

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ dương tính HPV tại bệnh viện là 13,6%; có 12,1% số trường hợp có biểu hiện gen E6/E7 mARN. Tỷ lệ E6/E7 mARN dương tính tăng lên theo mức độ tăng của bất thường tế bào học cổ tử cung ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li Y, Wu X. Evaluating HPV E6/E7 mRNA expression and genotype prevalence in cervical cytology and biopsy samples from Yunnan Province, China. *ecancermedicallscience*. 2025;19:1893.
2. Huy HQ, Hoài PM, Linh HH, Hồng NT, Thủy NT. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sàng lọc ung thư cổ tử cung tại khoa Sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;527(1B).
3. Trương QV, Cao NT. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở các phụ nữ có tổn thương tiền ung thư và ung thư cổ tử cung. *Tạp chí Phụ sản*. 2010;8(4):60-68.
4. DeMay MR. An overview of Bethesda System. In: *The Pap Test: Exfoliative Gynecologic Cytology*. Chicago: ASCP Press; 2005. p. 235-244.
5. Sherman EM, Abdul-Karim WF, Berek SJ, et al. Atypical Squamous Cells. In: Solomon D, Nayar R, editors. *The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology*. Chicago: Springer; 2004. p. 67-89.
6. Trần TTT, Lê VQ. Tỷ lệ nhiễm HPV và mối liên quan đến các bất thường tế bào cổ tử cung ở bệnh nhân khám phụ khoa tại Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;509(1).
7. Alacam S, Bakir A. Human Papillomavirus Prevalence and Genotype Distribution in Cervical Swab Samples in Istanbul, Turkey. *J Infect Dev Ctries*. 2021;15(8):1190-1196.
8. Zhuang L, Jiang S, Zhao J, et al. Performance of the Human Papillomavirus E6/E7 mRNA Assay in the Primary Screening of Cervical Cancer: Opportunistic Screening in Fujian, China. *Int J Womens Health*. 2022;14:1519-1530.
9. Park IU, Wojtal N, Silverberg MJ, et al. Cytology and human papillomavirus cotest results preceding incident high-grade cervical intraepithelial neoplasia. *PLoS One*. 2015;10(3):e0118938.
10. Derby A, et al. HPV E6 and E7 mRNA Test for the Detection of High-Grade Cervical Lesions. *JAMA Netw Open*. 2025;8(2):e245678.

KẾT CỤC THAI KỲ CỦA CÁC SẢN PHỤ SONG THAI QUẢN LÝ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

Bùi Văn Hiếu^{1,2,3}, Nguyễn Thị Hoàng Trang², Trần Ngọc Khánh², Phạm Xuân Lộc³, Lê Minh Tâm¹, Nguyễn Vũ Quốc Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết cục thai kỳ của các sản phụ song thai đến khám và quản lý tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu thuần tập theo dõi dọc trên 100 thai phụ song thai, tuổi thai khi vào nghiên cứu 14-24 tuần, tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 2023 đến 2025 và siêu âm ngả âm đạo đo chiều dài cổ tử cung và góc cổ tử cung định kỳ ở các mốc 16, 18, 20, 22 và 24 tuần.

Kết quả: Độ tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất là < 35 tuổi (75%), phần lớn mang thai bằng hỗ trợ sinh sản (72%) và chủ yếu là song thai hai bánh nhau - hai buồng ối (85%). 51% trường hợp có dự phòng sinh non (khâu vòng cổ tử cung 20%, giảm co kết hợp nội tiết 17%, nội tiết đơn thuần 12%). Các bệnh lý phát sinh trong thai kỳ gồm dọa đẻ non, đa ối và

