

DOI: 10.59715/pntjimp.3.1.9

Hiệu quả sử dụng vòng nâng cổ tử cung trong dự phòng sinh non ở các thai phụ có chiều dài cổ tử cung ngắn tại Bệnh viện Hùng Vương

Nguyễn Ngọc Thoại¹, Nguyễn Thị Ngọc Trinh², Hoàng Thị Diễm Tuyết¹

¹Bệnh viện Hùng Vương, Thành phố Hồ Chí Minh

²Bộ môn Dịch tễ học, Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Hiện nay, cổ tử cung yếu bẩm sinh (hở eo tử cung, cổ tử cung ngắn) hoặc thứ phát (do khoét chóp, nong nạo cổ tử cung) là một trong những nguyên nhân gây sinh non có thể được tầm soát qua siêu âm đo chiều dài cổ tử cung. Vòng nâng Arabin, một phương pháp xâm lấn tối thiểu được sử dụng trong dự phòng sinh non đã và đang được sử dụng ở một số nước trên thế giới. Tại Việt Nam, việc sử dụng vòng nâng vẫn chưa được phổ biến, vì vậy mục tiêu nghiên cứu nhằm xác định hiệu quả của phương pháp đặt vòng nâng Arabin ở các thai phụ có chiều dài cổ tử cung ngắn (< 25 mm) tại bệnh viện Hùng Vương từ tháng 01/2022 đến tháng 10/2022.

Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi thực hiện nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không có nhóm chứng ở các thai phụ đơn thai, có tuổi thai từ 24 tuần đến 32 tuần, với chiều dài cổ tử cung < 25mm. Các thai phụ được đặt vòng nâng, theo dõi định kỳ, ghi nhận các tác dụng ngoại ý, biến chứng cho đến khi chuyển dạ sinh tự nhiên.

Kết quả: Nghiên cứu thực hiện từ tháng 1/2022 đến tháng 10/2022 bao gồm 176 thai phụ có tuổi thai từ 24 tuần - 32 tuần được đặt vòng Arabin và theo dõi thai kỳ đến lúc sinh tại Bệnh viện Hùng Vương. Kết quả ghi nhận, tỷ lệ thành công (sinh từ 34 tuần trở lên) chiếm 88,1%, tỷ lệ sinh đủ tháng (từ 37 tuần trở lên) là 64,8%. Tỷ lệ trẻ nhập NICU là 11,4% (20 trường hợp). Các tác dụng ngoại ý ghi nhận là tăng tiết dịch âm đạo (29,7%), viêm âm đạo nấm (8,7%), nhiễm trùng tiểu (5,8%).

Kết luận: Tỷ lệ thành công cao khi đặt vòng nâng CTC ở các thai phụ có chiều dài cổ tử cung ngắn < 25 mm (sinh từ 34 tuần trở lên). Tiền căn sinh non được ghi nhận có liên quan đến tỷ lệ sinh non trước 34 tuần. Một số tác dụng ngoại ý được ghi nhận: tiết dịch âm đạo nhiều, nhiễm nấm âm đạo, nhiễm trùng tiểu.

Từ khóa: Sinh non, đặt vòng nâng Arabin, CTC ngắn.

Abstract

Effect of cervical pessary in preventing premature birth in pregnant women with short cervix at Hung Vuong Hospital

Background: Cervical insufficiency is a condition thought to be caused by congenital abnormalities or secondary after procedures such as cervical conization, dilation, and curettage. A short cervix can be screened with an ultrasound that measures the length of the cervix very early in pregnancy. Arabin pessary, a minimally invasive method, which is known to prevent preterm birth, has been used in several countries around the world. In Vietnam, the use of the Arabin pessary is not yet popular. The aim of study is to determine the effectiveness of Arabin pessary use in pregnant women with short cervical length (< 25 mm) at Hung Vuong hospital from January 2022 to October 2022.

Ngày nhận bài:

06/10/2023

Ngày phản biện:

19/11/2023

Ngày đăng bài:

20/01/2024

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Thị Ngọc Trinh

Email: trnhntn@pnt.

edu.vn

ĐT: 0908049054

Methods: We performed a clinical trial research without a control group on 176 pregnant women with singleton pregnancies, gestational age from 24 weeks to 32 weeks, cervical length < 25mm. Pregnant women are placed Arabin rings, periodically monitored, recorded side effects, complications until spontaneous labor.

