

chéo trước tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2019 – 2020, Luận văn Bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Hồ Trường Toàn.

4. **Trần Công Hoan (2019)**, “Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ trong chấn thương khớp gối”, Tạp chí Y học thực hành, 837(6).
5. **Trần Trọng Nhân (2016)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và đánh giá kết quả tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng mảnh ghép gân mạc bên dài và XO-button qua nội soi tại Bệnh viện Quân y 121 Cần Thơ, Luận văn Bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. **Bùi Công Sỹ, Đỗ Quốc Cường, Đào Quang**

Hội (2022), “Kết quả điều trị nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng phương pháp tất cả bên trong tại Bệnh viện Quân Y 175”, Tạp chí y học Việt Nam, 513(1).

7. **Huỳnh Lê Anh Vũ (2006)**, Phân tích đặc điểm hình ảnh và giá trị chẩn đoán của cộng hưởng từ trong tổn thương dây chằng chéo khớp gối do chấn thương, Luận văn thạc sĩ y học chuyên ngành Chẩn đoán hình ảnh, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **A. & Jarusriwana Laoruengthana, A (2019)**, Imaging ACL reconstruction and their complications, Diagnostic and Interventional Imaging, 96, (1).

MÔ TẢ KẾT CỤC THAI KỲ Ở SẢN PHỤ ĐIỀU TRỊ DỌA SINH NON TẠI KHOA PHỤ SẢN BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

Bùi Văn Hiếu¹, Trần Khắc Quang¹, Nguyễn Thị Hoàng Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị dọa sinh non và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ở bệnh nhân điều trị dọa sinh non tại khoa Phụ sản Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 132 sản phụ chẩn đoán dọa sinh non, đang điều trị tại Khoa Sản, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 01/2023 đến 01/2024. Tiêu chí bao gồm đơn thai, tuổi thai từ 22–37 tuần và hồ sơ bệnh án đầy đủ. Dữ liệu về tiền sử sản khoa, triệu chứng lâm sàng, siêu âm đo chiều dài kênh cổ tử cung và kết cục thai kỳ được thu thập và phân tích thống kê mô tả. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $29,2 \pm 5,1$ tuổi. Tỷ lệ có tiền sử nạo, hút thai chiếm 17,4%; tiền sử sinh non 12,9%; tiền sử sảy thai 12,1%. Triệu chứng đau bụng xuất hiện ở 79,5% trường hợp, ra dịch nhầy hồng âm đạo 56,1%. Chiều dài kênh cổ tử cung trung bình đo qua siêu âm ngã âm đạo là $28,1 \pm 3,9$ mm. Tỷ lệ sinh đủ tháng đạt 49,2%, sinh non 50,8%, trong đó 26,5% sinh trước 34 tuần, và tỷ lệ thai lưu là 1,5%, các yếu tố như chiều dài cổ tử cung, tình trạng viêm nhiễm và hình ảnh căn ổ trên siêu âm có liên quan đến kết quả điều trị. **Kết luận:** Dọa sinh non là tình trạng thường gặp với các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng rõ rệt. Tỷ lệ sinh non cao, đặc biệt trước 34 tuần, cho thấy nhu cầu can thiệp sớm và theo dõi sát nhằm cải thiện kết cục thai kỳ.

Từ khóa: Dọa sinh non; kết cục thai kỳ; sinh non; chiều dài cổ tử cung.