tiền sản giật với tỷ lệ lần lượt là 51%, 17% và 7% trong đó tiền sản giật nặng có 4 ca (4%), chỉ có 1 trường hợp song thai 1 bánh rau có thai chậm tăng trưởng. Kết cục thai kỳ: tuổi thai trung bình khi sinh $35,83 \pm 2,135$ tuần, trong đó tỷ lệ sinh đủ tháng và sinh non muộn với tỷ lệ lần lượt là 67% và 21%, các kết cục xấu gồm có sinh non sớm < 34 tuần (12%), tiền sản giật nặng (4%) và thai chết sau sinh (3%). Các yếu tố liên quan đến sinh non sớm gồm có chiều dài cổ tử cung < 31,9mm (OR=5.37, $p < 0.001$), hình ảnh lỗ trong cổ tử cung (CTC) quý II (chữ Y, U) (OR=3.16, $p = 0.02$).

Kết luận: Sinh non sớm là kết cục xấu hay gặp nhất ở sản phụ song thai. Trong đó các yếu tố về hình thái cổ tử cung có liên quan đến kết cục xấu này.

Từ khóa: Sinh non sớm, song thai, chiều dài cổ tử cung, hình ảnh lỗ trong cổ tử cung.

SUMMARY

PREGNANCY OUTCOMES IN TWIN GESTATIONS MANAGED AT HAI PHONG UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Objective: To describe pregnancy outcomes in women with twin pregnancies who received antenatal care and management at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy Hospital.

Materials and Methods: A prospective longitudinal

¹Trường Đại học Y Dược Huế

²Trường Đại học Y - Dược Hải Phòng

³Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Hiếu

Email: hieubv@hpmu.edu.vn

Mã bài: N468

Ngày nhận bài: 25/2/2026

Ngày phản biện khoa học: 24/2/2026

Ngày duyệt bài: 26/3/2026

cohort study was conducted on 100 women with twin pregnancies at 14-24 weeks of gestation, managed at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy Hospital from 2023 to 2025. Transvaginal ultrasound was performed serially at 16, 18, 20, 22, and 24 weeks to measure cervical length and uterocervical angle.

Results: The majority of participants were under 35 years of age (75%). Most pregnancies were conceived via assisted reproductive technology (72%), and the predominant type was dichorionic diamniotic twins (85%). Preterm birth prophylaxis was applied in 51% of cases, including cervical cerclage (20%), combined tocolysis and hormonal therapy (17%), and hormonal therapy alone (12%). Pregnancy complications included threatened preterm labor (51%), polyhydramnios (17%), and preeclampsia (7%), with severe preeclampsia in 4 cases (4%). Only one monochorionic twin pregnancy was complicated by fetal growth restriction. The mean gestational age at delivery was 35.83 ± 2.135 weeks, with term delivery and late preterm birth rates of 67% and 21%, respectively. Adverse outcomes included early preterm birth <34 weeks (12%), severe preeclampsia (4%), and neonatal death (3%). Factors significantly associated with early preterm birth were second-trimester cervical length <31.9 mm (OR = 5.37, $p < 0.001$) and internal os funneling (Y- or U-shaped) in the second trimester (OR = 3.16, $p = 0.02$).

Conclusion: Early preterm birth is the most common adverse outcome in twin pregnancies. Cervical morphological changes, particularly shortened cervical length and internal os funneling, are significantly associated with this complication.