Results: The study was carried out from January 2022 to October 2022, including 176 women with gestational age from 24 weeks to 32 weeks who were placed with Arabin rings and followed up until delivery at Hung Vuong Hospital. The success rate (birth rate from 34 weeks or more) accounted for 88.1%, the full-term birth rate (37 weeks or more) was 64.8%. The rate of neonates admitted to the NICU was 11.4% (20 cases). The adverse events reported were increased vaginal discharge (29.7%), fungal vaginitis (8.7%), urinary tract infection (5.8%).

Conclusions: The success rate of using Arabin rings (born from 34 weeks or more) was 88.1% (155/176 cases) with 95% CI [82.3 - 92.5]. Multivariate regression analysis, we found a statistically significant association between the history of preterm birth and the rate of birth before 34 weeks with OR = 3.4, 95% CI [1.1 - 10.5], p = 0.02. The undesirable effects of Arabin ring insertion are vaginal discharge: 29.7%, fungal vaginitis: 8.7%, urinary tract infection: 5.8%.

Keywords: Preterm birth, Arabin pessary, short cervical length.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh non là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi. 1 Cổ tử cung (CTC) yếu bẩm sinh (hở eo tử cung, CTC ngắn) hoặc thứ phát (do khoét chóp, nong nạo CTC) là một trong những nguyên nhân gây sinh non có thể được tầm soát qua siêu âm đo chiều dài CTC. Hiện nay, các biện pháp can thiệp nhằm giảm tỷ lệ sinh non như: khâu eo vòng CTC, sử dụng thuốc giảm gò, và vòng nâng CTC là một phương pháp đã được sử dụng ở một số nước trên thế giới. Theo một số nghiên cứu cho thấy vòng nâng CTC được sử dụng như một phương pháp điều trị kết hợp đem lại lợi ích đối với trường hợp chưa cần khâu vòng CTC. 2 Một nghiên cứu khác ghi nhận vòng nâng CTC và khâu vòng CTC có hiệu quả tương đương trong ngăn ngừa sinh non ở phụ nữ mang thai có chiều dài CTC ngắn, và cải thiện kết cục thai kỳ. 3 Trong một nghiên cứu RCT, phụ nữ có chiều dài kênh CTC ngắn ≤ 25 mm với tuổi thai 18 - 22 tuần sử dụng vòng nâng CTC Arabin có thể ngăn ngừa được sinh non. 4,5 Tại Việt Nam, một nghiên cứu tại Bệnh viện Mỹ Đức so sánh hiệu quả của 2 phương pháp: đặt vòng nâng CTC và sử dụng progesterone (400 mg/ngày) đặt âm đạo dự phòng sinh non ở phụ nữ song thai có CTC < 38 mm, với kết quả vòng nâng CTC giúp giảm biến chứng sơ sinh; còn nhóm có CTC < 28 mm, vòng nâng CTC giảm tỉ lệ sinh non < 34 tuần và biến chứng sơ sinh. 6 Nhưng theo tác giả Saccone và cộng sự ghi nhận vòng nâng không đem lại lợi ích cho nhóm có nguy cơ sinh non. 7 Do đó, việc sử

dụng vòng nâng vẫn còn nhiều tranh cãi và chưa được thống nhất trong khuyến cáo. Hiện nay, tại Việt Nam, việc sử dụng vòng nâng vẫn chưa được phổ biến. Vì vậy, với câu hỏi nghiên cứu “Vòng nâng cổ tử cung có hiệu quả dự phòng sinh non ở thai phụ có cổ tử cung ngắn hay không?”, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu xác định hiệu quả của vòng nâng CTC trong dự phòng sinh non ở các thai phụ đơn thai có chiều dài CTC ngắn (< 25 mm) tại Bệnh viện Hùng Vương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Dân số chọn mẫu: Thai phụ với tuổi thai 24-32 tuần có chiều dài CTC ngắn (< 25 mm) xác định bằng siêu âm khi đến khám tại bệnh viện Hùng Vương.

Tiêu chuẩn nhận vào: Thai phụ trong quá trình khám thai hoặc nhập viện tại Bệnh viện Hùng Vương với tiêu chí: đơn thai, tuổi thai 24-32 tuần, có chỉ định đặt vòng nâng CTC: chiều dài CTC < 25 mm, đồng thuận sử dụng vòng nâng Arabin và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chí loại trừ: Thai phụ có chống chỉ định đặt vòng nâng CTC như nghi ngờ nhiễm trùng ối, dị dạng âm đạo (hẹp, vách ngăn), nhiễm khuẩn âm đạo chưa điều trị ổn, xuất huyết âm đạo bất thường, nhau tiền đạo ra huyết, túi ối sa vào âm đạo, rì ối/vỡ ối, tổn thương nghi ngờ ung thư CTC, chuyên dạ khó tránh (CTC mở ≥ 2 cm, xóa $\geq 50\%$, hoặc $\text{c} \geq 2$ cơn gò/10 phút) hoặc thai phụ không tuân

thủ thời gian khám, theo dõi, hoặc không có khả năng đọc, viết Tiếng Việt, hay rối loạn tâm thần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

