

SỞ Y TẾ TỈNH BẮC NINH  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA GIA BÌNH

THỰC TRẠNG ĐIỀU TRỊ DỌA ĐỂ NON  
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA GIA BÌNH

Người thực hiện: Bác sĩ Nguyễn Đức Lợi

*Bắc Ninh, năm 2026*

## MỤC LỤC

<b>DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT.....</b>	
<b>DANH MỤC BẢNG.....</b>	
<b>DANH MỤC BIỂU ĐỒ.....</b>	
<b>DANH MỤC HÌNH.....</b>	
<b>ĐẶT VẤN ĐỀ.....</b>	<b>1</b>
<b>CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Đặc điểm của đẻ non.....</b>	<b>3</b>
1.1.1. Định nghĩa đẻ non.....	3
1.1.2. Tỷ lệ đẻ non ở Việt Nam và một số nước.....	3
1.1.3. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ.....	3
1.1.4. Cơ chế bệnh sinh của chuyển dạ đẻ non.....	6
<b>1.2. Chẩn đoán dọa đẻ non [1].....</b>	<b>8</b>
1.2.1. Triệu chứng và chẩn đoán dọa đẻ non.....	8
1.2.2. Triệu chứng và chẩn đoán đẻ non.....	11
<b>1.3. Thái độ xử trí [1], [2].....</b>	<b>12</b>
1.3.1. Chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi.....	12
1.3.2. Sử dụng thuốc giảm co.....	12
1.3.3. Sử dụng corticoide.....	19
<b>1.4. Một số nghiên cứu về Nifedipine trong điều trị dọa đẻ non.....</b>	<b>19</b>
<b>CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>21</b>

<b>2.1. Đối tượng nghiên cứu.....</b>	<b>21</b>
2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu nghiên cứu.....	21
2.1.2. Các tiêu chuẩn loại trừ.....	21
<b>2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu.....</b>	<b>22</b>
<b>2.3. Thiết kế nghiên cứu.....</b>	<b>22</b>
<b>2.4. Chọn mẫu.....</b>	<b>22</b>
<b>2.5. Biến số, chỉ số và cách đo lường.....</b>	<b>22</b>
<b>2.6. Công cụ thu thập số liệu.....</b>	<b>25</b>
<b>2.7. Thống kê, phân tích số liệu.....</b>	<b>25</b>
<b>2.8. Đạo đức trong nghiên cứu.....</b>	<b>25</b>
<b>CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>26</b>
<b>3.1. Các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.....</b>	<b>26</b>
<b>3.2. Kết quả điều trị.....</b>	<b>28</b>
3.2.1. Tình trạng của đối tượng nghiên cứu trước điều trị.....	28
3.2.2. Kết quả điều trị.....	29
<b>3.3. Các tác dụng không mong muốn của thuốc.....</b>	<b>32</b>
<b>CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN.....</b>	<b>34</b>
<b>KẾT LUẬN.....</b>	<b>35</b>
<b>KIẾN NGHỊ.....</b>	<b>36</b>
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO.....</b>	<b>37</b>
<b>PHỤ LỤC.....</b>	<b>39</b>



## DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

<b>CHỮ VIẾT TẮT</b>	<b>TÊN ĐẦY ĐỦ</b>
CDSN	Chuyên dạ sinh non
CTC	Cổ tử cung
ĐN	Đẻ non
NICE	Viện Quốc gia về Sức khỏe và Chăm sóc Xuất sắc của Anh
TC	Tử cung
WHO	Tổ chức y tế thế giới

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1. Số lần mang thai của đối tượng nghiên cứu	26
Bảng 3.2. Tuổi thai khi vào viện	27
Bảng 3.3. Triệu chứng toàn thân khi vào viện	28
Bảng 3.4. Tình trạng của tử cung khi vào viện	29
Bảng 3.5. Tần số sử dụng các thuốc giảm co	29
Bảng 3.6. Tỷ lệ sử dụng thuốc giảm co đơn thuần và phối hợp thuốc	30
Bảng 3.7. Đặc điểm sử dụng các thuốc giảm co đơn thuần	30
Bảng 3.8. Đặc điểm phối hợp thuốc giảm co	30
Bảng 3.9. Tỷ lệ sử dụng progesteron theo tuần thai	31
Bảng 3.10. Đặc điểm sử dụng thuốc trương thành phổi theo tuần thai	31
Bảng 3.11. Thời gian kéo dài được tuổi thai	32
Bảng 3.12. So sánh tỷ lệ thành công giữa các cách sử dụng thuốc giảm co	32
Bảng 3.13. Số ngày nằm viện trung bình theo cách sử dụng thuốc giảm co	32

## DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về độ tuổi của các đối tượng nghiên cứu	26
Biểu đồ 3.2. Đặc điểm các yếu tố nguy cơ	27
Biểu đồ 3.3. Triệu chứng cơ năng	28
Biểu đồ 3.4. Một số tác dụng phụ của thuốc	33

## DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Cổ tử cung	5
Hình 1.2. Đo cổ tử cung qua siêu âm với mẫu biểu đồ để đo độ dài, chiều dài hình nón và độ rộng cổ tử cung trong chẩn đoán dọa sinh non	8
Hình 1.3. Đánh giá thai và theo dõi cơn co bằng Monitoring, 2 cơn co trong 10 phút ở thai 32 tuần	9

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Đẻ non vẫn còn là một trong những vấn đề được quan tâm hàng đầu ở nước ta cũng như trên toàn thế giới.

