

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VẬT CƠ TRÁN CẢI BIÊN ĐIỀU TRỊ SỤP MI MỨC ĐỘ NẶNG

Vũ Thị Quế Anh^{1,2}, Thái Duy Quang^{3,4}, Vũ Tạ Hồng Quân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật vật cơ trán cải biên trong điều trị sụp mi mức độ nặng có chức năng cơ nâng mi kém.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu không có nhóm đối chứng trên 16 bệnh nhân (20 mắt) sụp mi mức độ nặng được phẫu thuật bằng vật cơ trán cải biên tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 2/2025 đến tháng 8/2025. Các chỉ số đánh giá gồm MRD1, độ cao khe mi, mức độ hở mi khi nhắm, kết quả thẩm mỹ và biến chứng tại các thời điểm trước mổ, sau mổ 1 tuần và sau mổ 6 tháng.

Kết quả: MRD1 tăng từ $0,18 \pm 0,29$ mm trước mổ lên $2,47 \pm 1,11$ mm sau mổ 1 tuần và $3,04 \pm 0,62$ mm sau mổ 6 tháng. Độ cao khe mi tăng từ $5,66 \pm 1,36$ mm lên $8,08 \pm 1,15$ mm sau mổ 1 tuần và $8,65 \pm 1,11$ mm sau mổ 6 tháng. Hở mi khi nhắm giảm từ $3,98 \pm 1,51$ mm sau mổ 1 tuần xuống $1,99 \pm 1,78$ mm sau 6 tháng. Không ghi nhận biến chứng giác mạc, 2/20 mắt chỉnh thiếu được phẫu thuật lại.

Kết luận: Phẫu thuật vật cơ trán cải biên là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị sụp mi mức độ nặng, giúp cải thiện rõ rệt MRD1 và độ cao khe mi, đồng thời mức độ hở mi giảm dần theo thời gian.

Từ khóa: sụp mi mức độ nặng; vật cơ trán; MRD1; nghiên cứu hồi cứu.

SUMMARY

EVALUATION OF THE OUTCOMES OF MODIFIED FRONTALIS MUSCLE FLAP SURGERY IN THE TREATMENT OF SEVERE PTOSIS

Objective: To evaluate the outcomes of modified frontalis muscle flap surgery in severe ptosis with poor levator function.

Subjects and methods: A retrospective descriptive study without a control group was

conducted on 16 patients (20 eyes) with severe ptosis who underwent modified frontalis muscle flap surgery at Hanoi Medical University Hospital from February 2025 to August 2025. Outcome measures included MRD1, palpebral fissure height, lagophthalmos, aesthetic results, and complications before surgery, at 1 week, and at 6 months after surgery.

Results: MRD1 increased from 0.18 ± 0.29 mm preoperatively to 2.47 ± 1.11 mm at 1 week and 3.04 ± 0.62 mm at 6 months. Palpebral fissure height increased from 5.66 ± 1.36 mm to 8.08 ± 1.15 mm at 1 week and 8.65 ± 1.11 mm at 6 months. Lagophthalmos decreased from 3.98 ± 1.51 mm at 1 week to 1.99 ± 1.78 mm at 6 months. No corneal complications were observed, undercorrection occurred in 2/20 eyes and required reoperation.

Conclusion: Modified frontalis muscle flap surgery is an effective and safe method for severe ptosis, with marked improvement in MRD1 and palpebral fissure height and a gradual reduction in lagophthalmos over time.

Keywords: severe ptosis; frontalis muscle flap; MRD1; retrospective study.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sụp mi là tình trạng bờ mi trên sa thấp bất thường khi mắt ở tư thế nhìn thẳng, có thể do nguyên nhân bẩm sinh hoặc mắc phải của cơ nâng mi, cơ Müller hoặc thần kinh chi phối. Ở nhóm sụp mi mức độ nặng, bờ mi thường che phủ đáng kể diện đồng tử, MRD1 thường dưới 1 mm và chức năng cơ nâng mi kém. Bệnh không chỉ ảnh hưởng đến thẩm mỹ mà còn gây cản trở chức năng thị giác, đặc biệt làm tăng nguy cơ nhược thị ở trẻ em¹.