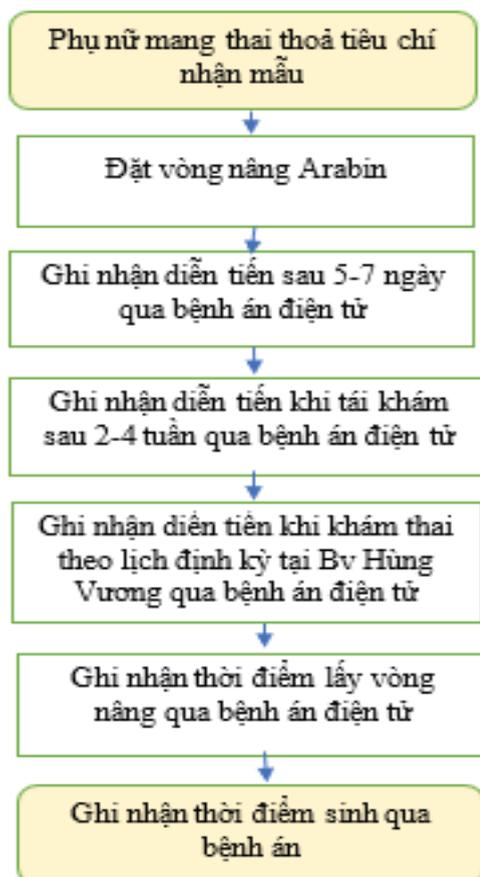
Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không nhóm chứng

Cỡ mẫu: được tính bằng công thức ước tính cỡ mẫu để xác định 1 tỉ lệ mới mắc (trong nghiên cứu này cũng đồng thời là tỷ lệ hiện mắc). Trong đó: α (xác suất sai lầm loại I) = 0,05; d: chọn sai số cho phép 5%; $p = 86,8\%$, là tỷ lệ thai phụ sinh ≥ 34 tuần có kênh CTC ngắn < 25 mm theo Romero. 8 Ta có $n = 176$ thai phụ.

Phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Tất cả các bệnh nhân khám thai ở Bệnh viện Hùng Vương qua siêu âm có chiều dài CTC < 25 mm ở tuổi thai 24 tuần tới 32 tuần.

Công cụ thu thập số liệu:

- Bảng thu thập số liệu
- Phỏng vấn trực tiếp, khám và ghi nhận kết quả khám vào hồ sơ khám thai, bảng thu thập số liệu ghi nhận tình trạng biến chứng sau đặt vòng như: tiết dịch âm đạo, viêm nhiễm nấm âm đạo, ối rỉ/ vỡ, nhiễm trùng tiểu,... qua những lần bệnh nhân tái khám thai tại bệnh viện Hùng Vương, ghi nhận kết cục thai kỳ qua hồ sơ nội trú.



Lưu đồ 1. Các bước thực hiện nghiên cứu

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Nhập và xử lý số liệu theo chương trình SPSS trong MacOS. Thống kê mô tả: biến số định tính: tần số và tỷ lệ phần trăm; biến số định lượng: mô tả bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn (phân phối bình thường), trung vị và khoảng tứ vị (phân phối không bình thường). Thống kê phân tích: kiểm định t so sánh số trung bình của nghiên cứu và số trung bình của y văn. Khảo sát tương quan dùng phép kiểm Independent Samples T-test, One-way Anova test phân tích cho biến định lượng, phép kiểm Chi bình phương cho biến định tính. Mức ý nghĩa $p < 0,05$ định nghĩa sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.4. Vấn đề y đức

- Nghiên cứu được chấp thuận của hội đồng y đức Bệnh viện Hùng Vương số 118/HĐĐĐ-BVHV.

- Họ tên thai phụ được giữ bí mật, các thông tin liên quan chỉ được sử dụng cho mục đích khoa học. Bệnh nhân có thể từ chối sử dụng vòng nâng bất cứ lúc nào. Nghiên cứu viên không can thiệp vào việc tư vấn sử dụng vòng nâng để tránh ảnh hưởng đến quyết định của sản phụ. Thai phụ được bác sĩ tham vấn về nguy cơ, và lợi ích của vòng nâng để có thể tự quyết định và ký đồng thuận tham gia.