Theo tổ chức y tế thế giới (WHO) 2023 chuyển dạ sinh non (CDSN) được mô tả là sự xuất hiện của các cơn co tử cung thường xuyên làm xóa mờ cổ tử cung dẫn đến em bé được sinh ra còn sống khi ở tuổi thai trước 37 tuần của thai kỳ, nó là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và các bệnh tật nghiêm trọng đến sức khỏe ở trẻ sơ sinh [15], [16]. CDSN có liên quan đến 50 - 75% các ca tử vong sơ sinh và 50% tỷ lệ mắc bệnh sơ sinh như: Hội chứng suy hô hấp, bệnh phổi mãn tính, xuất huyết não, nhiễm trùng huyết, bại não và các dạng giảm phát triển thần kinh khác, mù, điếc bẩm sinh... trên toàn thế giới [13], [14], [16]. Đặc biệt CDSN dẫn đến các gánh nặng về nhân lực y tế, kinh tế y tế do đòi hỏi các cơ sở y tế cần đầu tư các trang thiết bị chuyên dụng đặc biệt để chăm sóc sức khỏe cho trẻ sinh non và những bất lợi về kinh tế xã hội đối với bệnh nhân bị ảnh hưởng liên quan đến điều trị các biến chứng cho em bé gây ra áp lực và rối loạn trong cuộc sống. CDSN xảy ra trong khoảng 4 - 16% của tất cả các trường hợp mang thai và tỷ lệ này đã tăng lên trong những năm gần đây [16].

Tỷ lệ bệnh tật và tử vong liên quan đến CDSN tỷ lệ nghịch với tuổi thai khi sinh. Sử dụng thuốc giảm co có thể trì hoãn việc sinh bằng cách gây giãn hoặc cắt cơn co tử cung. Dùng các thuốc giảm co giúp cải thiện tỷ lệ sống ở trẻ sơ sinh. Cụ thể theo WHO trẻ sơ sinh có cơ hội sống tăng thêm 3% cho mỗi 24 giờ chậm chuyển dạ, nhờ can thiệp cấp cứu sơ sinh và áp dụng các phương pháp điều trị như Corticoid... trước sinh [16]. Hiện tại có 6 nhóm thuốc giảm co thường được sử dụng bao gồm: (1) nhóm Beta-mimetic Agonists: Ritodrine, Terbutalin, Salbutamol...; (2) nhóm chẹn kênh calci: Nifedipin, Nicardipin...; (3) nhóm anti-Prostaglandin: Indomethacin...; (4) nhóm anti receptor oxytocin: Atosiban...; (5) Magnesium Sulfate và (6) nhóm Nitrate: Nitroglycerin.

Theo Lê Quang Thanh kết luận: Ưu điểm của Nifedipine là dùng đường uống, giá thành thấp và có hiệu quả giảm bệnh suất sơ sinh [9].

Tại bệnh viện đa khoa Gia Bình hằng năm tiếp nhận điều trị cho nhiều sản phụ có dấu hiệu dọa sinh non và các loại thuốc thường được sử dụng nhiều nhất để giảm hoặc cắt cơn co là Nifedipin, Nospa, Papaverin. Với mong muốn góp phần làm giảm số lượng trẻ sơ sinh non nhờ vào việc điều trị có hiệu quả những trường hợp dọa đẻ non, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài:

**“Thực trạng điều trị dọa đẻ non tại Bệnh viện đa khoa Gia Bình”** với mục tiêu:

- 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sản phụ dọa đẻ non tại bệnh viện đa khoa Gia Bình.*
- 2. Nhận xét kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan của sản phụ dọa đẻ non tại bệnh viện đa khoa Gia Bình.*

## **1.1. Đặc điểm của đẻ non**

### **1.1.1. Định nghĩa đẻ non**

Theo tổ chức Y tế thế giới, đẻ non là cuộc chuyển dạ xảy ra từ 22 đến trước tuần thai thứ 37 của thai kỳ hoặc 259 ngày tính từ ngày đầu kỳ kinh cuối cùng [15].

Tại Việt Nam, theo hướng dẫn quốc gia 2016 về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, tuổi thai đẻ non là từ hết 22 tuần đến trước 37 tuần thai [1].

### **1.1.2. Tỷ lệ đẻ non ở Việt Nam và một số nước**

Tỷ lệ đẻ non trên thế giới ước tính khoảng 11%. Ở những nước châu Âu người dân có mức sống cao hơn, nền y học phát triển hơn, tỷ lệ đẻ non thấp hơn các vùng khác trên thế giới khoảng 5%, trong khi những nước châu Phi với mức sống thấp hơn, nền y học kém phát triển hơn có tỷ lệ đẻ non cao nhất, khoảng 18%. Theo nghiên cứu của WHO năm 2020 có khoảng 13,4 triệu trẻ đẻ non ra đời. Gần 900.000 ca tử vong mỗi năm do các biến chứng của sinh non. Nhiều trẻ sống sót phải đối mặt với khuyết tật suốt đời, bao gồm khó khăn trong học tập và các vấn đề về thị lực hoặc thính giác. Sinh non là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi. [15].

Tại Việt Nam cho đến nay vẫn chưa có thống kê trên cả nước về tỷ lệ đẻ non mà chỉ có những nghiên cứu tại từng vùng miền hoặc từng bệnh viện. Tùy từng tình hình nghiên cứu tỷ lệ này dao động vào khoảng 3,6 - 16 % [10], [11].

Theo Vũ Văn Tâm nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2013, tỷ lệ đẻ non là 3,6% [10]. Theo Đào Thị Huyền Trang, Nguyễn Mạnh Thắng nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương trong 2 năm 2015 – 2016, tỷ lệ đẻ non là 15,89% [11].