Keywords: Twin pregnancy; preterm birth; cervical length; uterocervical angle; funneling; preterm labor prophylaxis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Song thai là một thai kỳ nguy cơ cao làm tăng gánh nặng chăm sóc sau sinh. Trong khi đó tỷ lệ song thai có xu hướng ngày càng tăng, theo thống kê tỷ lệ song thai tăng từ 9,1/1.000 ca sinh (1980-1985) lên 12,0/1.000 ca sinh (2010-2015), tương đương khoảng “1 trong 42 trẻ sinh ra là trẻ song thai”. Mang thai song thai mang lại niềm vui kép nhưng đồng thời tăng nguy cơ biến chứng cho cả mẹ và con. So với đơn thai, song thai có tỷ lệ sinh non cao hơn gấp 5-7 lần, với khoảng 50-60% ca sinh trước 37 tuần và 10-15% trước 32 tuần - một mốc quan trọng liên quan đến biến chứng sơ sinh nghiêm trọng như suy hô hấp, xuất huyết não thất, và tử vong chu sinh, mổ lấy thai là phương pháp đình chỉ thai nghén chủ yếu 60-70% [1, [7]. Các biến chứng mẹ cũng tăng rõ rệt trong song thai. Nghiên cứu của Li S. và cs (2021), hồi cứu đa trung tâm 3.288 thai kỳ song thai. Tỷ lệ đẻ non <34 tuần 18,8% (đẻ non <37 tuần: 62,1%; <32 tuần: 10,4%), Tiền sản giật (PE) là 8,7%, tử vong chu sinh rất sớm trong 7 ngày sau sinh = 0,7% [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Thùy Nhung và cs (2024), mô tả hồi cứu 90 trường hợp MCDA, tỷ lệ đẻ non <34 tuần 42,2%. Thai chết (kết cục sau đẻ trong nhóm theo dõi TTTS) 20% trường hợp “1 thai sống - 1 thai chết”, và 15,6% “cả 2 thai đều chết” [2]. Tại Hải Phòng song thai cũng có xu hướng tăng do sự phát triển của các

kỹ thuật hỗ trợ sinh sản và tăng dân số do sự di dân tới, kéo theo sự gia tăng đáng kể các biến chứng sản khoa và gánh nặng chăm sóc chu sinh. Tuy nhiên, kết cục thai kỳ song thai phụ thuộc nhiều vấn đề như đặc điểm dân số, số lượng bánh nhau, số lượng túi ối, điều kiện chăm sóc y tế và chiến lược quản lý tại từng cơ sở. Việc thống kê và phân tích kết cục thai kỳ song thai tại từng cơ sở không chỉ giúp đánh giá chất lượng quản lý thai nghén mà còn cung cấp dữ liệu thực tế để xây dựng chiến lược dự phòng sinh non và giảm biến chứng mẹ và con. Do đó, việc mô tả kết cục thai kỳ của sản phụ song thai có ý nghĩa quan trọng. Hiện tại các nghiên cứu công bố về kết cục thai kỳ song thai ở Hải Phòng còn ít xuất phát từ điều này chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu “Mô tả kết cục thai kỳ của các sản phụ song thai quản lý thai tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Nghiên cứu được thực hiện trên các thai phụ mang song thai sống. Thai phụ được khám thai và quản lý thai từ 14 tuần và được ghi nhận kết cục thai kỳ. Tất cả các đối tượng tham gia đều tự nguyện và ký cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại.

Các trường hợp không đồng ý tham gia nghiên cứu, hoặc đang trong quá trình theo dõi bệnh nhân bỏ mốc khám.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.

Nghiên cứu thuần tập

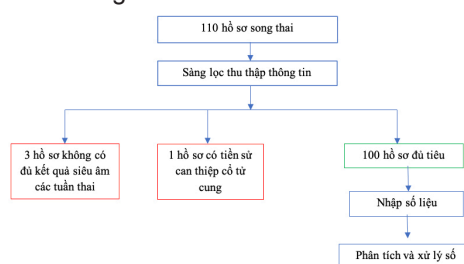
2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện không xác suất thoả mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.2.3. Phương pháp tiến hành

a. Chuẩn bị phương tiện trang thiết bị: Nghiên cứu sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu, các thông tin nghiên cứu có sử dụng các xét nghiệm và kết quả siêu âm để chẩn đoán bệnh và các kết cục phát sinh trong thai kỳ.

b. Sơ đồ nghiên cứu



Hình 1. Sơ đồ nghiên cứu

c. Đánh giá chiều dài CTC, góc CTC.

