNC), độ tuổi dao động từ 22 – 42 tuổi, độ tuổi trung bình là 29,1 ± 4,9 tuổi.

3.1.2. Khu vực sống của đối tượng nghiên cứu.

Đa số các ĐTNC có nơi sinh sống tại Hà Nội (43 đối tượng, chiếm 61,4%). Một nhóm nhỏ ĐTNC đến từ các tỉnh thành lân cận như Hòa Bình, Nam Định, Phú Thọ, Vĩnh Phúc...

3.1.3. Nghề nghiệp của ĐTNC. Nghề nghiệp phổ biến của các ĐTNC là công việc hành chính văn phòng và nhóm lao động tự do, lần lượt bao gồm 23 và 24 đối tượng. Các nghề nghiệp khác quan sát thấy bao gồm công nhân, giáo viên, kinh doanh, y tế và nội trợ.

3.1.4. Thể trạng của ĐTNC

Bảng 3.1. Thể trạng của ĐTNC

Thông số	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Giá trị trung bình	Kiểm định phân phối chuẩn Kolmogorov-Smirnov (p)
Chiều cao (cm)	146	164	156	0,048 < 0,05
Cân nặng (kg)	46	80	60	0,024 < 0,05

Nhận xét: Chiều cao và cân nặng của ĐTNC có nhiều dao động và không có phân phối chuẩn (p < 0,05).

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa cân nặng thai phụ và chiều dài CTC

Chiều dài CTC	<5mm	6-10mm	11-15mm	16-20mm	21-25mm	Tổng	p
N	6	21	15	16	12	70	0,712
Cân nặng trung bình	58,8	62,3	59,2	59,4	59,9	60,3	

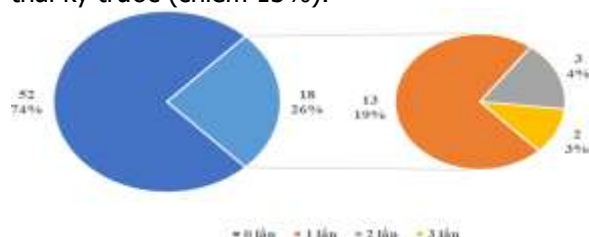
Nhận xét: Cân nặng trung bình giữa các phân nhóm CTC không có sự khác biệt (p=0,712)

3.1.5. Bệnh lý kèm theo của thai phụ**Biểu đồ 3.1. Bệnh lý kèm theo của ĐTNC**

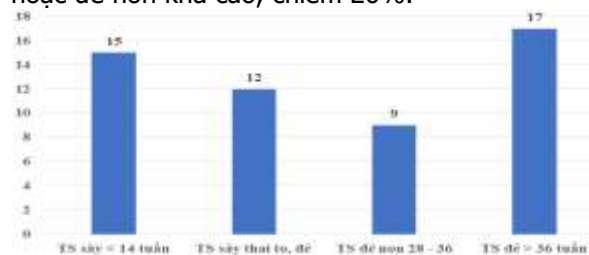
Nhận xét: Có tới hơn 1/3 số ĐTNC có bệnh lý kèm theo (35,7%). Bệnh lý thường gặp là đái tháo đường thai kỳ (16%)...

3.1.6. Tiền sử sản khoa của thai phụ

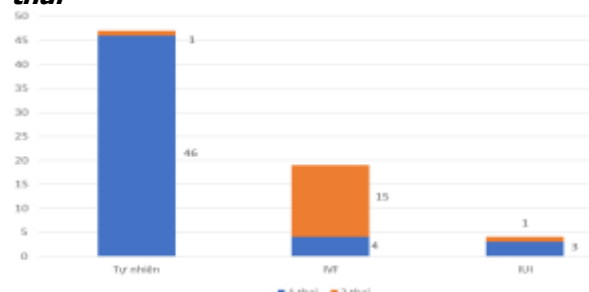
- Có 9 ĐTNC có tiền sử khâu vòng CTC ở thai kỳ trước (chiếm 13%).

**Biểu đồ 3.2. Tiền sử sảy thai to và đẻ non của ĐTNC**

Nhận xét: Tỷ lệ ĐTNC có tiền sử sảy thai to hoặc đẻ non khá cao, chiếm 26%.

**Biểu đồ 3.3. Tiền sử sản khoa của ĐTNC**

Nhận xét: Trong 18 ĐTNC có tiền sử đẻ non < 36 tuần có 12 ĐTNC có tiền sử sảy thai to, đẻ non 14 – 27 tuần, 9 đối tượng đẻ non từ 28 – 36 tuần.