### **1.1.3. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ**

#### **1.1.3.1. Tiền sử đẻ non**

Tiền sử đẻ non là yếu tố nguy cơ lớn nhất tiên lượng đẻ non ở những lần mang thai tiếp theo. Nguy cơ này đặc biệt tăng cao khi lần mang thai gần nhất đẻ non hoặc thai phụ có nhiều lần đẻ non trước đó.

Nghiên cứu của Lê Lam Hương và cộng sự tại Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 06/2018 đến tháng 08/2019, ở thai phụ có tiền sử sảy thai, thai chết lưu, nạo hút thai nguy cơ dọa sinh non chiếm 16,4%, tiền sử sinh non, dọa sinh non chiếm 20,5% [7].

#### 1.1.3.2. Đa thai

Ước tính chỉ có 0,6 – 1,2% các trường hợp mang thai là đa thai nhưng trong số trẻ đẻ non tỷ lệ trẻ sinh từ các bà mẹ mang đa thai chiếm 31,5% [5]. Hiện nay trên thế giới cũng như ở Việt Nam kỹ thuật hỗ trợ sinh sản ngày càng phát triển, chỉ định ngày càng rộng rãi làm cho số lượng thai phụ mang đa thai ngày càng nhiều và số trẻ đẻ non do đa thai ngày càng tăng. Cơ chế đẻ non do đa thai có thể do tử cung căng giãn quá mức, làm cổ tử cung bị giãn lại, ngoài ra các biến chứng do song thai mang lại như hội chứng truyền máu có thể phải kết thúc thai kỳ sớm ở tuổi thai non tháng.

#### 1.1.3.3. Nhiễm khuẩn âm đạo

Một số loài vi sinh vật gây viêm âm đạo cũng là yếu tố nguy cơ với đẻ non như *Group B streptococci*, *Clamidia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea*, *Trichomonas vaginalis* và giang mai. Cơ chế gây ra đẻ non của nhiễm khuẩn có thể do quá trình sản xuất ra phospholipase A2 hoặc trực tiếp sản xuất ra prostaglandin.

Ở Việt Nam, tỷ lệ nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới ở 73 bệnh nhân dọa đẻ non, theo nghiên cứu của Lê Lam Hương và cộng sự tại Bệnh viện Trung Ương Huế là 21,9% [7]. Kết quả này cho thấy nguy cơ đẻ non có thể tồn tại từ trước ở những thai phụ này và trong quá trình mang thai, do điều kiện và ý thức vệ sinh chưa cao.

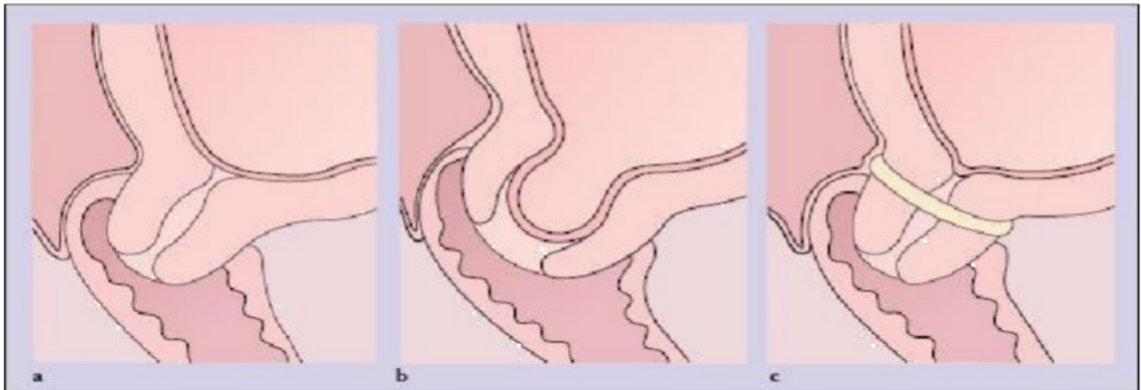
#### 1.1.3.4. Ra máu âm đạo

Chảy máu ở màng ối với triệu chứng lâm sàng là ra máu âm đạo từ lần đầu trong ba tháng đầu hoặc 3 tháng giữa của thai là một trong những yếu tố nguy cơ của đẻ non và ối vỡ sớm.

#### 1.1.3.5. Các yếu tố về cổ tử cung và tử cung

- Cổ tử cung ngắn: nhiều nghiên cứu đã nhận thấy mối liên quan giữa độ dài cổ tử cung và đẻ non. Tỷ lệ đẻ non tăng lên khi độ dài cổ tử cung ngắn và ngược lại.

- Nguyên nhân tại chỗ ( tử cung): tử cung dị dạng, tử cung kém phát triển, tử cung dính một phần (5%), nhưng nguyên nhân này thì nguy cơ đẻ non là 40%. Các dị dạng thường gặp: tử cung hai sừng, một sừng, tử cung kém phát triển, vách ngăn tử cung. Hở eo tử cung nguy cơ sảy thai và đẻ non gần 100% nếu không được điều trị.



**Hình 1.1. Cổ tử cung**

A. Cổ tử cung bình thường

B. Hở eo tử cung

C. Khâu vòng cổ tử cung

- Bất thường mắc phải ở tử cung: Dính buồng tử cung, u xơ tử cung, tử cung có

sẹo.

- Các can thiệp phẫu thuật tại cổ tử cung như khoét chóp.

#### 1.1.3.6. Các yếu tố nguy cơ khác

- Sang chấn trực tiếp vào vùng tử cung hoặc vùng lân cận như phẫu thuật ổ bụng. Đôi khi có những sang chấn không mạnh nhưng liên tục cũng có thể là nguyên nhân dẫn đến dọa đẻ non.

- Nghề nghiệp: các nghề tiếp xúc với hóa chất độc, lao động nặng, căng thẳng.