Đối với sụp mi nặng có chức năng cơ nâng mi kém, các kỹ thuật treo mi vào cơ trán bằng vật liệu tự thân hoặc nhân tạo được áp dụng rộng rãi. Tuy nhiên, những phương pháp này vẫn có thể gặp một số hạn chế như tái phát, phản ứng viêm, nhiễm trùng, đào thải vật liệu, sẹo vùng lấy vật hoặc hiện tượng mi bị kéo tách khỏi bề mặt nhãn cầu do hướng lực nâng chưa sinh lý². Phẫu thuật vật cơ trán là một hướng tiếp cận mới, tận dụng lực co tự nhiên của cơ trán để nâng mi và đã cho thấy hiệu quả khả quan ở nhiều nghiên cứu. Medel (2018) hồi cứu trên 78 mắt so sánh 2 phương pháp cắt cơ nâng mi tối đa và vật cơ trán cho kết luận cả 2 nhóm đều có

¹ Bộ môn Mắt - Khúc xạ nhãn khoa, Trường Đại học Y Hà Nội

² Khoa Mắt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³ Bộ môn Phẫu thuật tạo hình, Trường Đại học Y Hà Nội

⁴ Khoa Vi phẫu, Tạo hình thẩm mỹ hàm mặt và Laser, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Duy Quang

Email: thaيدuyquang@hmu.edu.vn

Mã bài: N636

Ngày nhận bài: 9.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 9.3.2026

Ngày duyệt bài: 9.4.2026

kết quả tốt về mặt thẩm mỹ và chức năng, nhóm vật cơ trán cần phẫu thuật lại ít hơn nên cho kết quả lâu dài tốt hơn³. Phạm Ngọc Minh và cộng sự ghi nhận MRD1 tăng từ $0,009 \pm 0,60$ mm lên $3,45 \pm 0,80$ mm sau 12 tháng, với 78,7% kết quả tốt, biến chứng thường gặp là hờ mi tồn lưu 7,4% và chậm vận động mi khi nhìn xuống 9,3%⁴. Nhìn chung, các biến chứng hay gặp của phẫu thuật là thiếu chỉnh, viêm giác mạc do hờ mi, chậm vận động mi khi nhìn xuống, sẹo xấu, hiện tượng mi bị nhấc lên khỏi bề mặt nhãn cầu. Nghiên cứu của chúng tôi áp dụng kỹ thuật vật cơ trán cải biên nhằm hạn chế các vấn đề này và đánh giá kết quả của phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân được chẩn đoán sụp mi mức độ nặng và được phẫu thuật bằng vật cơ trán cải biên tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 2/2025 đến tháng 8/2025.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán sụp mi mức độ nặng với MRD1 < 1 mm, chức năng cơ nâng mi ≤ 4 mm.

- Được phẫu thuật bằng vật cơ trán cải biên.
- Có dữ liệu theo dõi tối thiểu 6 tháng.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Tổn thương cơ trán hoặc liệt VII cùng bên.
- Bệnh lý giác mạc hoặc bệnh bề mặt nhãn cầu nặng trước mổ.
- Thiếu dữ liệu theo dõi.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu không có nhóm đối chứng, lấy mẫu thuận tiện.

2.5. Phương pháp phẫu thuật

Phẫu thuật được thực hiện qua một đường rạch da theo nếp mi đã đánh dấu trước mổ. Sau khi rạch da, bóc tách qua cơ vòng mi để bộc lộ mặt trước sụn mi và tạo diện đủ rộng cho việc đặt các mũi khâu cố định. Từ đường mổ mi trên,

tạo đường hầm dưới da - cơ vòng mi lên vùng trên cung mày, đủ rộng để vật cơ đi qua thuận lợi, tránh xoắn hoặc chèn ép, không can thiệp vào cơ nâng mi.

Cơ trán được bộc lộ và thiết kế thành vật hình chữ U, bóc tách với chiều dài phù hợp để kéo xuống mi mà không gây căng quá mức; hạn chế bóc tách quá 1/3 trong nhằm giảm nguy cơ tổn thương thần kinh - mạch máu liên quan. Qua đường mổ mi trên, vách ổ mắt được bộc lộ và tạo cửa sổ cho vật cơ đi qua; vách ổ mắt đóng vai trò như một ròng rọc giúp đổi hướng lực kéo của vật cơ ra phía sau.

Vật cơ được luồn qua cửa sổ vách ổ mắt, kiểm tra để bảo đảm không xoắn, không siết và trượt thuận. Vật được cố định vào mặt trước sụn mi bằng chỉ không tiêu tại 3 điểm: trung tâm, trong và ngoài. Mũi trung tâm được chỉnh trước để đạt độ cao bờ mi mong muốn, sau đó điều chỉnh mũi trong và mũi ngoài nhằm tạo độ cong tự nhiên và sự cân đối của bờ mi. Cuối cùng, nếp mi được tạo bằng các mũi khâu da - cơ vòng mi và đóng da thẩm mỹ.