Quy trình đo chiều dài CTC, góc CTC

Chiều dài và góc CTC được đánh giá bằng siêu âm qua đường âm đạo trên máy siêu âm Voluson S8 với đầu dò âm đạo tần số 7,5-10 MHz. Chiều dài CTC được xác định bằng khoảng cách từ lỗ trong đến lỗ ngoài theo trục dọc. Góc CTC dựa trên góc tạo bởi trục CTC và tiếp tuyến thành trước đoạn dưới tử cung.



Hình 2. Đo chiều dài CTC qua siêu âm ngã âm đạo: đo từ lỗ ngoài đến lỗ trong. Đo góc CTC qua siêu âm ngã âm đạo.

2.3. Các biến số nghiên cứu.

- Đặc điểm đối tượng nghiên cứu gồm tuổi, loại thai, tiền sử...
- Tỷ lệ các bệnh phát sinh trong thai kỳ và kết cục xấu của thai kỳ gồm sinh non sớm, tiền sản giật, thai chết.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Dữ liệu nghiên cứu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Các biến định tính và định lượng được trình bày dưới dạng tần suất, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị kèm khoảng tứ phân vị. Sự khác biệt giữa các nhóm được đánh giá bằng kiểm định như Chi-square hoặc Fisher's, Student's t-test hay Mann-Whitney U test.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Huế số H2023/461, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng chấp thuận về đạo đức (206/QĐ - ĐHYDHP ngày 21/10/2023), được Hội đồng khoa học Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng chấp thuận triển khai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi mẹ		
< 20 tuổi	3	3
20 - 35 tuổi	72	72
> 35 tuổi	20	20
Địa dư		
Thành thị	33	33
Nông thôn	65	65

Đặc điểm chung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nghề nghiệp		
Công nhân	47	47
Nhân viên văn phòng	37	37
Nội trợ	16	16
BMI (trước khi mang thai)		
Thiếu cân (< 18.5)	7	7
Bình thường (18.5 - 24.9)	81	81
Tiền béo phì (≥ 25 - 29.9)	5	5
Béo phì (≥ 30)	0	0

Nhận xét: Độ tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 20 - 35 tuổi. Phần lớn sản phụ trước mang thai có chỉ số BMI ở mức bình thường (81%).

Bảng 2. Tiền sử sản khoa của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử sản khoa	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số lần sinh con:	100	100
Con so	57	57
Con đẻ	43	43
Số lần sinh non	100	100
0	100	100
≥ 1	0	0
Số lần sảy/nạo/hút thai/CNTC	100	100
0	76	76
≥ 1	24	24
Tiền sử mổ lấy thai	100	100
Có	10	10
Không	90	90
Bệnh lý thai kỳ trước	100	100
Bình thường	91	91
Tiền sản giật	2	2
Tăng huyết áp thai kỳ	3	3
Đái tháo đường thai kỳ	4	4

Nhận xét: Tất cả sản phụ tham gia nghiên cứu đều không có tiền sử sinh non hoặc là con lần đầu, 91% sản phụ không mắc bệnh lý gì trong thai kỳ trước đó, tỷ lệ sản phụ có tiền sử đái tháo đường thai kỳ, tăng huyết áp và tiền sản giật lần lượt là 4%, 3% và 1%.

Bảng 3. Đặc điểm của thai kỳ

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cách thức mang thai	100	100
Tự nhiên	28	28
IVF/IUI	72	72
Phân loại song thai	100	100
1 bánh nhau - 2 buồng ối	13	13
2 bánh nhau - 2 buồng ối	85	85
1 bánh nhau - 1 buồng ối	2	2
Biện pháp dự phòng sinh non	100	100
Không sử dụng	49	49
Thuốc nội tiết	12	12
Thuốc giảm co + nội tiết	17	17
Khâu vòng CTC	20	20

Nhận xét: Phần lớn sản phụ mang thai bằng phương pháp hỗ trợ sinh sản như IVF hoặc IUI (72%). Đa số sản phụ là song thai 2 bánh nhau - 2 buồng ối (85%).