3.1.7. Phương pháp có thai và số lượng thai**Biểu đồ 3.4. Phương pháp có thai và số lượng thai của ĐTNC**

Nhận xét: Đa số ĐTNC có thai bằng hình thức tự nhiên (47 trường hợp chiếm 67,1%) và đơn thai (53 trường hợp, chiếm 75,7%).

3.2. Đặc điểm siêu âm chiều dài và hình dạng CTC**Bảng 3.3. Hình dạng CTC và chiều dài CTC**

Hình dạng CTC	N	Tỷ lệ (%)	Chiều dài trung bình (mm)	Độ lệch chuẩn (mm)
I	4	5,7	23,7	1,9
Y	61	87,1	13,7	5,8
V	3	4,3	10,7	6,6
U	2	2,9	4,0	0,0
Tổng	70	100	13,9	6,3
p		0,00	0,01	

Nhận xét: Hình thái CTC thường gặp nhất là CTC hình chữ Y (87,1%), các hình thái ít gặp hơn là hình chữ I, V, U (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 99%). Chiều dài trung bình CTC của các hình thái có sự khác nhau ($p = 0,01 < 0,05$, mức tin cậy 95%).

IV. BÀN LUẬN**4.1. Bàn luận về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

4.1.1. Bàn luận về tuổi của đối tượng nghiên cứu. Một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu của tác giả Soo-Hyunc Cho năm 2017 trên 3296 thai phụ đơn thai cho thấy không có sự khác biệt về tuổi của mẹ giữa hai nhóm đối tượng có chiều dài CTC > 25mm và nhóm có chiều dài CTC < 25mm (32,8 và 32,5 tuổi, $p = 0,414$). Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện trên nhóm ĐTNC có chiều dài CTC < 25mm cho tuổi mẹ trung bình là 29,1 + 4,9 tuổi. Độ tuổi thường gặp nhất là 20 – 29 tuổi (chiếm 68,6%).

4.1.2. Bàn luận về nơi sống của đối tượng nghiên cứu. Bệnh viện phụ sản Hà Nội là bệnh viện tuyến chuyên khoa sâu về Sản phụ khoa nói chung và sản bệnh nói riêng, hàng năm bệnh viện đón tiếp khoảng 40000 – 50000 ca sinh và gần 1 triệu lượt khám chữa bệnh, đa số nguồn bệnh nhân tại chỗ của thành phố Hà Nội và các tỉnh thành lân cận, đặc biệt bệnh viện Phụ sản Hà Nội cũng là bệnh viện tuyến cuối thực hiện chỉ đạo tuyến cho nhiều tỉnh phía Bắc như Bắc Giang, Bắc Kạn, Bắc Ninh, Vĩnh Phúc.

4.1.3. Bàn luận về nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Nhiều nghiên cứu chỉ ra hoạt động thể lực nặng và điều kiện lao động trong quá trình mang thai có liên quan đến nguy cơ sinh non và chiều dài cổ tử cung ngắn. Các nghiên cứu này cũng cho kết quả tương tự với một nghiên cứu đoàn

hệ tương lai với cỡ mẫu lớn 99 744 đối tượng thai phụ, cho kết quả aOR của dọa sảy thai và dọa đẻ non lần lượt là 1,47 và 1,63 khi so sánh 2 nhóm phụ nữ mang thai có lao động và không lao động. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các thai phụ trước thời điểm nhập viện đều đang làm việc với những công việc khác nhau, trong đó nhóm làm việc hành chính văn phòng và lao động tự do chiếm tỷ lệ chính.

4.1.4. Bàn luận về thể trạng của đối tượng nghiên cứu. Các yếu tố như cân nặng, chiều cao và BMI là các yếu tố có mối liên quan chưa được rõ ràng. Nghiên cứu của Karolien (1999) cho thấy chiều cao và cân nặng cũng như chỉ số khối cơ thể dường như không có mối liên quan. Trong 70 ĐTNC của chúng tôi chiều cao và cân nặng sự dao động lớn. Chiều cao trung bình của các ĐTNC là 156cm, cân nặng trung bình là 60mm (Bảng 3.1). Khi phân tích mối liên quan giữa cân nặng của ĐTNC và chiều dài CTC cũng không thấy sự khác biệt về cân nặng trung bình giữa các nhóm phân loại CTC (Bảng 3.2).

4.1.5. Bàn luận về các bệnh lý kèm theo của ĐTNC. Các bệnh lý nội khoa kèm theo như rối loạn tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý gan...không được báo cáo có ảnh hưởng tới chiều dài cổ tử cung. Tuy nhiên các bệnh lý này phần lớn làm tăng nguy cơ sinh non trong thai kỳ. Tăng huyết áp làm tăng nguy cơ lên gấp 1,6 lần trong nghiên cứu của tác giả Janssen (2022), đái tháo đường thai kỳ thường gây ra tình trạng đa ối và đây cũng là yếu tố nguy cơ dẫn tới sinh non. Trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 20% đối tượng có bệnh lý đái tháo đường hoặc rối loạn tăng huyết áp, bệnh tim mạch kèm theo. Một số trường hợp mắc bệnh viêm gan B và các bệnh lý khác như bệnh tuyến giáp kèm theo (Biểu đồ 3.1).