3. KẾT QUẢ

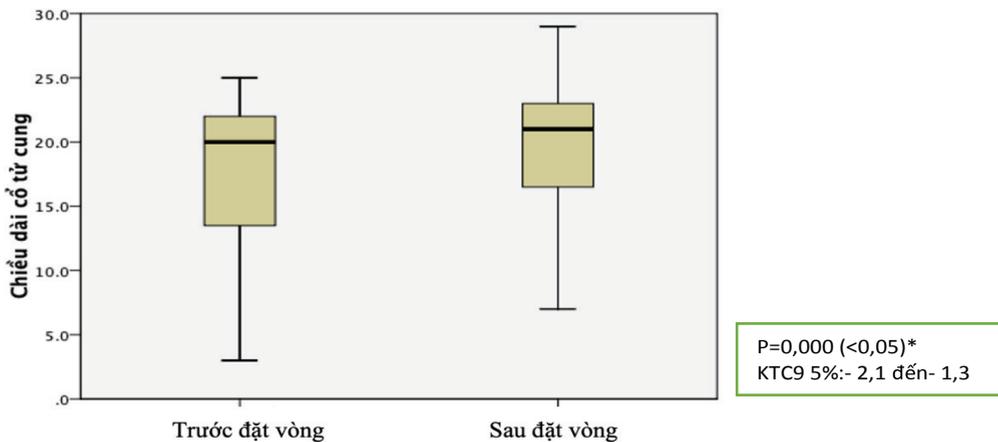
3.1. Tỷ lệ sinh từ 34 tuần ở các thai phụ đặt vòng

Bảng 1. Tỷ lệ sinh từ 34 tuần ở các thai phụ đặt vòng

Kết cục thai kỳ (N = 176)	Số lượng (n)	Tỷ lệ %	KTC 95%
Sinh non trước 34 tuần	21	11,9	7,5 - 17,7
Sinh từ 34 tuần trở lên	155	88,1	82,3 - 92,5

Trong 176 thai phụ có nguy cơ sinh non với chiều dài CTC dưới 25 mm được đặt vòng nâng có 155 ca sinh từ 34 tuần trở lên với tỷ lệ 88,1% (82,3 - 92,5), 21 ca sinh dưới 34 tuần 11,9% (7,5 - 17,7).

3.2. Một số yếu tố liên quan đến đặt vòng nâng CTC



Biểu đồ 1. Sự thay đổi chiều dài CTC trước và sau đặt vòng nâng 1 tháng

Sau 1 tháng đặt vòng nâng, nghiên cứu ghi nhận còn lại 155 trường hợp, 21 trường hợp đã sinh (11,9%). Có sự thay đổi về chiều dài CTC qua 2 thời điểm trước đặt vòng và 1 tháng sau đặt vòng nâng. Trung bình chiều dài CTC trước đặt vòng là 17,6mm, sau đặt vòng là 19,7mm, trung vị trước đặt vòng là 20mm, sau đặt vòng là 21 mm. Qua biểu đồ ta thấy giá trị trung vị của chiều dài CTC tăng so với trước đặt, khoảng tứ phân vị cũng tăng so với trước đặt vòng, giá trị tập trung hơn. Giá trị trung bình thời điểm trước đặt vòng nâng là 17,6 mm, sau đặt vòng nâng là 19,7, hiệu giá trị trung bình trước- sau đặt vòng là -1,7 mm với $p = 0,0001 (< 0,05)$ KCT 95% (- 1,3 đến - 2,1). Có ý nghĩa thống kê trong sự khác biệt về chiều dài CTC giữa trước - sau đặt vòng nâng.

3.3. Phân tích đa biến sự liên quan giữa tỷ lệ sinh non trước 34 tuần và các yếu tố

Bảng 2. Kết quả phân tích đa biến mối liên hệ giữa các đặc điểm của thai phụ và tỷ lệ sinh non trước 34 tuần

Các yếu tố	OR*	KTC 95%*	Giá trị p*
Tiền căn sinh non	3,4	1,1-10,5	0,02
Tiền căn sảy thai	1,6	0,4-5,9	0,3
Chiều dài CTC	1,0	1-1,1	0,08
Có khâu vòng CTC	1,2	0,2-8	0,6

*Binary Logistic Regresstion

Tiền căn sinh non trước đây: nhóm từng sinh non và nhóm chưa từng sinh non

Chiều dài CTC: nhóm CTC ≤ 15 mm; nhóm $15 \text{ mm} < \text{CTC} < 25$ mm

Có khâu vòng CTC: nhóm có khâu và nhóm không khâu vòng CTC trước đó, không phải lần này