- Rối loạn cao huyết áp do thai: Tiền sản giật - sản giật.

- Miễn dịch: Hội chứng kháng thể kháng Phospholipid

- Mẹ mắc các bệnh toàn thân như: tiền sản giật, sản giật, thiếu máu nặng,

bệnh tim, bệnh thận, bệnh gan....

#### *1.1.3.7. Không rõ nguyên nhân*

Có trên 50% các cuộc chuyển dạ ĐN là không tìm thấy nguyên nhân. Chính vì vậy mà việc phòng và điều trị đẻ non là một việc làm cấp bách và là vấn đề hết sức nan giải.

#### *1.1.4. Cơ chế bệnh sinh của chuyển dạ đẻ non*

Cơ chế bệnh sinh của chuyển dạ đẻ non rất phức tạp, cho tới nay chưa có một cơ chế nào có thể giải thích một cách chuẩn xác nhất về ĐN. Có nhiều giả thuyết được đưa ra và trong số đó có một số giả thuyết thường được đề cập tới là:

##### *1.1.4.1. Thuyết cơ học*

Người ta cho rằng: Chuyển dạ đẻ xảy ra là do sự căng giãn quá mức của tử cung. Các trường hợp như đa ối, song thai, tử cung nhi tính đều dễ phát sinh chuyển dạ ĐN và thực tế cũng đã chứng minh điều này.

##### *1.1.4.2. Thuyết Prostaglandin (PG)*

PG được tổng hợp ngay tại màng của tế bào. PG có hai tác động lên cơ tử cung:

- Chúng có tác dụng tăng cường mối liên kết giữa các sợi cơ ở các vị trí nối.
- Chúng kích thích dòng calci đi vào trong tế bào và kích thích giải phóng calci từ các lưới tương tự.

Các prostaglandin những chất có thể thay đổi hoạt tính co bóp của cơ tử cung. Sự sản xuất PGF và PGE<sub>2a</sub> tăng dần trong quá trình thai nghén và đạt tới giá trị cao trong nước ối và màng rụng trong cơ tử cung vào lúc bắt đầu chuyển dạ. Đẻ non xuất hiện khi nồng độ PG tăng cao. Có nhiều nguyên nhân làm cho PG tăng cao như hậu quả của các phản ứng viêm hoặc do dùng thuốc... Người ta có thể gây chuyển dạ ở bất kỳ tuổi thai nào bằng cách tiêm PG. PG làm chín muối cổ tử cung do tác dụng lên chất collagen của cổ tử cung. Mặt khác người ta cũng có thể ức chế chuyển dạ bằng cách sử dụng các thuốc ức chế tổng hợp các PG trong điều trị dọa đẻ non.

##### *1.1.4.3. Thuyết estrogen và progesteron*

Estrogen là một hormon có tác dụng làm phát triển cơ tử cung, đồng thời nó

cũng có tác dụng làm tăng đáp ứng của cơ TC với oxytocin. Trong khi đó progesteron có tác dụng làm giảm đáp ứng của oxytocin lên cơ TC.

Trong quá trình thai nghén estrogen và progesteron tăng dần theo một tỷ lệ nhất định. Progesteron giảm đột ngột trước khi chuyển dạ vài ngày làm thay đổi tỷ lệ giữa estrogen và progesteron điều này được coi như là tác nhân gây chuyển dạ.

#### *1.1.4.4. Vai trò của oxytocin*

Oxytocin là một hormon của vùng dưới đồi có tác dụng co cơ tử cung. Người ta đã xác định được sự tăng tiết oxytocin ở thùy sau tuyến yên của người mẹ trong chuyển dạ đẻ và đạt mức tối đa khi rặn đẻ.

Theo Reece E. A và cộng sự, truyền oxytocin có thể gây chuyển dạ khi thai nghén gần đủ tháng. Mức oxytocin trong máu mẹ tăng ít ở trước và trong giai đoạn I của chuyển dạ, nó chỉ tăng nhiều ở giai đoạn II và sau đẻ. Oxytocin không có mặt ở những chỗ nối giữa những tế bào cơ TC để gây cơn co TC, như vậy oxytocin không phải là chất đầu tiên để khởi phát chuyển dạ, nó có thể là chất tạo lực cơn co tử cung. Mức oxytocin ở động mạch rốn cao hơn tĩnh mạch rốn và máu mẹ, điều này gợi ý rằng nguồn oxytocin đầu chuyển dạ có thể có nguồn gốc từ thai. Số các thụ cảm thể oxytocin ở màng tế bào cơ TC tăng lên theo tuổi thai và tăng nhiều hơn khi chuyển dạ làm cho cơ tử cung nhạy cảm hơn với oxytocin vì thế làm cơn co TC gây chuyển dạ. Tóm lại oxytocin không đóng vai trò quan trọng trong gây chuyển dạ đẻ mà chủ yếu thúc đẩy quá trình chuyển dạ đang diễn ra.

#### *1.1.4.5. Thuyết thần kinh*

Tử cung là một cơ quan chịu đựng sự chi phối của hệ thần kinh thực vật. Người ta cũng cho rằng TC còn có một hệ thần kinh tự động cơ tử cung giống cơ tim và nó có thể tự động để điều khiển cơn co của nó.

Chuyển dạ ĐN có thể phát sinh từ các phản xạ thần kinh sau những kích thích trực tiếp hoặc gián tiếp, đặc biệt là stress về tâm lý.