2.6. Chỉ số đánh giá

Các chỉ số được thu thập và phân tích gồm MRD1, chênh lệch MRD1 hai mắt sau mổ, độ cao khe mi, mức độ hờ mi khi nhắm, độ cong bờ mi, nếp mi, sẹo mi và các biến chứng sau mổ.

2.7. Thu thập và xử lý số liệu

Thông tin bệnh nhân được thu thập từ hồ sơ bệnh án. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.

III. KẾT QUẢ

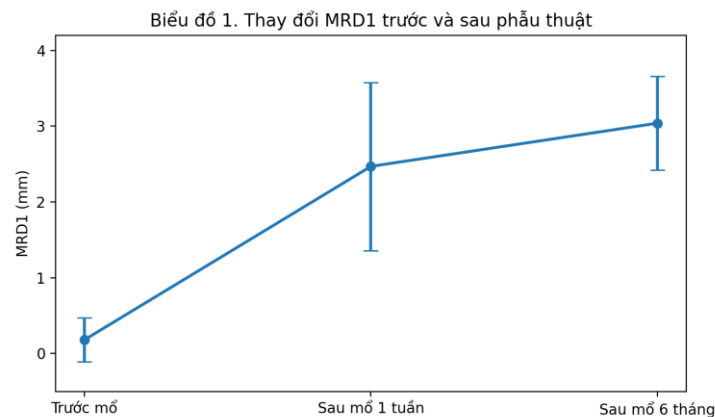
Nghiên cứu bao gồm 16 bệnh nhân với 20 mắt, trong đó có 11 bệnh nhân nam (68,8%). Tuổi trung bình là $12 \pm 6,34$ năm. Tất cả các trường hợp đều là sụp mi bẩm sinh mức độ nặng và được theo dõi tại các thời điểm trước mổ, sau mổ 1 tuần và sau mổ 6 tháng.

3.1. Kết quả về chức năng

Bảng 1. Tình trạng sụp mi trước và sau phẫu thuật

Chỉ số	Trước phẫu thuật (n = 20)	Sau mổ 1 tuần (n = 20)	Sau mổ 6 tháng (n = 20)
MRD1 (mm)	$0,18 \pm 0,29$	$2,47 \pm 1,11$	$3,04 \pm 0,62$
Độ cao khe mi (mm)	$5,66 \pm 1,36$	$8,08 \pm 1,15$	$8,65 \pm 1,11$

MRD1 và độ cao khe mi đều tăng dần từ trước phẫu thuật đến sau mổ 1 tuần và sau mổ 6 tháng, sự khác biệt giữa các thời điểm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).



Biểu đồ 1. Thay đổi MRD1 trước và sau phẫu thuật

3.2. Kết quả về thẩm mỹ

Tại thời điểm 6 tháng sau mổ, chênh lệch MRD1 giữa hai mắt là $0,43 \pm 0,22$ mm. Tất cả các trường hợp đều có nếp mi rõ, liên tục và cân đối, bờ mi cong đều, tự nhiên. Không ghi nhận trường hợp gập góc bờ mi hoặc nhấc mi khỏi nhãn cầu. Có 2/20 mắt (10,0%) có sẹo mi rõ nhưng mảnh, không gây co kéo, đều là các trường hợp phẫu thuật lại do sụp mi tái phát.