SUMMARY

DESCRIPTION OF PREGNANCY OUTCOMES IN WOMEN TREATED FOR THREATENED PRETERM LABOR AT THE DEPARTMENT OF

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Hiếu

Email: hieubv@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

OBSTETRICS, HAI PHONG MEDICINE UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Description of treatment outcomes for threatened preterm labor and associated factors influencing treatment efficacy in patients managed for threatened preterm labor at the Department of Obstetrics, Hai Phong Medicine University Hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 132 pregnant women diagnosed with preterm labor and receiving treatment at the Obstetrics Department of Hai Phong Medicine University Hospital between January 2023 and January 2024. **Results:** The mean age of the study participants was 29.2 ± 5.1 years. The prevalence of preterm labor was 17.4% in women with a history of abortion, 12.9% in those with a history of preterm birth, and 12.1% in those with a history of miscarriage. Clinically, 79.5% of the women presented with abdominal pain, and 56.1% had pink vaginal discharge. The mean cervical length was 28.1 ± 3.9 mm. Regarding pregnancy outcomes, 49.2% of the women delivered at full term, while 50.8% experienced preterm birth, with 26.5% delivering before 34 weeks. The stillbirth rate was 1.5%. Factors such as cervical length, intrauterine infection status, and the presence of amniotic debris on ultrasound are associated with treatment outcomes. **Conclusion:** Threatened preterm birth is prevalent and exhibits specific clinical and subclinical features. The associated pregnancy outcomes can have significant implications for maternal and neonatal health, underscoring the need for prompt preventive strategies and interventions to enhance outcomes.

Keywords: Threatened preterm birth, pregnancy outcomes, preterm birth, cervical length.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dọa sinh non là một tình trạng y khoa nghiêm trọng trong sản khoa, được định nghĩa là sự xuất hiện các cơn co tử cung đều đặn và/hoặc có sự thay đổi ở cổ tử cung (CTC) ở tuần thai từ 22 đến trước 37 tuần [1]. Trẻ sinh

non có nguy cơ cao gặp phải các biến chứng nghiêm trọng như suy hô hấp, xuất huyết não, viêm ruột hoại tử, nhiễm trùng huyết, và các vấn đề về phát triển thần kinh dài hạn. Tại Việt Nam, tỷ lệ sinh non cũng đang là một thách thức lớn trong công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Việc hiểu rõ đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của dọa sinh non cũng như đánh giá kết cục thai kỳ của các sản phụ được điều trị dọa sinh non là vô cùng cần thiết để có thể đưa ra các biện pháp dự phòng, chẩn đoán và can thiệp kịp thời, hiệu quả. Các nghiên cứu đã chỉ ra nhiều yếu tố nguy cơ liên quan đến dọa sinh non như tiền sử sinh non, đa thai, nhiễm trùng đường tiết niệu, bất thường tử cung, và tiền sử nạo hút thai. Tuy nhiên, đặc điểm cụ thể của sản phụ dọa sinh non và kết cục thai kỳ của họ có thể khác nhau tùy theo từng quần thể nghiên cứu và cơ sở y tế. Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng là một trong những cơ sở y tế lớn, tiếp nhận và điều trị nhiều trường hợp sản phụ dọa sinh non. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu chuyên sâu nào đánh giá một cách toàn diện về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ của nhóm đối tượng này tại bệnh viện. Với những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Mô tả kết cục thai kỳ ở sản phụ điều trị dọa sinh non tại khoa Phụ sản Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2023" với mục tiêu: *Mô tả kết cục thai kỳ và một số yếu tố liên quan đến kết cục thai kỳ ở sản phụ điều trị dọa sinh non tại khoa Phụ sản Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Sản phụ được chẩn đoán và điều trị dọa sinh non tại Khoa Sản, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Sản phụ có thai từ 22 tuần đến dưới 37 tuần.

• Có triệu chứng dọa sinh non: cơn co tử cung có chu kỳ, kèm theo hoặc không kèm theo thay đổi cổ tử cung (chiều dài CTC ≤ 25mm hoặc xóa mở cổ tử cung).

• Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Sản phụ có chống chỉ định dùng thuốc giảm co.

- Thai dị tật bẩm sinh nặng.
- Thai chết lưu trước khi nhập viện.
- Sản phụ có bệnh lý nội khoa nặng không cho phép tiếp tục thai kỳ.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Sản, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Công thức cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z^2 \cdot aP(1 - P)}{d^2}$$

n: số bệnh nhân cần nghiên cứu

P= 0.893 (Tỷ lệ điều trị thành công dọa đẻ non dựa theo nghiên cứu "Thực trạng điều trị dọa đẻ non tại khoa Sản bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên năm 2017"- Nguyễn Thị Kim Tiến.