#### *1.1.4.6. Thuyết nhiễm khuẩn*

Các sản phẩm của nhiễm khuẩn có thể kích thích tế bào sản xuất ra các PG từ các phospholipid A<sub>2</sub> (các chất này có trong lysosom, màng tế bào). Khi được tổng hợp các PG gây ra cơn co tử cung và gây chuyển dạ. Nói chung các vi khuẩn

gây ra viêm âm đạo, cổ tử cung đều có khả năng sinh ra phospholipidA<sub>2</sub> để tổng hợp ra PG từ màng rau.

Cơ chế chuyển hóa acid amin tổng hợp thành PGE<sub>2</sub> bởi tế bào ối và chuyển hóa bạch cầu từ acid amin ở nơi sản mạc thành PGE<sub>2</sub> chất trung gian cytokin là chất bài tiết từ hệ thống miễn dịch của vật chủ với nhiễm khuẩn. Ở thai phụ chuyển dạ đẻ, cytokin là interleukine - 1 (11 - 1). 11 - 6.TNF - ✓ PAF. Sản phẩm của vi khuẩn là các enzym như protease, mucinase và collagenase có thể gây xóa mờ sớm CTC, chuyển dạ đẻ non và ối vỡ sớm.

## **1.2. Chẩn đoán dọa đẻ non [1]**

### **1.2.1. Triệu chứng và chẩn đoán dọa đẻ non**

Chủ yếu dựa vào hỏi và thăm khám lâm sàng. Chỉ có 40% dọa đẻ non thật còn lại 60% dọa đẻ non giả.

#### **1.2.1.1. Triệu chứng cơ năng**

- Hỏi để giúp chẩn đoán tuổi thai: hỏi ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng rồi đối chiếu trên bảng tính tuần thai, nếu tuổi thai từ 22 - 36 tuần 6 ngày gọi là non tháng. Tuy nhiên xác định tuổi thai theo ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng chỉ có giá trị ở người có vòng kinh đều.

- Hỏi kỹ tiền sử sản phụ khoa, tiền sử gia đình, điều kiện kinh tế cũng như điều kiện lao động để tìm nguyên nhân gây đẻ non.

+ Đau bụng thành từng cơn, cơn đau mạnh và mau dần, cơn đau có liên quan tới cơn co bóp tử cung.

+ Ra huyết: đôi khi có triệu chứng ra huyết, có thể có triệu chứng ra nước ối nếu có vỡ ối kèm theo.

#### **1.2.1.2. Triệu chứng thực thể**

- Cơn co tử cung rõ ràng, cách nhau chưa đến 10 phút, không đều, đặc biệt là xuất hiện sau một sang chấn hoặc đi lại nhiều.

- Đo chiều cao tử cung để sơ bộ đánh giá tuổi thai.

- Có sự thay đổi ở đoạn dưới và cổ tử cung: thành lập đoạn dưới sớm, ngôi tỳ vào cổ tử cung, cổ tử cung mềm và ngắn lại, có xu hướng mở, bệnh nhân đau lưng, tức nặng bụng dưới hoặc mót rặn.

- Ngoài ra có thể có một số dấu hiệu như ra dịch hồng, ra máu, vỡ ối, ... Để giúp cho quá trình điều trị, người ta phân ra làm 3 mức độ:

+ Dọa đẻ non mức độ nhẹ: có vài cơn co tử cung và có sự thay đổi kín đáo ở cổ tử cung.

+ Dọa đẻ non mức độ vừa: có cơn co tử cung đều đặn, nhiều. Cổ tử cung ngắn lại và hé mở.

+ Dọa đẻ non mức độ nặng:

Cổ tử cung xóa ít nhất 80% hoặc mở  $\geq 2$  cm.

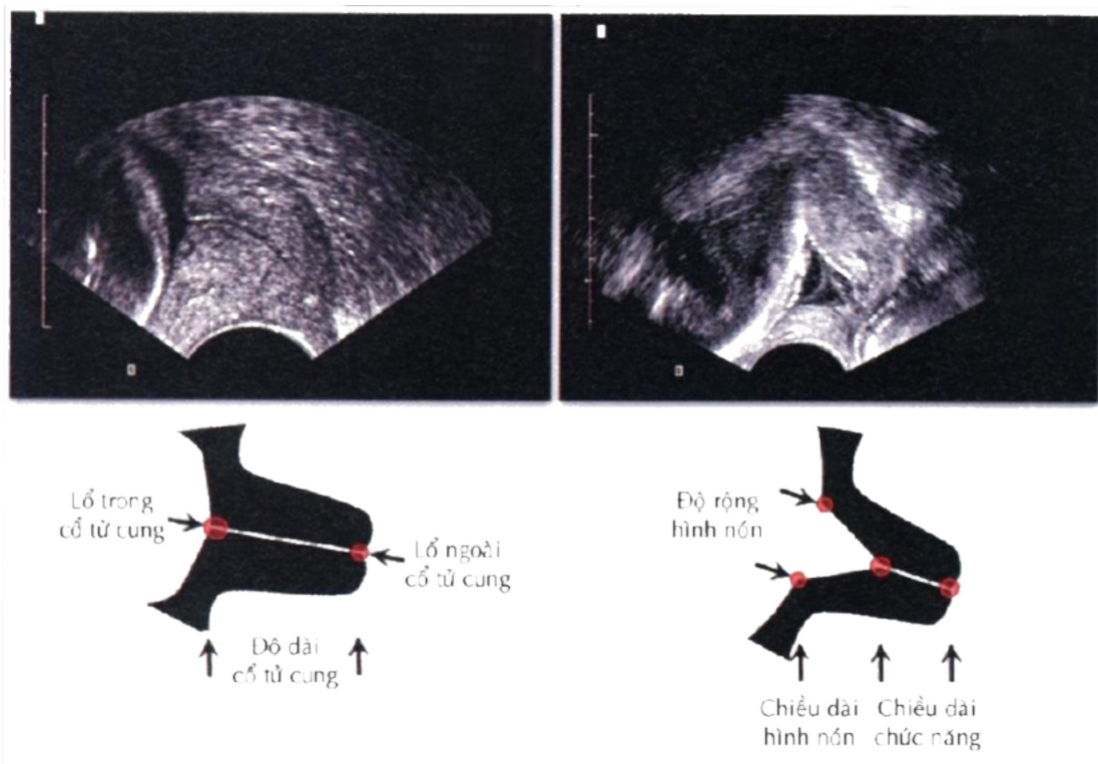
Có sự thay đổi của cổ tử cung theo thời gian qua một người thăm khám.