3.2. Kết cục thai kỳ

Bảng 4. Các bệnh lý phát sinh trong thai kỳ

Bệnh lý	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sản giật	100	100
Tiền sản giật	3	3
Tiền sản giật có dấu hiệu nặng	4	4
Dọa đẻ non	51	51
Đái tháo đường thai kỳ	17	17
Bất thường thể tích nước ối		
Đa ối	2	2
Thiếu ối	0	0
Biến chứng song thai 1 bánh nhau		
Thai chậm tăng trưởng	1	1
Thai chết lưu	0	0

Nhận xét: Trong các bệnh lý phát sinh trong thai kỳ, dọa đẻ non chiếm tỷ lệ cao nhất (51%), tiếp đến là đái tháo đường thai kỳ (17%), Tiền sản giật chiếm tỷ lệ 7%.

Bảng 5. Kết cục thai kỳ

Kết cục thai kỳ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai kết thúc thai kỳ	100	100
Sinh đủ tháng	67	67
Sinh non 34→ 37 tuần	21	21
Sinh non <34 tuần	12	12
Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	35.83 $\pm$ 2.135	
Trọng lượng thai ($\bar{X} \pm SD$) (gram)		
Thai thứ nhất (min - max)	2352 $\pm$ 455 (1100 - 3200)	
Thai thứ hai (min - max)	2410 $\pm$ 444 (1300 - 3100)	

Nhận xét: Tuổi thai kết thúc trung bình là 35.83 $\pm$ 2.135.

Bảng 6. Kết cục xấu thai kỳ song thai

Kết cục xấu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sinh non < 34 tuần	12	12
Tiền sản giật có dấu hiệu nặng	4	4
Thai chết sau sinh	3	3

Nhận xét: Sinh non trước 34 tuần chiếm 12%. Tiền sản giật có dấu hiệu nặng 4%. Thai chết sau sinh chiếm tỷ lệ thấp nhất với 3 trường hợp (3%).

Bảng 7. Một số yếu tố liên quan đến kết cục sinh non < 34 tuần

Yếu tố liên quan	OR (CI 95%)	p
Chiều dài cổ tử cung quý II (< 31.9mm)	5.37 (3.19 - 9.03)	< 0.001
Hình ảnh lỗ trong CTC quý II (chữ Y,U)	3.16 (1.25 - 7.98)	0.02
Con rạ	0.8 (0.2 - 3.2)	> 0.05
Tiền sử Mổ lấy thai	0.7 (0.1 - 6.2)	> 0.05
Tiền sử can thiệp CTC	0.87 (0.8 - 0.94)	> 0.05
Không dự phòng sinh non	3.9 (1.0 - 15.7)	0.039
Bệnh lý thai kỳ (Tăng huyết áp, tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ, ...)	0.5 (0.1 - 2.5)	> 0.05

Nhận xét: Chiều dài cổ tử cung quý II < 31,9 mm là yếu tố nguy cơ liên quan đến sinh non < 34 tuần (OR = 5,37; p < 0,001). Hình ảnh lỗ trong cổ tử cung dạng Y/U cũng có liên quan có ý nghĩa (OR = 3,16; p = 0,02) với sinh non.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các bệnh lý phát sinh trong thai kỳ và kết cục xấu thai kỳ