Z: độ tin cậy của xác suất, với α = 0,05 thì Z = 1.96; d = 5%. Thay vào công thức ta có n = 150 → Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là: 150

Cỡ mẫu chúng tôi thu thập được là 151.

2.4. Xử lý số liệu. Phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng tần số, tỷ lệ phần trăm đối với biến định tính. Phân tích hồi quy đa biến để tìm mối liên quan giữa kết cục thai kỳ trong điều trị dọa sinh non và các yếu tố liên quan

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện sau khi có sự đồng ý của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của sản phụ dọa sinh non

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	Số thai phụ	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai phụ		
<20	7	4.6
21-30	79	52.3
31-34	31	20.5
>35	34	22.5
Tuổi trung bình	X±SD = 29.56±5.382	
Nghề nghiệp		
Lao động trí óc	93	61.6
Lao động chân tay	58	38.4
Địa dư		
Hải Phòng	121	80.1
Các tỉnh khác	30	19.9
Tiền sử sản khoa		
Sẩy, nạo, hút	40	26,9
Tiền sử sinh non	10	6,6
Con lần 1	69	45,7
Con lần 2	40	26,5
Con lần ≥3	42	27,8
Bệnh lý mang thai lần này		
Tiền sử nội ngoại khoa	8	5,3%

Tăng huyết áp thai kỳ/Tiền sản giật	3	2%
Đái tháo đường thai kỳ	21	13,9%
Viêm nhiễm đường sinh dục	5	3,3%
Hở eo tử cung	2	1,3%
Không mắc bệnh lý khi mang thai	112	74,2%
Tuổi thai vào viện		
Từ tuần 22-27	29	19.2
Từ tuần 28-32	41	27.2
Từ tuần 33-34	39	25.8
Từ tuần 35 -37	42	27.8
Tuổi thai trung bình	X±SD = 31,40±4.084	

Nhận xét: Đa số sản phụ trong độ tuổi sinh đẻ. Hầu hết sản phụ mang thai con so, không mắc bệnh lý trước khi mang thai. Tuổi thai khi vào viện chủ yếu ở quý 3 thai kỳ.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sản phụ dọa sinh non

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng của đôi tượng nghiên cứu

Triệu chứng lâm sàng	n	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện		
Đau bụng	245	98,7
Ra dịch âm đạo	33	13,2
Ra máu âm đạo	74	29,8
Cơ co tử cung		
Không có cơ co	3	1.3
Thừa nhẹ	238	96.0
Có cơ co trên lâm sàng	7	2.7
Độ mở cổ tử cung		
Đóng kín	77	31.1
Lọt ngón tay	145	58.3
Mở ≤ 2cm	23	9.3
Mở ≥ 3cm	3	1.3
Mật độ cổ tử cung		
Chắc	227	91.4
Mềm	21	8.6
Bishop		
≤6	243	98.0
6-9	5	2.0
>9	0	0.0

Nhận xét: Hầu hết sản phụ vào viện vì đau bụng và chủ yếu cơ co tử cung thừa nhẹ trên lâm sàng. Đa số các sản phụ có cổ tử cung đóng kín và lọt ngón tay, mật độ cổ tử cung chắc và Bishop ≤ 6.

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng của đôi tượng nghiên cứu

Đặc điểm cận lâm sàng	n	Tỷ lệ (%)
Chiều dài CTC		
<10mm	18	7,3
10-25 mm	59	23,8
25-30 mm	26	10,6

>30 mm	145	58,3
Lô trong CTC		
I	171	68,9
V	59	23,8
U	18	7,3
Tần số cơn co tử cung		
Không có cơn co	3	1,3
1	190	76,8
2	48	19,2
≥3	6	2,7
Cường độ cơn co		
≤50 mmHg	158	63.6
50-70mmHg	59	23.8
>70mmHg	31	12.6

Nhận xét: Đa số các sản phụ có chiều dài CTC > 30m và lô trong CTC hình chữ I (68,9%). Khi theo dõi CTG, hầu hết các sản phụ có cơn co tử cung tần số 1 và cường độ chủ yếu < 50 mmHg.