Phân tích hồi qui logistic đa biến khử yếu tố gây nhiễu trong 4 yếu tố độc lập, chỉ có tiền căn non là có liên quan đến tỷ lệ sinh non trước 34 tuần. Tỷ lệ sinh non trước 34 tuần trong nhóm có tiền căn sinh non cao gấp 3,4 lần nhóm không có tiền căn sinh non ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 176 thai phụ có nguy cơ sinh non với chiều dài CTC dưới 25 mm được đặt vòng nâng, trong đó có 155 ca sinh từ 34 tuần trở lên, với tỷ lệ 88,1% (82,3 - 92,5). Mục đích chính của việc đặt vòng nâng là kéo dài thai kỳ tối đa, và đặc biệt là khi có thể kéo dài tối thiểu đến 34 tuần.

Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Lê Văn Hiền [9] cho kết quả tỷ lệ sinh từ 34 tuần trở lên chiếm 81,1% trên 74 thai phụ được đặt vòng nâng, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Ở nghiên cứu trên, tỷ lệ sinh non trước 34 tuần trong nhóm có tiền căn sinh non, nghi ngờ hở eo tử cung lên đến 25% đồng thời thời điểm chẩn đoán và đặt vòng nâng là 26 tuần. Điều này cho thấy việc cảnh giác và tầm soát sớm hở eo tử cung trên đối tượng có tiền căn sinh non chưa được đánh giá cao dẫn đến việc can thiệp khi tuổi thai lớn sẽ dẫn đến tỷ lệ thành công

thấp. So với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hồng Nhung [10], tỷ lệ sinh từ 34 tuần trở lên là 82,5%, sinh dưới 34 tuần chiếm 17,5%. Hai nghiên cứu trên không sử dụng vòng Arabin mà sử dụng vòng nâng Smith và vòng nâng Risser.

So với các nghiên cứu khác trên thế giới, tác giả Acharya đặt vòng với tuổi thai < 30 tuần khi chiều dài CTC ≤ 25 mm, cùng sử dụng vòng Arabin, về đặc điểm tương đối giống với nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận kết quả về tuổi thai trung bình khi sinh là 34 tuần, 45% thai phụ sinh trước 34 tuần. Tỷ lệ sinh non trước 34 tuần cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Một nghiên cứu thực hiện trên những đối tượng có nguy cơ cao như: tiền căn sinh non, tiền căn khoét chóp CTC, và chiều dài CTC < 25 mm, 58 sản phụ được theo dõi từ tam cá nguyệt I tới khi sinh. Kết cục ghi nhận tỷ lệ sinh từ 34 tuần trở lên là 74,1% (43/58). Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi, bắt nguồn từ đối tượng nghiên cứu của tác giả trên bao gồm các thai phụ có thủ thuật trên CTC kết hợp với chiều dài CTC ngắn nên hiệu quả duy trì thai kỳ trên 34 tuần thấp hơn. Đối tượng nghiên cứu chúng tôi không có trường hợp nào có tiền căn thủ thuật tại CTC. Tác giả cho rằng ở nhóm phụ nữ có nguy cơ sinh non cao nên được áp dụng vòng nâng sớm hơn 14 tuần. Việc đặt sớm và theo dõi chặt chẽ sẽ đem lại lợi ích trong việc quản lý nhóm sản phụ này được tốt hơn [12]. Theo nghiên cứu RCT PECEP 4 bao gồm 385 phụ nữ mang thai có CTC ngắn từ 25 mm trở xuống từ 18 đến 22 tuần. Việc sử dụng vòng nâng (192 thai phụ) có liên quan đến việc giảm đáng kể tỷ lệ sinh non ở tuổi thai dưới 37 tuần so với việc điều trị theo phác đồ hiện hành không sử dụng vòng nâng (22% so với 59%; RR = 0,36, KTC 95%: 0,27 - 0,49). Sinh non trước 34 tuần giảm đáng kể ở nhóm đặt vòng (6% và 27% tương ứng, RR = 0,18; KTC 95%: 0,13 - 0,37). Về tỷ lệ sinh non trước 34 tuần nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu PECEP (11,9% so với 6%) lý giải cho kết quả trên chúng tôi nhận thấy đối với các trường hợp khi siêu âm đo chiều dài CTC định kỳ < 25 mm trong quá trình khám thai nên được can thiệp sớm nhằm giảm tỷ lệ sinh non.