4.1.6. Bàn luận về tiền sử sản khoa của ĐTNC. Tiền sử sinh non là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu của sinh non trong lần mang thai tiếp theo. ISOUG đã có hướng dẫn quản lý và siêu âm CTC thường quy cho từng nhóm đối tượng dựa vào có tiền sử sinh non hay không. Nghiên cứu của Tingleff (2022) trên 213 335 phụ nữ sinh con từ 1999 – 2014 cho kết quả tiền sử sinh non thai kỳ trước là yếu tố nguy cơ chính của sinh non.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận một tỷ lệ cao thai phụ có tiền sử sảy thai to và sinh non (26%). Trong đó 19% ĐTNC sinh non 1 lần, 4% sinh non 2 lần và 3% sinh non 3 lần (Biểu đồ 3.2). Khi thống kê tuần thai sinh non ở thai kỳ trước, chúng tôi quan sát thấy có 12 đối tượng sảy thai và sinh non từ 14 – 27 tuần, 9 đối tượng có tiền sử sinh non 28 – 36

tuần (Biểu đồ 3.3).

4.1.7. Bàn luận về phương pháp có thai và số lượng thai của đối tượng nghiên cứu

• Phương pháp có thai. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận khoảng 2/3 các trường hợp hỗ trợ sinh sản, và chủ yếu là IVF (19 trường hợp) và chỉ có 3 đối tượng IUI (Biểu đồ 3.4). Nghiên cứu gần đây của tác giả Marie-Josée Gervoise-Boyer năm 2023 cho thấy sinh non xảy ra ở 7,7% các trường hợp chuyển phôi tươi và 6,2% các trường hợp chuyển phôi trữ đông (aOR = 1,34). Nghiên cứu của tác giả Jessica N. Sanders (2022) trên 490 đối tượng vô sinh được hỗ trợ sinh sản cho tỷ lệ OR đối với sinh non của thai phụ dùng thuốc kích trứng là 2,17, với thai IUI là 3,17 và với thai IVF là 4,24. Tác giả này cũng kết luận các biện pháp hỗ trợ sinh sản như IVF, IUI hoặc kích trứng đều liên quan chặt chẽ tới tăng tỉ lệ sinh non và trẻ nhẹ cân, chủ yếu do đa thai.

• **Số lượng thai.** Tỷ lệ đa thai trong nghiên cứu là 24,3% (17 đối tượng), trong đó chủ yếu là IVF, chỉ có một trường hợp song thai tự nhiên và 1 trường hợp song thai IUI (Biểu đồ 3.4). Đa thai là yếu tố nguy cơ sinh non được xác định rõ ràng từ cơ chế bệnh sinh do sự căng giãn quá mức của tử cung và làm ngắn lại CTC. Công bố của Job Klumper (2024) dựa trên dữ liệu dân số từ 1 447 689 ca đơn thai và 23 250 ca đa thai cho thấy tỷ lệ sinh non ở đơn thai dao động từ 5,0 – 5,5%, trong khi đó tỷ lệ sinh non ở đa thai là 52,3 – 54,1%.

4.2. Bàn luận về đặc điểm siêu âm CTC

Bảng 3.3. Hình dạng CTC và chiều dài CTC. Hiệp hội siêu âm Sản phụ khoa thế giới (ISOUG) đã có hướng dẫn kỹ thuật đo chiều dài CTC với các tiêu chuẩn cụ thể chi tiết, hạn chế sai số. Các nguyên tắc cơ bản bao gồm mặt cắt quan sát được toàn bộ lỗ trong CTC, lỗ ngoài CTC và kênh CTC, hình ảnh phóng đại 50 – 75%, đo 3 lần và lấy giá trị CTC ngắn nhất, tránh tì đè gây dài CTC giả tạo... Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chiều dài CTC trung bình của các hình thái chữ I, Y, V, U lần lượt là 23,7mm, 13,7mm, 10,7mm, 4,0mm. Chiều dài trung bình CTC giảm dần theo các hình thái kể trên ($p = 0,01 < 0,05$, mức tin cậy 95%).