3.3. Phương pháp điều trị của đôi tượng nghiên cứu.

Bảng 4: Phương pháp điều trị của đôi tượng nghiên cứu

Phương pháp điều trị	n	Tỷ lệ (%)	
Giảm co	242	97,4	
Cắt cơn co	117	47,0	
Nội tiết	89	35,8	
Khâu vòng CTC	Dự phòng	14	9,27
	Cấp cứu	6	3,97
Corticoid	35	23,3	
Kháng sinh	44	29,14	

Nhận xét: Trong các phương pháp điều trị được áp dụng, giảm co là phương pháp phổ biến nhất, được sử dụng ở 97,4% số trường hợp. Cắt cơn co được áp dụng cho 47% đối tượng, đứng thứ hai về mức độ sử dụng. Tiếp theo là nội tiết với tỷ lệ 35,8%. Khâu vòng CTC chiếm tỉ lệ điều trị thấp nhất.

3.4. Kết cục thai kỳ của đôi tượng nghiên cứu

Bảng 5: Kết quả điều trị của đôi tượng nghiên cứu

Kết quả điều trị	n	Tỷ lệ (%)
Thành công	87	57.62
Đẻ non trong vòng 48h	17	11.26
Đẻ non sau 48h	47	31.12

Nhận xét: Tỷ lệ thành công trong điều trị chiếm phần lớn các trường hợp. Tỷ lệ sinh non sau 48 giờ chiếm 31,12%. Nhóm có tỷ lệ ít nhất là sinh non trong vòng 48 giờ, chỉ chiếm 11,26%.

Bảng 6: Thời gian kéo dài thai kỳ

	Tuần 22-27		Tuần 28-32		Tuần 33-34		Tuần 35-37	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤48h	1	0.7	1	0.7	5	3.3	18	11.9

3-7 ngày	1	0.7	3	2.0	2	1.3	7	4.6
8 ngày-2 tuần	0	0	0	0	3	2.0	5	3.3
2-3 tuần	0	0	3	2.0	6	4.0	6	4.0
3-4 tuần	0	0	2	1.3	10	6.6	5	3.3
>4 tuần	27	17.9	32	21.2	13	8.6	1	0.7
Tổng	29	19.2	41	27.2	39	25.8	42	27.8
p	0.001							

Nhận xét: Nhóm tuổi thai 28-32 tuần điều trị kéo dài tuổi thai hơn 4 tuần chiếm tỷ lệ 21.2% cao hơn các nhóm khác. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Tỷ lệ thai phụ giữ thai > 48h là 83,4%.

Bảng 7: Tuổi thai kết thúc thai kỳ

Tuổi thai kết thúc thai kỳ	n	Tỷ lệ (%)	$\bar{X} \pm SD$	Min - max
<28 tuần	2	1.3	25.50 ± 0,707	25 - 26
Từ 28 - dưới 32 tuần	3	2.0	31.00 ± 0.000	31 - 31
Từ 32 - dưới 37 tuần	59	39.1	34.98 ± 1.293	32 - 36
≥37 tuần	87	57.6	37.56 ± 0.659	37 - 39
Tổng	151	100.0		

Nhận xét: Trong tổng số 151 trường hợp, 57,6% trường hợp kết thúc thai kỳ ≥37 tuần và 42,4% sinh non (<37 tuần). Trong đó, phần lớn sinh non là sinh non muộn (59/64 trường hợp), trong khi các nhóm sinh <28 tuần và 28 tuần – dưới 32 tuần chiếm số lượng rất nhỏ.