3.3. An toàn và biến chứng

Sau mổ 1 tuần, có 5/20 mắt (25,0%) sưng nề mi, tất cả đều cải thiện bằng điều trị nội khoa. Hở mi khi nhắm trung bình là $3,98 \pm 1,51$ mm sau mổ 1 tuần và giảm còn $1,99 \pm 1,78$ mm sau 6 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Không ghi nhận biến chứng giác mạc do hở mi. Có 2/20 mắt (10,0%) chĩnh thiếu, được phẫu thuật lại và cho kết quả tốt về chức năng và thẩm mỹ.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật vạt cơ trán cải biên có hiệu quả tốt trong điều trị sụp mi mức độ nặng. Sau phẫu thuật, MRD1 tăng từ $0,18 \pm 0,29$ mm trước mổ lên $2,47 \pm 1,11$ mm sau 1 tuần và đạt $3,04 \pm 0,62$ mm sau 6 tháng; đồng thời độ cao khe mi tăng từ $5,66 \pm 1,36$ mm lên $8,08 \pm 1,15$ mm sau 1 tuần và $8,65 \pm 1,11$ mm sau 6 tháng. Sự thay đổi của các chỉ số MRD1, độ cao khe mi tương đương với kết quả nghiên cứu Phạm Ngọc Minh và cộng sự (2021)⁴. Tác giả Kim và cộng sự (2016) hồi cứu trên 185 mắt được phẫu thuật bằng vạt cơ trán cải biên cho thấy MRD1 tăng từ $-0,21$ mm lên $1,96$ mm⁵. Lai và cộng sự (2013) phẫu thuật treo mi vạt cơ trán - cơ vòng mi cho 66 bệnh nhân (81 mắt) cho thấy sau phẫu thuật MRD1 tăng từ $-1,6 \pm 2,00$ mm lên $3,3 \pm 1,2$ mm⁶.

Một ưu điểm quan trọng của phẫu thuật vạt cơ trán là sử dụng mô tự thân để nâng mi. So với các kỹ thuật treo mi bằng vật liệu nhân tạo, phương pháp này tránh được một số bất lợi liên quan đến dị vật như phản ứng viêm, nguy cơ đào thải hoặc nhiễm trùng, đồng thời tận dụng trực tiếp lực cơ sinh lý của cơ trán để nâng mi hiệu quả hơn. Nguyễn Chí Trung Thế Truyền (2018) so sánh hai nhóm: phẫu thuật tĩnh tiến vạt cơ trán (56 mắt) và treo mi lên cơ trán bằng dây treo ePTFE (46 mắt) thấy kết quả thành công giải phẫu ở nhóm tĩnh tiến vạt cơ trán (89,3%), cao hơn nhóm treo mi lên cơ trán bằng dây ePTFE (73,9%), tỉ lệ tái phát chiếm 10,7% ở nhóm vạt cơ trán thấp hơn nhóm treo mi bằng dây treo là 26,1%, các biến chứng nhiễm trùng chiếm 13%, u hạt chiếm 2,2% chỉ có trong nhóm treo mi bằng dây treo⁷.

So với các kỹ thuật vạt cơ trán kinh điển, chúng tôi có một số cải biên đáng chú ý. Trước hết, phẫu thuật chỉ sử dụng một đường rạch ở nếp mi, nhờ đó không để lại sẹo tại vùng lấy vạt ở trán hoặc cung mày. Kết quả sẹo sau mổ nhìn chung nhỏ, kín đáo và ít ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Bên cạnh đó, đường tiếp cận này giúp bộc lộ vách ổ mắt và vị trí sụp mi để cố định vạt cơ trán dễ dàng, từ đó tạo thuận lợi cho việc điều chỉnh độ cao mi, hình thái và độ cân xứng nếp mi sau mổ⁸. Tuy nhiên, phẫu trường sẽ bị thu hẹp gây cản trở việc bóc tách vạt, nên kỹ thuật cần phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm⁹.

Điểm cải biên quan trọng tiếp theo là sử dụng vách ổ mắt như một ròng rọc để đổi hướng lực kéo của vạt cơ. Cơ chế này giúp lực kéo của vạt cơ hướng ra sau nhiều hơn, làm cho mi trên áp sát nhãn cầu tốt hơn và vận động gần với sinh lý hơn. Vì vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận hiện tượng nhấc mi lên khỏi

nhân cầu. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Ramirez và cộng sự (2004) thực hiện phẫu thuật vật cơ trán kèm tạo rỗng rọc bằng vách ổ mắt¹⁰, cũng như với nghiên cứu của Medel và cộng sự (2006) khi sử dụng cân cơ nâng mi làm rỗng rọc⁸. Bên cạnh đó, do vách ổ mắt là cấu trúc tương đối ít mạch máu, vật cơ có thể trượt thuận lợi hơn qua cửa sổ vách ổ mắt, từ đó có thể làm giảm nguy cơ dính tổ chức sau mổ và hạn chế phần nào tình trạng chậm vận động mi khi nhìn xuống.