Có sự thành lập đầu ối hoặc đã vỡ ối.

Nếu chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời có thể kéo dài tuổi thai. Nếu điều trị nội khoa không kết quả: cơn co tử cung tiến triển, cổ tử cung mở, cuộc chuyển dạ tiến triển và kết thúc bằng một cuộc đẻ non.

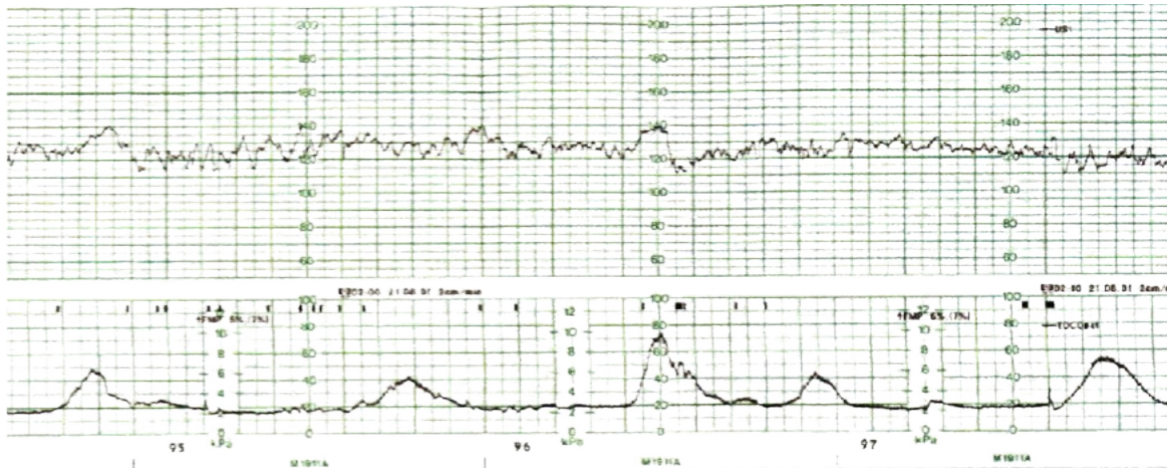
### 1.2.1.3. Cận lâm sàng

- Siêu âm giúp đánh giá tuổi thai, đánh giá tình trạng thai. Đo chiều dài cổ tử cung giúp chẩn đoán và tiên lượng, nếu chiều dài cổ tử cung  $< 15$ mm tiên lượng giữ thai khó khăn. Phát hiện nguyên nhân đẻ non như dị dạng thai nhi, đa ối, thiếu ối.



**Hình 1.2. Đo cổ tử cung qua siêu âm với mẫu biểu đồ để đo độ dài, chiều dài hình nón và độ rộng cổ tử cung trong chẩn đoán dọa sinh non**

- Test fibronectin: test dương tính khi nồng độ fibronectin  $> 50\text{ng/ml}$  khả năng xảy ra đẻ non trong vòng 7 ngày ở những thai phụ này sẽ cao hơn 27 lần so với những người có test âm tính.
- Đánh giá thai và theo dõi con co bằng Monitoring, có 1 - 2 cơn co đều đặn trong 10 phút.



**Hình 1.3. Đánh giá thai và theo dõi cơn co bằng Monitoring, 2 cơn co trong 10 phút ở thai 32 tuần**

- Ngoài ra cần làm các xét nghiệm để tìm nguyên nhân và tiên lượng: xét nghiệm vi khuẩn ở cổ tử cung, nước tiểu, CRP, huyết học, sinh hóa máu, men gan...

### **1.2.2. Triệu chứng và chẩn đoán đẻ non**

Chuyển dạ đẻ non không được chẩn đoán và xử trí kịp thời sẽ dẫn đến đẻ non thực sự với các triệu chứng sau:

#### **1.2.2.1. Triệu chứng cơ năng**

- Sản phụ có các triệu chứng của chuyển dạ đẻ non như đã mô tả ở trên.
- Triệu chứng đau bụng tăng. Cơn co tử cung mau và mạnh hơn, kèm theo ra dịch hồng hoặc ra huyết, đôi khi có triệu chứng ra nước âm đạo do vỡ ối sớm.

#### **1.2.2.2. Triệu chứng thực thể**

- Cơn co tử cung: có 2 - 3 cơn co tử cung trong 10 phút, tăng dần.
- Cổ tử cung xoá trên 80%, hoặc mở trên 2 cm, đầu ối bắt đầu thành lập hoặc ối vỡ sớm.
- Theo dõi cơn co bằng Monitoring, nếu có 2 - 3 cơn co đều đặn trong 10 phút.

#### **1.2.2.3. Chẩn đoán phân biệt**

- Các tổn thương CTC, đường sinh dục dưới gây chảy máu âm đạo.
- Rau tiền đạo, rau bong non, vỡ tử cung.