3.5. Môi liên quan giữa kết quả điều trị và các yếu tố liên quan

Bảng 8: Phân tích hồi quy đa biến đánh giá môi liên quan giữa kết quả điều trị và các yếu tố liên quan

Biến số	B	OR	95% CI	p
Chiều dài CTC ≤25mm	1.034	2.813	1.15-6.88	0.023
Phối hợp thuốc trong điều trị	-1.234	0.29	0.12-0.71	0.007
Cổ tử cung không diễn tiến thêm sau điều trị	1.271	3.57	0.23-55.86	0.385
Cắt được cơ co tử cung sau điều trị	-4.030	0.018	0.001-0.25	0.001

Nhận xét: Chiều dài cổ tử cung ≤ 25mm là một yếu tố nguy cơ có ý nghĩa thống kê ($p = 0.009$). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc phối hợp các phương pháp điều trị và cắt được cơ co tử cung sau điều trị với tỷ lệ trẻ sinh non ($p < 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn sản phụ dọa sinh non thuộc nhóm tuổi sinh sản 21–30 (52,3%), tương đồng với kết quả

ở bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên (2019) khi nhóm tuổi 21–35 chiếm tỷ lệ cao [2]. Nhóm nghề nghiệp trí thức chiếm 61,6%, khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Tiến khi ghi nhận tỷ lệ cao hơn ở nhóm lao động tay chân [2]. Sản phụ mang thai lần đầu chiếm tỷ lệ cao nhất (45,7%), phù hợp với nghiên cứu ở Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên [2]. Về tiền sử sản khoa, tỷ lệ sản phụ có tiền sử nạo hút thai là 17,4%, tiền sử sinh non là 12,9% và tiền sử sảy thai là 12,1%. Những con số này nhấn mạnh tầm quan trọng của tiền sử sản khoa trong việc đánh giá nguy cơ dọa sinh non, đặc biệt là tiền sử sinh non và sảy thai có thể cho thấy một tiền sử bất thường ở cổ tử cung hoặc tử cung. Đái tháo đường thai kỳ (13,9%) và viêm nhiễm đường sinh dục (3,3%) là hai bệnh lý thường gặp, đã được xác nhận là yếu tố nguy cơ trong nghiên cứu trước đây [3].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng: Phần lớn sản phụ nhập viện vì đau bụng (98,7%), ra máu âm đạo (29,8%) hoặc ra dịch âm đạo (13,2%) là triệu chứng thường gặp trong dọa sinh non. Tỷ lệ có cơn co tử cung là 96%, trong khi cổ tử cung còn chắc chiếm 91,4%, phù hợp với báo cáo của Nguyễn Thị Thu Hương (2021)[4]. Đa số sản phụ có cổ tử cung chưa mở rõ (89,4%) và điểm Bishop ≤ 6 (98%), phản ánh giai đoạn chưa hoạt động của chuyển dạ, phù hợp tiêu chuẩn chẩn đoán dọa sinh non của ACOG 2023 [1].

Đặc điểm cận lâm sàng: Chiều dài CTC > 30 mm ở 58,3%, tuy nhiên có 31,1% < 25 mm. Lỗ trong mở hình V/U gặp ở 31,1%. CTG ghi nhận cơn co thưa ở 78% sản phụ, phù hợp với nhận định của Goldenberg rằng các cơn co không đều là biểu hiện lâm sàng phổ biến nhưng không đặc hiệu của dọa sinh non [5]. Các đặc điểm này giúp nhận diện sản phụ nguy cơ cao và định hướng can thiệp kịp thời.

4.3. Phương pháp điều trị của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu, 97,4% sản phụ được điều trị bằng thuốc giảm co, tương đồng với mức áp dụng 90–98% trong đánh giá Cochrane của Dodd và cộng sự [6]. Corticoid chỉ được dùng ở 23,3% ca. Tại Việt Nam, Nguyễn Thành Lâm ghi nhận 52% sản phụ đủ điều kiện được dùng corticoid, phản ánh chênh lệch giữa lý thuyết và thực hành [7]. Khâu vòng cổ tử cung dự phòng chiếm 9,3%, tương ứng với tỷ lệ 5–15% trong đánh giá của Owen và cộng sự (Cochrane 2023) cho nhóm nguy cơ cao [8]. Progesterone được dùng ở 35,8% ca, phù hợp với nghiên cứu khác ghi nhận 30–40% sử dụng để

phòng tái phát sinh non [2]. Phối hợp corticoid, cắt cơn co và progesterone tại Việt Nam cho kết quả trì hoãn sinh trung bình 48–72 giờ, tương tự quốc tế [9]. Nhìn chung, cơ cấu điều trị của nghiên cứu tương đồng với bằng chứng quốc tế, nhưng cần tăng tỉ lệ sử dụng corticoid và tối ưu chỉ định kháng sinh.