Điểm cải biên cuối cùng là kỹ thuật không can thiệp vào cân cơ nâng mi. Trong sụp mi mức độ nặng, đặc biệt là sụp mi bẩm sinh, cơ nâng mi và cân cơ nâng mi thường phát triển kém hoặc chức năng rất yếu. Do đó, việc tránh bóc tách và thao tác thêm trên cấu trúc này giúp giảm sang chấn mô, đồng thời làm cho phẫu thuật ít xâm lấn hơn, giúp phẫu thuật tập trung hoàn toàn vào cơ trán như nguồn lực chính để nâng mi, phù hợp hơn với cơ chế bệnh sinh của sụp mi nặng có chức năng cơ nâng mi kém.

Về mặt thẩm mỹ, kết quả của nghiên cứu cũng tương đối khả quan. Tại thời điểm 6 tháng sau mổ, chênh lệch MRD1 giữa hai mắt chỉ là $0,43 \pm 0,22$ mm, tất cả các trường hợp đều có nếp mi rõ, liên tục và cân đối, bờ mi cong đều, tự nhiên, không có gập góc bờ mi. Điều này cho thấy kỹ thuật cải biên không chỉ đạt hiệu quả nâng mi mà còn tạo được hình thái bờ mi và nếp mi hài hòa sau mổ. Có 2/20 mắt có sẹo mi rõ nhưng mảnh, không gây co kéo. Đây đều là các trường hợp phẫu thuật lại, cho thấy ngay cả ở những ca can thiệp lần hai, kết quả thẩm mỹ vẫn chấp nhận được.

Về an toàn, mặc dù hờ mi khi nhắm còn gặp ở giai đoạn sớm sau mổ, mức độ hờ mi giảm rõ theo thời gian, từ $3,98 \pm 1,51$ mm sau 1 tuần xuống còn $1,99 \pm 1,78$ mm sau 6 tháng. Đáng chú ý, nghiên cứu không ghi nhận biến chứng giác mạc do hờ mi. Kết quả này có thể liên quan đến việc mức độ hờ mi sau mổ vẫn nằm trong giới hạn kiểm soát được, đồng thời người bệnh được chăm sóc bề mặt nhãn cầu tốt bằng nước mắt nhân tạo và theo dõi hậu phẫu sát.

Tóm lại, phẫu thuật vật cơ trán cải biên trong nghiên cứu này cho thấy hiệu quả tốt cả về chức năng và thẩm mỹ. Những cải tiến như sử dụng một đường rạch nếp mi, không để lại sẹo vùng lấy vật, dùng vách ổ mắt như một rỗng rọc để tối ưu hướng lực kéo và tạo mặt phẳng trượt thuận lợi cho vật cơ có thể là những yếu tố góp phần cải thiện kết quả sau mổ và hạn chế một số nhược điểm của kỹ thuật kinh điển.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật vật cơ trán cải biên là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị sụp mi mức độ nặng có chức năng cơ nâng mi kém. MRD1 tăng từ $0,18 \pm 0,29$ mm trước mổ lên $2,47 \pm 1,11$ mm sau mổ 1 tuần và $3,04 \pm 0,62$ mm sau mổ 6 tháng. Độ cao khe mi tăng từ $5,66 \pm 1,36$ mm lên $8,08 \pm 1,15$ mm sau mổ 1 tuần và $8,65 \pm 1,11$ mm sau mổ 6 tháng. Hờ mi khi nhắm giảm từ $3,98 \pm 1,51$ mm sau mổ 1 tuần xuống $1,99 \pm 1,78$ mm sau 6 tháng. Không ghi nhận biến chứng giác mạc. Kỹ thuật vật cơ trán cải biên có thể góp phần cải thiện kết quả thẩm mỹ và hạn chế một số nhược điểm của kỹ thuật kinh điển.



Bệnh nhân trước và sau phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Finsterer, J. Ptosis: Causes, Presentation, and Management. *Aesthetic Plast. Surg.* **27**, 193-204 (2003).
2. Floyd, M. T. & Kim, H. J. More than meets the eye: a comprehensive review of blepharoptosis. *Plast. Aesthetic Res.* **2021**, (2021).
3. Medel, R. et al. Frontalis Muscle Flap Versus Maximal Anterior Levator Resection as First Option for Patients With Severe Congenital Ptosis. *Ophthalm. Plast. Reconstr. Surg.* **34**, 565-569 (2018).
4. Phạm Ngọc Minh, Đinh Viêt Nghĩa, & Nguyễn Tài Sơn. Nghiên cứu ứng dụng vật cơ trán trong