Song thai là thai kỳ nguy cơ cao với tỷ lệ sinh non và rối loạn tăng huyết áp thai kỳ cao hơn rõ rệt so với đơn thai, trong đó sinh non sớm (<34 tuần) là yếu tố tiên lượng nặng nề sơ sinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sinh non <34 tuần là 12%. Kết cục trẻ sơ sinh càng xấu khi kết hợp các bệnh lý với nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi thai trung bình khi sinh là $35,83 \pm 2,135$ tuần, với 67% sinh đủ tháng. Kết quả này cho thấy tỷ lệ sinh non vẫn còn khá cao, nghiên cứu đa trung tâm của Li S. và cs. (Frontiers in Medicine, 2021; n=3.288) [4], tỷ lệ sinh non <34 tuần là 18,8%. Tỷ lệ sinh non của chúng tôi thấp hơn so với nhiều công bố khác điều này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là song thai hai bánh nhau - hai buồng ối (DCDA) 85% trong khi monochorionicity làm tăng nguy cơ sinh non ở các mốc sớm, bao gồm ≤32 tuần.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tiền sản giật là 7%, trong đó tiền sản giật nặng 4%, và tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ là 17%. Phần lớn các trường hợp tiền sản giật được kiểm soát tốt, không ghi nhận thai chết lưu trước sinh. So sánh với nghiên cứu của Li S. và cộng sự (Frontiers in Medicine, 2021; n=3.288) [4], tỷ lệ tiền sản giật ở song thai là 8,7%, tương đương với kết quả của chúng tôi. Phân tích của Fitzpatrick KE và cộng sự (BMJ, 2019) trên dữ liệu dân số Anh cho thấy nguy cơ tiền sản giật ở song thai cao gấp khoảng 2-3 lần so với đơn thai, tỷ lệ dao động 6-12% tùy quần thể [3]. Điều này phù hợp với tỷ lệ 7% của chúng tôi và cho thấy rằng song thai là yếu tố nguy cơ độc lập của tiền sản giật. Đối với đái tháo đường thai kỳ, y văn cho thấy song thai có nguy cơ ĐTĐTK cao hơn do tăng khối lượng rau thai và tăng đề kháng insulin.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến sinh non sớm

Sinh non sớm trước 34 tuần trong song thai là hậu quả của sự tương tác đa yếu tố giữa yếu tố cơ học tử cung và biến đổi cấu trúc cổ tử cung, viêm nhiễm và tâm lý, trong đó hình thái cổ tử cung quý II được xem là chỉ dấu dự báo sớm có giá trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân tích Bảng 7 cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với sinh non <34 tuần gồm: Chiều dài cổ tử cung <31,9 mm (OR = 5,37; 95% CI: 3,19-9,03; $p < 0,001$), Hình ảnh lỗ trong cổ tử cung dạng Y/U (OR = 3,16; 95% CI: 1,25-7,98; $p = 0,02$). Trong khi đó, các yếu tố như con rạ, tiền sử mổ lấy thai, tiền sử can thiệp cổ tử cung và bệnh lý thai kỳ không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu của Melamed và cộng sự (AJOG, 2016) cho thấy chiều dài cổ tử cung ngắn trong khoảng 18-24 tuần là yếu tố dự báo của sinh non sớm trong song thai [5]. Tương tự, nghiên cứu đa trung tâm của Kuusela và cộng sự (2020) cổ

tử cung ≤ 25-30 mm làm tăng nguy cơ sinh non trước 34 tuần [6]. Kết quả của chúng tôi với OR = 5,37 trong nghiên cứu của chúng tôi phản ánh mức độ liên quan mạnh, tương đồng với nhiều nghiên cứu khác. Hình ảnh lỗ trong cổ tử cung dạng Y/U là biểu hiện sớm của quá trình phễu hóa và xóa mờ cổ tử cung từ phía trong. Trong đó song thai, áp lực buồng tử cung tăng hơn đơn thai làm gia tăng lực căng lên đoạn eo - cổ tử cung, giảm độ bền mô liên kết. Điều này lý giải vì sao dạng Y/U làm tăng nguy cơ sinh non sớm với OR = 3,16 trong nghiên cứu của chúng tôi. Nhóm không được dự phòng sinh non có nguy cơ sinh non <34 tuần cao gấp gần 4 lần, điều này cho thấy vai trò của các biện pháp dự phòng (nội tiết, giảm co, khâu vòng) trong làm chậm tiến triển chuyển dạ sớm ở đối tượng cổ tử cung yếu. Y văn hiện nay còn nhiều tranh luận về hiệu quả của progesterone trong song thai, tuy nhiên các nghiên cứu đều thống nhất rằng việc theo dõi sát cổ tử cung và can thiệp khi có nguy cơ cao có thể cải thiện tuổi thai khi sinh. Việc các yếu tố tiền sử sản khoa và bệnh lý thai kỳ không có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu của chúng tôi có thể được lý giải bởi tỷ lệ bệnh lý thấp, và cỡ mẫu còn hạn chế. Điều này làm nổi bật vai trò của yếu tố hình thái cổ tử cung hơn là yếu tố tiền sử trong quần thể nghiên cứu. Tóm lại, sinh non sớm trước 34 tuần trong song thai có liên quan chặt chẽ đến biến đổi hình thái cổ tử cung quý II và tình trạng dự phòng sinh non. Đánh giá định kỳ chiều dài cổ tử cung và hình ảnh lỗ trong bằng siêu âm ngã âm đạo là công cụ có giá trị cao trong phân tầng nguy cơ và định hướng can thiệp nhằm giảm tỷ lệ sinh non sớm