4.4. Kết cục thai kỳ của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ điều trị thành công: Trong nghiên cứu, tỷ lệ điều trị thành công đạt 57,6% tức giữ được thai đến đủ tháng; 31,1% sinh non sau 48h và 11,3% sinh non trong vòng 48h. So với nghiên cứu của Nguyễn Thành Lâm (85,5%) và Phạm Thị Oanh (76,7%), kết quả của chúng tôi thấp hơn [7],[9]. Sự khác biệt có thể do nhóm đối tượng vào viện chủ yếu ở tuổi thai ≥ 35 tuần, thời điểm không còn chỉ định corticoid và ít khi dùng thuốc giảm co. Ngoài ra, một số bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao như tiền sử sinh non, cổ tử cung ngắn, nhiễm trùng hoặc bệnh nội khoa, đây là yếu tố làm giảm hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, tỷ lệ sinh trong vòng 48h chỉ 11,3% cho thấy đa phần đã trì hoãn chuyển dạ, đủ thời gian để can thiệp trưởng thành phổi, góp phần cải thiện tiên lượng sơ sinh.

Thời gian kéo dài thai kỳ: Thai càng nhỏ thì khả năng kéo dài thai kỳ sau điều trị càng cao. Nhóm thai 28–32 tuần kéo dài >4 tuần chiếm 21,2%, trong khi nhóm 35–37 tuần chỉ đạt 0,7%. Đây là xu hướng phù hợp sinh lý: tuổi thai càng lớn, hoạt động cơ bóp tử cung càng mạnh, đáp ứng điều trị giảm co càng kém. Nghiên cứu của Nguyễn Thành Lâm cho thấy tỷ lệ giữ thai >48 h là 71,85%, trong khi nghiên cứu hiện tại đạt 93,14% [7]. Việc trì hoãn sinh đủ 48h đặc biệt có ý nghĩa ở tuổi thai nhỏ để dùng corticoid trưởng thành phổi giúp giảm rõ rệt biến chứng hô hấp sau sinh. Tuy nhiên, do thiết kế hồi cứu, nghiên cứu chưa theo dõi được kết cục sơ sinh lâu dài như bệnh màng trong hoặc tỷ lệ tử vong sơ sinh.

Tuổi thai kết thúc thai kỳ: Kết thúc thai kỳ là một chỉ số quan trọng phản ánh hiệu quả điều trị, đồng thời cũng có ý nghĩa trong tiên lượng sinh non. Kết quả bảng 3.18 cho thấy nhóm tuổi thai sinh ≥ 37 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất là 57,6% có tuổi thai trung bình là 37 tuần. Nhóm tuổi thai sinh từ 32 đến dưới 37 tuần là 39,1% có tuổi thai trung bình 34 tuần là mốc quan trọng tối thiểu giúp trẻ hạn chế được các biến chứng của trẻ sinh non đặc biệt là suy hô hấp do phổi chưa được phát triển hoàn thiện, nhóm tuổi thai từ 28 - 31 tuần là 2% có tuổi thai trung bình 31 tuần và nhóm tuổi < 28 tuần là

1,8% có tuổi thai trung bình là 25 tuần. Tuy nhiên vẫn còn 3,3% số sản phụ kết thúc tuổi thai dưới 32 tuần, đây là những trường hợp đặc biệt cần được quan tâm vì đây là nhóm thai cực non và rất non. Việc kết thúc thai kỳ ở thời điểm này, trẻ sẽ phải đối mặt với nhiều nguy cơ, biến chứng của trẻ sinh non, và có nguy cơ tử vong chu sinh cao. Qua đây cho thấy vai trò quan trọng của việc kéo dài tuổi thai, đặc biệt là qua mốc 34 tuần đồng thời nhấn mạnh vai trò của việc chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng.