### **1.3. Thái độ xử trí [1], [2]**

Một bằng chứng rõ ràng rằng không phải tất cả các cuộc chuyển dạ xảy ra đều dẫn đến đẻ non nếu chúng ta điều trị phù hợp và theo dõi một cách chặt chẽ. Việc kéo dài thời gian sống của thai nhi trong tử cung phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: Tần số cơn co tử cung, cường độ cơn co tử cung, hiện tượng xóa mờ cổ tử cung...

Điều trị giữ thai là biện pháp được nghiên cứu và áp dụng nhiều nhất. Thuốc điều trị dọa ĐN thường tập trung vào việc cắt cơn co tử cung, và xu hướng tiếp tục tìm kiếm các thuốc ngăn cản cơ trơn theo cơ chế tác động chọn lọc trên cơ trơn.

#### ***1.3.1. Chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi***

Đóng vai trò rất quan trọng trong việc điều trị, chỉ riêng việc nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường đối với sản phụ ĐN cũng đã thành công trong việc ức chế chuyển dạ tới 50% các trường hợp. Tư thế nằm tốt nhất là nằm nghiêng trái để cải thiện tuần hoàn tử cung - rau.

Ngoài ra trong một số trường hợp bệnh nhân quá lo lắng về tình trạng bệnh của mình thì có thể dùng thuốc an thần để giảm lo lắng. Thường dùng là nhóm thuốc Diazepam với liều thấp và không được dùng kéo dài.

#### ***1.3.2. Sử dụng thuốc giảm co***

Có rất nhiều thuốc đã và đang được áp dụng để làm giảm cơn co tử cung theo các cơ chế khác nhau. Mỗi thuốc có liều lượng và cách sử dụng khác nhau và đều có những ưu điểm riêng. Người ta có thể sử dụng đơn thuần một loại thuốc hoặc phối hợp nhiều loại thuốc điều trị.

##### ***1.3.2.1. Giảm co thắt cơ trơn Spasfon***

Thành phần gồm có phloroglucinol (bezentrinol 1 - 3 - 5) và dẫn chất methyl hóa là trimethyl phloroglucinol (trimethoxy benzentrinol 1 - 3 - 5). Thuốc có tác dụng trực tiếp lên màng tế bào cơ trơn bằng cách ức chế enzym phosphodiesterase trên một trường lực cơ tăng thái quá, do đó làm giảm calci trong tế bào và gây giãn cơ.

Trong điều trị dọa đẻ non thuốc được dùng với liều uống 80mg - 320mg/ngày, đường tiêm dùng 40-12mg/ngày, có thể dùng đường tiêm tĩnh

mạch hoặc tiêm bắp.

### 1.3.2.2. Các thuốc Betamimetich: là thuốc $\beta$ hướng giao cảm

\* **Ritodrin:** Có tác dụng ưu thế trên thụ cảm  $\beta_2$  do đó thuốc có tác dụng trực tiếp làm giãn cơ trơn của tử cung và của phổi.

Cách dùng: Dùng đường truyền tĩnh mạch đến khi cắt được cơn co thì dùng đường uống để duy trì.

\* **Rerbutalin:** là dẫn xuất của phenylethylamine có tác dụng chọn lọc trên thụ cảm  $\beta_2$  nên ức chế cơn co tử cung. Thuốc được dùng bằng đường truyền tĩnh mạch.

\* **Các loại Betamimetic khác:** gồm: Orciprenaline, Nylidrine, Fenetrol, Heroprenaline đang được sử dụng rộng rãi nhiều nơi trên thế giới.

#### \* **Salbutamol:**

- Tác dụng: kích thích chọn lọc lên thụ thể  $\beta_2$  (có ở cơ trơn phế quản, cơ tử cung, cơ trơn mạch máu), tác dụng trên thụ thể  $\beta_1$  (có ở cơ tim) kém hơn rất nhiều. Do có tính chọn lọc đó mà với liều điều trị thông thường tác dụng của salbutamol lên tim không nhiều. Với liều điều trị thông thường có tác dụng kích thích chọn lọc lên thụ thể  $\beta_2$  ở các sợi cơ trơn của tử cung do đó làm giảm biên độ tần số và thời gian co cơ tử cung.

- Tác dụng phụ:

+ Tuần hoàn: nhịp xoang nhanh ở mẹ hoặc ở thai, đánh trống ngực.

+ Toàn thân: đổ mồ hôi, chóng mặt, bồn chồn, mất ngủ.

+ Cơ xương: run (đặc biệt là run tay), chuột rút.

+ Tiêu hóa: buồn nôn, nôn.

+ Chuyển hóa: hạ kali máu, tăng đường huyết.

+ Phản ứng quá mẫn: nổi mề đay, phù, phù phổi.

### 1.3.2.3. Thuốc đối kháng với oxytocin (Tractocile)

Oxytocin được biết là có tác dụng thông qua cơ chế thần kinh tác động lên

màng tế bào để giải phóng ra calci. Oxytocin cũng được hoạt động gián tiếp để giải phóng ra Prostaglandin trong màng rụng và rau thai vì vậy nó đóng góp vào việc hình thành cơn co tử cung và sự chín muồi cổ tử cung.

Tractocile có tên hóa học là: (3-mercaptopropanoic acid) - 2 -(O-ethyl - D- tyrosine)- 4 - L - threonine - 8 - ornithine - oxytocin, có công thức hóa học là  $C_{43}H_{67}N_{11}O_{12}S_2$ . Có khối lượng phân tử nặng 993,5 Dalton và ở dạng muối acetate.

Tractocile hoạt động bằng cách cạnh tranh receptor với oxytocin trong cơ tử cung và điện thế ở màng rụng. Kết quả nghiên cứu cho thấy với liều điều trị thông thường đã giảm sự co bóp cơ tử cung và giảm việc phóng thích PG của oxytocin. Những nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng Tractocile cũng có sự ngang bằng nếu không có mối quan hệ lớn hơn receptor Vactocile so với receptor của oxytocin bởi vì sự tương thích hóa học gần của chúng.