Phân tích đa biến khử nhiễu chỉ còn lại nhóm có tiền căn sinh non có liên quan tỷ lệ

sinh từ 34 tuần trở lên với OR = 3,4, KTC 95%: 1 - 10,5, p = 0,02 so với nhóm không có tiền căn sinh non.

So sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hồng Nhung ghi nhận kết cục thai kỳ ở sản phụ có CL ≤ 25 mm, được đặt vòng nâng CTC, phân tích đơn biến ghi nhận các biến số liên quan tỷ lệ sinh từ 34 tuần trở lên là tuổi thai lúc đặt vòng với OR = 0,8, KTC 95%: 0,76 - 0,95, p = 0,04, chiều dài CTC 20 - 25 mm với OR = 0,19, KTC 95%: 0,03-0,41, p = 0,01, trình độ văn hóa với OR = 3,2, KTC 95%: 1,9 - 13,2, p = 0,01, sự tăng cân quá mức OR = 0,19, KTC 95%: 0,03 - 0,25, p = 0,01, tiền căn sinh non với OR = 2,6, KTC 95%: 0,94 - 4,71, p = 0,06. Khác với nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hồng Nhung sau khi phân tích đa biến thì yếu tố tiền căn sinh non không còn liên quan đến tỷ lệ sinh từ 34 tuần trở lên, với p = 0,06. 10 Sau phân tích đa biến, tác giả chỉ ghi nhận được 4 yếu tố liên quan đến kết cục thai kỳ gồm: tuổi thai lúc đặt vòng, trình độ văn hoá, sự tăng cân quá mức, và chiều dài CTC. Khác với nghiên cứu của chúng tôi không tìm được các mối liên quan của các yếu tố trên đến kết cục thai kỳ.

Tiền căn sinh non là yếu tố mà kết cục của chúng tôi ghi nhận có liên quan đến tỷ lệ sinh non trước 34 tuần. Theo tài liệu ghi nhận, thai phụ có tiền căn sinh non trước đó sẽ có tỷ lệ tái phát lên tới 50% [13], mặc dù không nhất thiết phải xảy ra ngay trong lần mang thai tiếp theo. Tuổi thai sinh lần này có xu hướng sớm hơn ở lần sinh trước và các báo cáo ghi nhận rằng với số lần sinh non trước đó càng nhiều thì càng làm tăng thêm nguy cơ sinh non cho lần tiếp theo [14]. Hầu hết các hướng dẫn khuyến cáo sử dụng progesterone ở các thai phụ có tình trạng ngắn CTC mà không có tiền sử sinh non và đối với thai phụ từng sinh non trước đó nên được chỉ định khâu vòng CTC 15-16. Tương tự như vậy, Berghella và cộng sự đã chứng minh rằng khâu vòng CTC làm giảm sinh non ở đơn thai có chiều dài CTC ngắn, đặc biệt đối với những bệnh nhân đã sinh non trước đó. Tuần thai có thể phù hợp để khâu vòng CTC vẫn còn đang được tranh luận. 17 ACOG, CNGOF, EAPM, KCE, SCOG, đề xuất rằng không nên khâu CTC muộn hơn 24 tuần tuổi thai (trong khi

NICE nhận thấy chỉ định cho việc này cho đến 27+ 6 tuần tuổi thai). Do đó đối với tuổi thai trên 24 tuần thì vòng nâng Arabin là một lựa chọn khác cho thai phụ để hạn chế những bất lợi của việc khâu vòng CTC như nhiễm trùng, ra huyết, chi phí điều trị và cần phải nhập viện nội trú.