4.5. Môi liên quan giữa kết quả điều trị và các yếu tố liên quan. Chiều dài CTC ≤ 25 mm có liên quan chặt chẽ với tỷ lệ đẻ non cao hơn (57,4% so với 35,6% ở nhóm >25 mm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), kết quả tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thành Lâm [7]. Hồi quy đa biến cho thấy CTC ≤ 25 mm làm tăng nguy cơ đẻ non với OR = 1,77 (1,15–2,7), $p < 0,05$. Nghiên cứu của Iams cũng khẳng định vai trò tiên lượng của CTC ngắn [2]. Phối hợp thuốc điều trị liên quan đến tỷ lệ đẻ non cao hơn nhóm không phối hợp ($p < 0,05$), do nhóm phối hợp thường có bệnh nặng hơn. Hồi quy đa biến cho thấy OR = 0,29 (0,12–0,71), $p < 0,05$. Keshavarzi cho thấy phối hợp nifedipin–sildenafil hiệu quả hơn đơn trị liệu [10]. Cắt được cơn co tử cung giúp giảm rõ rệt tỷ lệ đẻ non (30% so với 96,4% nếu không cắt được), với OR = 0,018 (0,001–0,25), $p < 0,05$. Sự không tiến triển của CTC sau điều trị liên quan đến tỷ lệ đẻ đủ tháng cao hơn, nhưng chưa chứng minh là yếu tố độc lập do OR = 3,57 (0,23–55,86), $p > 0,05$, có thể do cỡ mẫu nhỏ và tính không đồng nhất trong nhóm bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tại Sản phụ doạ sinh non tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng cho thấy tỷ lệ đau bụng (98,7%), ra máu âm đạo (29,8%) và cơn co tử cung nhẹ (96%) là dấu hiệu lâm sàng chính của doạ sinh non; cổ tử cung còn chắc, mở ≤ 2 cm và Bishop ≤ 6 ở hầu hết các trường hợp. Siêu âm phát hiện 31,1% cổ tử cung ngắn < 25 mm và 31,1% lỏng trong mở V/U, đây là các chỉ số nguy cơ cao. Sau điều trị cắt cơn co, corticoid và phối hợp thuốc, tỷ lệ giữ thai đủ tháng đạt 57,6% và chỉ 11,3% sinh trong 48 giờ; nhóm 28–32 tuần có khả năng trì hoãn > 4 tuần cao nhất (21,2%). Việc đánh giá lâm sàng, siêu âm và cá thể hóa phác đồ dựa trên yếu tố nguy cơ sẽ tối ưu hóa hiệu quả, giảm tỷ lệ sinh non và cải thiện kết cục mẹ – con.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này

được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS. 2024. 187

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- American College of Obstetricians and Gynecologists.** Practice Bulletin No. 234: Prediction and prevention of preterm birth. Obstet Gynecol. 2023.
- Nguyễn Thị Anh, Nguyễn Thị Kim Tiến.** Thực trạng điều trị dọa đẻ non tại khoa sản Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2017. Tạp chí Khoa học & Công nghệ Đại học Thái Nguyên. 2019;194(1):175-180.
- Phạm Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Thu Hà, Trương Thị Thùy Dương.** Tỷ lệ đẻ non và một số yếu tố liên quan đến đẻ non tại Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;546(3): 116-20.
- Nguyễn Thị Thu Hương.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết cục thai kỳ ở sản phụ dọa sinh non. Tạp chí Y học Thực hành. 2021; 113(3): 45-50.
- Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R.** Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet. 2008;371(9606):75-84.
- Dodd JM, Grivell RM, O'Brien CM, Dowswell T, de Cooy R.** Tocolysis for preterm birth. Cochrane Database Syst Rev. 2014;8:CD004352.
- Nguyễn Thành Lâm.** Đánh giá sử dụng corticosteroid ở sản phụ dọa sinh non. Tạp chí Sản Nhi. 2020;67(4):12-18.
- Owen J, Berghella V, Alfirevic Z, et al.** Cerclage for short cervix on ultrasound. Cochrane Database Syst Rev. 2023;2:CD008991.
- Phạm Thị Oanh.** Hiệu quả phối hợp điều trị dọa sinh non. Tạp chí Y Học Thực Hành. 2019;110(4):40-45.
- Keshavarzi F, et al.** Combination of sildenafil citrate and nifedipine vs. nifedipine alone in threatened preterm labor: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24(2).