V. KẾT LUẬN

Kết cục thai kỳ ở sản phụ song thai cho thấy sinh non vẫn là biến cố thường gặp nhất, với tỷ lệ sinh non trước 34 tuần là 12%, tuổi thai trung bình khi sinh $35,83 \pm 2,135$ tuần. Tiền sản giật và đái tháo đường thai kỳ lần lượt chiếm 7% và 17%, trong khi thai chết sau sinh chiếm 3%. Phần lớn thai kỳ song thai được quản lý tại đơn vị có thể kéo dài đến ≥34 tuần và đạt kết cục tương đối thuận lợi, tuy nhiên sinh non sớm vẫn là thách thức chính cần được dự phòng và theo dõi chặt chẽ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mai Ngọc Ba, Giang TTL. Nghiên cứu một số biến chứng và kết quả thai kỳ ở các sản phụ song thai. Tạp chí Phụ sản. 2020;18(3):34-40.
2. Nguyễn Thùy Nhung, Vũ Văn Bạ, Vũ Thị Hà, Vương Thị Vui. KẾT QUẢ THAI NGHÉN CỦA SONG THAI MỘT BÁNH RAU, HAI BUỒNG ỎI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;537(1B).
3. Laine K, Murzakanova G, Sole KB, Pay AD, Heradstveit S, Räisänen S. Prevalence and risk of pre-eclampsia and gestational hypertension in twin

- pregnancies: a population-based register study. *BMJ open*. 2019;9(7):e029908.
- Li S, Gao J, Liu J, Hu J, Chen X, He J, et al. Perinatal outcomes and risk factors for preterm birth in twin pregnancies in a Chinese population: a multicenter retrospective study. *Frontiers in Medicine*. 2021;8:657862.
 - Melamed N, Pittini A, Hiersch L, Yogev Y, Korzeniewski SS, Romero R, et al. Serial cervical length determination in twin pregnancies reveals 4 distinct patterns with prognostic significance for preterm birth. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2016;215(4):476. e1-. e11.
 - Kuusela P, Jacobsson B, Hagberg H, Fadl H, Lindgren P, Wesström J, et al. Second trimester transvaginal ultrasound measurement of cervical length for prediction of preterm birth: a blinded prospective multicentre diagnostic accuracy study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2021;128(2):195-206.
 - Lazarov S, Lazarov L, Lazarov N. Complications of multiple pregnancies. *Overview*. 2016.

HIỆU QUẢ VÀ TÍNH AN TOÀN CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG THÔNG LIÊN THẤT PHẦN MÀNG NGƯỢC CHIỀU BẰNG ĐƯỜNG ĐỘNG MẠCH ĐÙI

Phạm Công Nhựt, Nguyễn Thành Thuận, Đào Anh Quốc

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính an toàn và hiệu quả của phương pháp đóng thông liên thất phần màng ngược chiều qua đường động mạch đùi.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu kết hợp hồi cứu, theo dõi dọc trên 47 bệnh nhân thông liên thất được can thiệp tại Bệnh viện Đa khoa Khánh Hòa từ tháng 3/2022 đến tháng 4/2024.