Đối với thai phụ có tiền căn sinh non và chiều dài CTC ≥ 25 mm, một tổng quan hệ thống gần đây của Cochrane đã ủng hộ khuyến nghị sử dụng progesterone trong điều trị dự phòng này. Các tác giả báo cáo rằng việc áp dụng progesterone dự phòng cho phụ nữ có tiền sử sinh non làm giảm nguy cơ sinh non trước 34 tuần, giảm tỷ lệ tử vong chu sinh, giảm tỷ lệ trẻ nhẹ cân và giảm tử vong sơ sinh. Điều trị dự phòng bằng progesterone thường được bắt đầu vào khoảng cuối tam cá nguyệt thứ nhất (tức là khoảng 12 - 14 tuần tuổi thai) hoặc khi phát hiện CTC ngắn lại lần đầu tiên. Một nghiên cứu RCT mù đôi gần đây đã chứng minh rằng tiêm bắp 17-OHP-C không làm giảm sinh non tái phát <35 tuần thai so với giả dược. Bên cạnh đó, Cơ quan Dược phẩm Châu Âu (EMA) đã không phê duyệt 17-OHP-C cho sử dụng lâm sàng, trong khi Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) không phê duyệt progesterone vi hạt, điều này giải thích các khuyến nghị khác nhau trong hướng dẫn. Vì thế, đối với thai phụ có tiền căn sinh non trước đó, nên được chú ý và cần có biện pháp dự phòng ngay từ cuối tam cá nguyệt thứ nhất với progesterone đặt âm đạo, siêu âm đo chiều dài CTC có thể bắt đầu từ 14 tuần và cần có biện pháp can thiệp thích hợp. Với kết quả siêu âm chiều dài CTC ≥ 25 mm, progesterone đặt âm đạo được sử dụng. Với kết quả siêu âm chiều dài CTC < 25 mm, sản phụ sẽ được tư vấn 3 phương pháp dự phòng: Progesterone đặt âm đạo, đặt vòng nâng CTC, hoặc khâu vòng CTC, nếu lần mang thai trước có vỡ ối non và sinh non ngay sau đó thai phụ sẽ được đề nghị 2 phương pháp đặt progesterone âm đạo hoặc khâu vòng CTC [19].

Xét về tiền căn sử dụng progesterone đường đặt âm đạo hoặc hậu môn trước đó, kết hợp với đặt vòng nâng, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt khi sử dụng progesterone trước đặt vòng liên quan đến tỷ lệ

sinh trước 34 tuần. So sánh với một nghiên cứu khác ghi nhận tương tự không có sự khác biệt về tỷ lệ sinh non trước 37 tuần, 34 tuần, 32 tuần, 28 tuần khi so sánh giữa nhóm có sử dụng vòng nâng kết hợp progesterone và nhóm sử dụng vòng nâng đơn thuần. [20] Nên cân nhắc việc sử dụng vòng nâng kết hợp với progesterone vì có thể sẽ làm tăng gánh chi phí điều trị so với đặt vòng nâng đơn thuần nhưng không đem lại kết cục tốt hơn.

Điểm mạnh đề tài

Bệnh viện Hùng Vương là một trong những trung tâm chăm sóc sản khoa hạng I, tuyến Trung ương, với số lượng bệnh nhân khá đông, phân bố đa dạng từ các tỉnh thành khác nhau, là nơi tập trung các thai kỳ có nguy cơ giúp nghiên cứu có tính đa dạng về đặc điểm dân số xã hội. Thai phụ đến khám thai tại một bệnh viện có uy tín, chất lượng nên hầu hết họ đều tuân thủ hướng dẫn điều trị của bác sĩ, cũng như không bị mất dấu.

Hệ thống phiếu khám bệnh điện tử, bệnh án điện tử được triển khai tốt trên phần mềm Hsoft tại bệnh viện đã giúp cập nhật số liệu và theo dõi sát đối tượng nghiên cứu tránh mất dữ liệu thông tin, sai lệch số liệu.

Đồng thời sự tập huấn chặt chẽ, sự phối hợp giữa các thành viên nghiên cứu từ đơn vị Niệu sản chậu, bác sĩ khoa khám thai, khoa sản bệnh đã giúp việc chăm sóc, theo dõi cho sản phụ được tốt nhất, việc đánh giá và ghi nhận số liệu được thống nhất.

Hạn chế đề tài

Khởi điểm là đề tài tốt nghiệp sẽ có sự hạn chế về mặt thời gian, dẫn đến chúng tôi chọn thiết kế nghiên cứu khả thi cho việc thực hiện đề tài và thiết kế không có nhóm so sánh, làm giảm bớt việc đánh giá hiệu quả giữa các phương pháp can thiệp, đồng thời sẽ khó so sánh những ưu và khuyết điểm đặc biệt là giữa những phương pháp khác nhau trong dự phòng sinh non như khâu vòng CTC, đặt vòng nâng CTC.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thành công (sinh từ 34 tuần trở lên) sau đặt vòng nâng CTC là 88,1% (155/176 trường hợp) với KTC 95%: 82,3 - 92,5. Sau phân tích hồi qui đa biến, ghi nhận yếu tố thai phụ có tiền căn sinh non có liên quan đến tỷ lệ sinh trước 34