TẦN SUẤT SUY DINH DƯỠNG THEO GLIM VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT NĂM 2025

Trần Quốc Cường¹, Trần Thị Phương Lan¹,
Công Huyền Tôn Nữ Bảo Liên¹, Nguyễn Thúy Vy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tần suất suy dinh dưỡng theo tiêu chuẩn GLIM và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân trưởng thành điều trị nội trú tại Bệnh viện Thống Nhất. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 275 đối tượng là bệnh nhân trưởng thành đang điều trị nội trú tại 11 khoa lâm sàng bệnh viện Thống Nhất. Đối tượng được thu thập thông tin về tình trạng bệnh lý, đặc điểm chế độ ăn, được đo cân nặng chiều cao, được đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng công cụ GLIM. **Kết quả:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng (GLIM) là 37,5% trong đó suy dinh dưỡng là 29,5% và suy dinh dưỡng nặng là 8,0%. Qua phân tích hồi quy logistic đa biến, các yếu tố gia tăng nguy cơ suy dinh dưỡng bao gồm tuổi với OR:1,03 (1,01-1,05), giảm kali máu với OR:2,76 (1,41-5,4), ngược lại bệnh nhân ăn cơm giảm nguy cơ suy dinh dưỡng với OR:0,26 (0,11-0,60) so với các thức ăn mềm khác (cháo, súp xay, sữa). **Kết luận:** Suy dinh dưỡng là vấn đề phổ biến ở bệnh nhân nằm viện cần được quan tâm và có liên quan đến tuổi, tình trạng rối loạn điện giải và chế độ ăn. **Từ khóa:** suy dinh dưỡng, GLIM, yếu tố liên quan, bệnh viện, Việt Nam

SUMMARY

PREVALENCE OF MALNUTRITION BY GLIM

¹Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Cường

Email: ttddcuong@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

CRITERIA AND ASSOCIATED RISK

FACTORS AMONG INPATIENTS AT THONG NHAT HOSPITAL IN 2025

Objective: The study aimed to determine the prevalence of malnutrition according to GLIM criteria and associated risk factors in inpatients at Thong Nhat Hospital. **Method:** Cross-sectional study on 275 adult patients being inpatients at 11 clinical departments of Thong Nhat Hospital. Subjects were collected information on their medical condition, dietary characteristics, measured for weight and height, and assessed for nutritional status using the GLIM tool. **Results:** The prevalence of malnutrition (GLIM) was 37,5%, of which malnutrition was 29,5% and severe malnutrition was 8,0%. Through multivariate logistic regression analysis, factors that increased the risk of malnutrition included age with OR= 1.03 (1.01-1.05), hypokalemia with OR= 2.76 (1.41-5.4), on the contrary, patients who ate rice had a reduced risk of malnutrition with OR= 0.26 (0.11-0.60) compared to other soft foods (porridge, blenderized soup, ONS). **Conclusion:** Malnutrition is a common problem in hospitalized patients that needs attention and is associated with age, electrolyte disturbances and diet.

Keywords: malnutrition, GLIM, associated risk factors, hospital, Viet Nam

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng là vấn đề phổ biến ở bệnh nhân trong thời gian nằm viện. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Cường và cộng sự, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân trong thời gian nằm viện là 34,1% [1]. Suy dinh dưỡng dẫn đến