Kết quả: Tuổi trung bình 30,4 tháng, cân nặng trung bình 12,6 kg; nữ chiếm 66,7%. Các tổn thương phối hợp gồm còn ống động mạch (16,7%), thông liên nhĩ (4,2%) và phình vách liên thất (8,3%). Có 24/47 bệnh nhân (51%) đủ tiêu chuẩn đóng thông liên thất phần màng ngược chiều qua đường động mạch đùi. Tỷ lệ thành công thủ thuật đạt 95,8% (23/24 trường hợp). Một trường hợp thất bại (4,2%) do hở van động mạch chủ sau sử dụng dụng cụ ADO II, được chuyển sang đóng xuôi chiều bằng dụng cụ Piccolo 5/6 và thành công. Tỷ lệ bít hoàn toàn đạt 82,6% ngay sau thủ thuật, 95,7% sau 6 tháng và 100% sau 1 năm theo dõi. Không ghi nhận biến chứng nặng trong và sau can thiệp.

Kết luận: Đóng thông liên thất phần màng ngược chiều qua đường động mạch đùi là phương pháp an toàn, khả thi và hiệu quả ở các bệnh nhân được lựa chọn phù hợp, với tỷ lệ thành công cao và biến chứng thấp trong theo dõi ngắn và trung hạn.

Từ khóa: Thông liên thất; can thiệp tim bẩm sinh; đóng thông liên thất ngược chiều qua đường động mạch đùi.

SUMMARY

EFFICACY AND SAFETY OF RETROGRADE

Bệnh viện Đa Khoa Khánh Hòa

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Công Nhựt

Email: bsnhut@gmail.com

Mã bài: N470

Ngày nhận bài: 12/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 9/3/2026

Ngày duyệt bài: 12/4/2026

TRANSFEMORAL ARTERIAL CLOSURE FOR PERIMEMBRANOUS VENTRICULAR SEPTAL DEFECT

Objective: To evaluate the safety and effectiveness of transcatheter closure of perimembranous ventricular septal defects via the femoral arterial approach.

Methods: A descriptive study combining prospective and retrospective data with longitudinal follow-up was conducted on 47 patients with ventricular septal defects who underwent transcatheter intervention at Khanh Hoa General Hospital from March 2022 to April 2024.

Results: The mean age was 30.4 months and the mean body weight was 12.6 kg; females accounted for 66.7% of patients. Associated cardiac lesions included patent ductus arteriosus (16.7%), atrial septal defect (4.2%), and ventricular septal aneurysm (8.3%). Twenty-four of 47 patients (51%) met the criteria for retrograde transcatheter closure via the femoral artery. Procedural success was achieved in 23 of 24 cases (95.8%). One unsuccessful case (4.2%) was due to aortic regurgitation after deployment of an ADO II device and was subsequently successfully treated using an antegrade approach with a Piccolo 5/6 device. Complete closure rates were 82.6% immediately after the procedure, 95.7% at 6 months, and 100% at 1-year follow-up. No major complications were observed during or after the procedure.

Conclusion: Retrograde transcatheter closure of perimembranous ventricular septal defects via the femoral arterial approach is a safe, feasible, and effective technique in appropriately selected patients, with high procedural success and a low complication rate during short- and mid-term follow-up.

Keywords: Ventricular septal defect; congenital heart intervention; retrograde transcatheter closure; femoral arterial approach.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thông liên thất (VSD) là dị tật tim bẩm sinh phổ biến nhất, chiếm khoảng 20-30% các trường hợp tim bẩm sinh. Trong đó, thông liên thất phần màng (pmVSD) chiếm tỷ lệ cao nhất (60-70%). Về mặt giải phẫu, lỗ