tuần với OR = 3,4, KTC 95% [1,1 - 10,5], p = 0,02. Một số tác dụng ngoại ý ghi nhận như tiết dịch âm đạo nhiều: 29,7%, Nhiễm nấm âm đạo: 8,7%, Nhiễm trùng tiểu: 5,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Organization WH. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. 2015;
2. Ikechebelu JI, Eke AC, Okam PC, Ezebialu IU, Ilika CP, Eleje GU. Cervical cerclage in combination with other treatments for preventing preterm birth in singleton pregnancies. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;2017(11)
3. Antczak - Judycka A, Sawicki W, Spiewankiewicz B, Cendrowski K, Stelmachów J. Comparison of cerclage and cerclage pessary in the treatment of pregnant women with incompetent cervix and threatened preterm delivery. Ginekologia polska. 2003;74(10):1029-1036.
4. Goya M, Pratcorona L, Merced C, et al. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial. The Lancet. 2012;379(9828):1800-1806.
5. Liem S, van Pampus MG, Mol BWJ, Bekedam DJ. Cervical pessaries for the prevention of preterm birth: a systematic review. Obstetrics and gynecology international. 2013;2013
6. Dang VQ, Nguyen LK, Pham TD, et al. Pessary compared with vaginal progesterone for the prevention of preterm birth in women with twin pregnancies and cervical length less than 38 mm: a randomized controlled trial. Obstetrics & Gynecology. 2019;133(3):459-467.
7. Saccone G, Ciardulli A, Xodo S, et al. Cervical pessary for preventing preterm birth in singleton pregnancies with short cervical length: a systematic review and meta - analysis. Journal of Ultrasound in Medicine. 2017;36(8):1535-1543.
8. Romero R, Nicolaides K, Conde-Agudelo A, et al. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data. 2012;206(2):124. e1-124. e19.
9. Lê Văn Hiền NTTTT. Báo cáo hàng loạt ca: 74 trường hợp điều trị dự phòng sinh non bằng vòng nâng cổ tử cung. Chuyên đề Sức khỏe sinh sản Thời sự Y học. 2015;17:44-48.
10. Nguyễn Hồng Nhung VMT. Kết cục thai kỳ ở các thai phụ đặt vòng nâng từ 14 đến 32 tuần dự phòng sinh non tại Bệnh viện Từ Dũ. Nghiên cứu Y học. Nghiên cứu Y học. 2021;1(25):94-100.
11. Acharya G, Eschler B, Grønberg M, Hentemann M, Ottersen T, Maltau JM. Noninvasive cerclage for the management of cervical incompetence: a prospective study. Archives of gynecology and obstetrics. 2006;273(5):283.
12. Rahman RA, Atan IK, Ali A, et al. Use of the Arabin pessary in women at high risk for preterm birth: long-term experience at a single tertiary center in Malaysia. BMC pregnancy and childbirth. 2021;21(1):1-7.
13. Goldenberg RL, Iams JD, Mercer BM, et al. The preterm prediction study: the value of new vs standard risk factors in predicting early and all spontaneous preterm births. NICHD MFMU Network. American journal of public health. 1998;88(2):233-238.
14. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. The lancet. 2008;371(9606):75-84.
15. Putora K, Hornung R, Kinkel J, Fischer T, Putora PM. Progesterone, cervical cerclage or cervical pessary to prevent preterm birth: a decision-making analysis of international guidelines. BMC pregnancy and childbirth. 2022;22:1.
16. Romero R, Conde-Agudelo A, Rode L, et al. Vaginal progesterone in twin gestation and a short cervix: revisiting an individual patient data systematic review and meta-analysis. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: the Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2021;
17. Berghella V, Owen J, MacPherson C, et al. National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Maternal-

- Fetal Medicine Units Network (FMU). Natural history of cervical funneling in women at high risk for spontaneous preterm birth *Obstet Gynecol.* 2007;109(4):863-869.
18. Blackwell SC, Gyamfi-Bannerman C, Biggio Jr JR, et al. 17-OHPC to prevent recurrent preterm birth in singleton gestations (PROLONG study): a multicenter, international, randomized double-blind trial. *American journal of perinatology.* 2020;37(02):127-136.
19. & PGAgmuoO, all NRfNLa, NWNODN. tlLbNCS. Diagnosis and Management of Preterm Labour (From 22+0 weeks gestation) including Cervical Cerclage, Tocolysis, Antenatal Corticosteroids and Magnesium Sulphate North West Coast strategic Clinical Networks. Dec 2020 2021;
20. Stricker N, Timmesfeld N, Kyvernitakis I, Goerges J, Arabin B. Vaginal progesterone combined with cervical pessary: A chance for pregnancies at risk for preterm birth? *American journal of obstetrics and gynecology.* 2016;214(6):739. e1-739. e10.