V. KẾT LUẬN

Tiền sử sảy thai to và sinh non là yếu tố nguy cơ mật thiết đối với tình trạng dọa sinh non và CTC ngắn. CTC ngắn có hình thái đa dạng, chiều dài giảm dần với các hình thái tương ứng chữ I > chữ Y > chữ V > chữ U.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anne K. Driscoll DME. Infant mortality in the United States: provisional data from the 2023 period linked birth/infant death file. Vital Neonatal Statistics System. 2023.
2. Ahmed AM, Grandi SM, Pullenayegum E, et al. Short-Term and Long-Term Mortality Risk After Preterm Birth. JAMA Netw Open. 2024;7(11):e2445871.
3. Venkatesh KK, Manuck TA. Maternal body mass index and cervical length among women with a history of spontaneous preterm birth†. J Matern Fetal Neonatal Med. 2020;33(5):825-830. doi:10.1080/14767058.2018.1505856
4. Janssen LE, de Boer MA, von Königslöw ECE, Oudijk MA, de Groot CJM. The association between spontaneous preterm birth and maternal hypertension in the fifth decade of life: a retrospective case-control study. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2023;130(5):507-513. doi:10.1111/1471-0528.17368
5. Coutinho CM, Sotiriadis A, Odibo A, et al. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in the prediction of spontaneous preterm birth. Ultrasound Obstet Gynecol. 2022;60(3):435-456. doi:10.1002/uog.26020
6. Tingleff T, Vikanes Å, Räisänen S, Sandvik L, Murzakanova G, Laine K. Risk of preterm birth in relation to history of preterm birth: a population-based registry study of 213 335 women in Norway. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2022; 129(6): 900-907. doi:10.1111/1471-0528.17013
7. Li J, Shen J, Zhang X, et al. Risk factors associated with preterm birth after IVF/ICSI. Sci Rep. 2022;12(1):7944. doi:10.1038/s41598-022-12149-w
8. Sanders JN, Simonsen SE, Porucznik CA, Hammoud AO, Smith KR, Stanford JB. Fertility treatments and the risk of preterm birth among women with subfertility: a linked-data retrospective cohort study. Reprod Health. 2022;19(1):83. doi:10.1186/s12978-022-01363-4
9. Klumper J, Ravelli ACJ, Roos C, Abu-Hanna A, Oudijk MA. Trends in preterm birth in the Netherlands in 2011–2019: A population-based study among singletons and multiples. Acta Obstet Gynecol Scand. 2024;103(3):449-458. doi:10.1111/aogs.14684
10. ISUOG. Role of ultrasound in the prediction of spontaneous preterm birth. Accessed October 17, 2025. <https://www.isuog.org/resource/isuog-practice-guidelines-preterm-birth-pdf.html>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Phạm Thị Cẩm Hưng¹, Nguyễn Việt Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng tại khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Đa số người bệnh có độ tuổi từ 30-49 (45,28%) và 50-69 (28,3%), giới tính là nam (64,15%); Đa số người bệnh có tiền sử bệnh lý DD-TT (42,45%) và sử dụng rượu (37,74%); Triệu chứng đi ngoài phân đen là triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất khi bệnh nhân vào viện (63,21%). Triệu chứng toàn thân chủ yếu là hoa mắt chóng mặt và da niêm mạc nhợt (50%); Đa số bệnh nhân có mức độ mất máu nặng (50%). **Kết luận:** Đa số người bệnh có triệu chứng đi ngoài phân đen (6,21%), hoa mắt chóng mặt, da niêm mạc nhợt (50%), mức độ mất máu nặng (50%).

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH UPPER

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Cẩm Hưng
Email: phamcamhungal@gmail.com
Ngày nhận bài: 25.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025
Ngày duyệt bài: 28.11.2025

GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO PEPTIC ULCERS AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics of patients with upper gastrointestinal bleeding caused by peptic ulcers at the Department of Gastroenterology, 108 Military Central Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted. **Results:** Most patients were aged between 30–49 years (45.28%) and 50–69 years (28.3%), with a male predominance (64.15%). A high proportion of patients had a history of peptic ulcer disease (42.45%) and alcohol consumption (37.74%). The most common presenting symptom was melena (63.21%). The predominant systemic symptoms included dizziness and pale mucous membranes (50%). Notably, 50% of the patients presented with severe blood loss. **Conclusion:** The majority of patients presented with melena (63.21%), dizziness and pallor of mucous membranes (50%), and exhibited severe blood loss (50%).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) trên là một cấp cứu thường gặp trong nội khoa và ngoại khoa, tần suất mắc bệnh thay đổi từ 50- 150 trên 100000 dân, tỷ lệ tử vong trong bệnh viện lên tới 33%. Tại các bệnh viện của Mỹ, hàng năm ước tính điều trị khoảng 100000 bệnh nhân [1].