- điều trị sụp mí mức độ vừa và nặng. *Tạp chí Y học Việt Nam* **506**, (2021).
5. Kim, W. J., Park, D. H. & Han, D. G. Ten Years of Results of Modified Frontalis Muscle Transfer for the Correction of Blepharoptosis. *Arch. Plast. Surg.* **43**, 172-180 (2016).
 6. Lai, C.-S. et al. The Role of Frontalis Orbicularis Oculi Muscle Flap for Correction of Blepharoptosis With Poor Levator Function. *Ann. Plast. Surg.* **71**, S29-S36 (2013).
 7. Nguyễn Chí Trung Thế Truyền. Nghiên cứu phẫu thuật tĩnh tiến vật cơ trán trong điều trị sụp mí bẩm sinh nặng, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh. (2018).
 8. Medel, R. et al. Frontalis Muscle Flap Advancement With a Pulley in the Levator Aponeurosis in Patients With Complete Ptosis and Deep-Set Eyes. *Ophthalm. Plast. Reconstr. Surg.* **22**, 441-444 (2006).
 9. Hou, D., Li, G., Fang, L. & Li, B. Frontalis Muscle Flap Suspension for the Correction of Congenital Blepharoptosis in Early Age Children. *PLoS ONE* **8**, e53185 (2013).
 10. Ramirez, O. M. & Pena, G. Frontalis Muscle Advancement: A Dynamic Structure for the Treatment of Severe Congenital Eyelid Ptosis: *Plast. Reconstr. Surg.* **113**, 1841-1849 (2004).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA DỌA SẢY THAI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN HÀ NỘI TỪ 2018 - 2022

Nguyễn Thị Thanh Vân¹, Đặng Thị Hạnh¹,
Chung Thị Cẩm Nhung¹, Phạm Thị Ánh Tuyết¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dọa sảy thai là bệnh lý sản phụ khoa thường gặp hiện nay ở Việt Nam cũng như trên thế giới với tỷ lệ mắc bệnh ngày càng gia tăng.

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của dọa sảy thai tại bệnh viện Đa khoa y học cổ truyền Hà Nội từ năm 2018 đến 2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu toàn bộ hồ sơ bệnh án của dọa sảy thai tại khoa Phụ sản Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội từ 2018 - 2022.

Kết quả: 108 thai phụ trong nghiên cứu có 97,2% thai phụ ra máu âm đạo; 93,5% đau bụng hạ vị; 57,4% ngủ ít; 51,9% ăn kém và 51,9% buồn nôn và nôn. Tuổi thai trung bình lúc vào viện là $9,3 \pm 0,4$; tuổi thai trung bình khi ra viện là $11,5 \pm 0,4$. Có 43,5% thai phụ được định lượng β hCG; tất cả thai phụ được siêu âm thai trong đó 41,7% thai phụ có hình ảnh tụ dịch dưới màng nuôi.

Kết luận: Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất của dọa sảy thai là ra máu âm đạo với tỷ lệ 97,2%; đau bụng hạ vị là 93,5%; tuổi thai trung bình lúc vào viện là $9,3 \pm 0,4$; tuổi thai trung bình khi ra viện là $11,5 \pm 0,4$. Có 43,5% thai phụ được định lượng β hCG; tất cả thai

phụ được siêu âm thai trong đó 41,7% thai phụ có hình ảnh tụ dịch dưới màng nuôi.

Từ khóa: Dọa sảy thai, Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF THREATENED MISCARRIAGE AT HANOI HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICAL FROM 2018 TO 2022

Background: Threatened miscarriage is a common obstetric condition in Vietnam as well as worldwide, with an increasing incidence. **Objective:** To investigate the clinical and paraclinical characteristics of threatened miscarriage at Hanoi hospital of traditional medical during the period 2018-2022.

Subjects and Methods: A retrospective descriptive study was conducted on all medical records of pregnant women diagnosed with threatened miscarriage and treated at the Department of Obstetrics and Gynecology, Hanoi hospital of traditional medical from 2018 to 2022.

Results: A total of 108 pregnant women were included in the study. The most common clinical manifestations were vaginal bleeding (97.2%) and lower abdominal pain (93.5%). Other symptoms included poor sleep (57.4%), decreased appetite (51.9%), and nausea and vomiting (51.9%). The mean gestational age at admission was 9.3 ± 0.4 weeks, and at discharge was 11.5 ± 0.4 weeks. Regarding paraclinical findings, 43.5% of patients underwent

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ánh Tuyết

Email: drtuyet@hmu.edu.vn

Mã bài: N638

Ngày nhận bài: 10.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 10.3.2026

Ngày duyệt bài: 10.4.2026