Tính đặc hiệu trên TC của Tractocile cung cấp thông tin về độ an toàn hơn cho cơ TC và là sự lựa chọn có hiệu quả đối với cơn co tử cung hiện tại nhưng cũng có tác dụng phụ trên nhiều cơ quan khác nhau. Tuy nhiên, bởi vì tác dụng trong máu của Tractocile trên receptor Vasopressin cũng có nguy cơ gây ra hàng loạt các tác dụng phụ: ảnh hưởng đến sự bài tiết của thận, co mạch và kích thích hormon adrenocorticotrophin. Những nghiên cứu lâm sàng đã thất bại khi chứng minh bất kỳ một tác dụng phụ nào nêu trên và trái lại nó lại chỉ ra rằng Tractocile được hy vọng ít nhất có thể so sánh được với các tác nhân khác bởi vì đáp ứng nhiều nguyên nhân trong dọa dể non.

Giống như tất cả các thuốc khác Tractocile có các tác dụng phụ thường gặp như: buồn nôn, nhức đầu, chóng mặt, bừng nóng, nôn, nhịp tim nhanh, huyết áp hạ, phản ứng tại chỗ tiêm và đường huyết tăng cao.

Ngoài ra còn có tác dụng phụ khác: mất ngủ, ngứa, nổi mề đay. Tác dụng hiếm gặp: chảy máu sau đẻ.

#### 1.3.2.4. Thuốc đối kháng calci

Nồng độ calci ngoài tế bào lớn gấp 10.000 lần trong tế bào. Khi ở trạng thái nghỉ ngơi màng tế bào hầu như không thấm với calci. Calci đi vào trong tế bào qua các kênh nhờ vào quá trình vận chuyển tích cực. Khi nồng độ calci trong tế bào tăng lên sẽ kích thích tế bào giải phóng các PG và gây ra sự co cơ.

Thuốc ức chế kênh calci có tác dụng trên các kênh có điện thế phụ thuộc, ức chế dòng calci đi vào trong tế bào khi màng tế bào khử cực do đó làm giảm co cơ. Đối với hệ tim mạch và hô hấp thuốc được ghi nhận là có sự giảm đáng kể sức cản động mạch trong khi hệ thống tĩnh mạch lại không thay đổi và thuốc dường như chỉ có tác dụng ở thể tích tưới máu bình thường thì thuốc không có tác dụng thay đổi huyết áp. Trên tử cung, các thuốc này được ghi nhận tác dụng làm duỗi các sợi cơ trơn tử cung, làm giảm tần số biên độ, trương lực cơ bản của các cơn co tử cung. Tác dụng này còn được thấy ngay cả khi các cơn co được gây ra bởi oxytocin hay các PG.

- **Magnesi sulfat:** có tác dụng bằng cách ngăn sự khuếch tán của calci vào cơ tử cung do đó nồng độ calci trong tế bào thấp và cơ tử cung ở trạng thái nghỉ ngơi.

#### ► **Nifedipin [2]**

Các thuốc chẹn kênh calci được sử dụng rộng rãi trong các bệnh lý về tim mạch (tăng HA, đau thắt ngực đi kèm với bệnh xơ mỡ động mạch,...) nó cũng được dùng điều trị hạ áp trong các trường hợp tiền sản giật trong lĩnh vực sản khoa.

- Cơ sở hoạt động của các thuốc ức chế calci trong điều trị dọa đẻ non:

Các thuốc dihydropyridin ở đây là Nifedipin làm giảm dòng ion calci qua màng vào trong tế bào thông qua kênh calci chậm, có tác dụng duỗi các sợi cơ trơn mạch máu, cơ trơn tử cung và bàng quang. Hiệu quả giãn mạch của thuốc này được chỉ ra ở mức độ tuần hoàn ngoại biên và hệ thống tĩnh mạch lại không thay đổi. Điều này chứng minh cho việc sử dụng các thuốc ức chế calci với thể tích máu bình thường thì không làm thay đổi huyết áp một cách có ý nghĩa. Đây chính là lý do để hiện nay người ta có thể sử dụng thuốc ức chế calci với liều lượng lớn nhằm giảm co mà không sợ tụt huyết áp.

Ở mức độ vi mô, những dihydropyridin tác dụng duỗi các sợi cơ trơn ở cơ tử cung. Chúng làm giảm trương lực cơ bản, cũng như tần số và biên độ của các cơn co tử cung. Hiệu quả giãn cơ này được thấy ngay cả khi các cơn co được gây bởi các chất như Oxytocin hay Prostaglandin.

- Cấu trúc hóa học:

Nifedipine có công thức phân tử là:  $C_{17}H_{18}N_2O_6$ .

Công thức cấu tạo: 3,5-pyridinedicarboxylic acid, 1,4-dihydro 2,6-dimethyl-4- (2-nitrophenyl)-dimethyl ester.

- Dược lực học:

Nifedipin là thuốc chẹn kênh calci, dẫn xuất 1,4-dihydropyridin. Thuốc ức chế dòng ion calci đi vào trong tế bào thông qua kênh calci chậm, chủ yếu tác động trên cơ tim, cơ trơn động mạch vành và mạch ngoại vi. Tác dụng chính của thuốc là giãn cơ trơn động mạch (bao gồm cả động mạch vành và động mạch ngoại vi).

+ *Trong điều trị tăng huyết áp:*

Nifedipin gây giãn mạch ngoại vi, làm giảm tính trở kháng của mạch do vậy làm giảm huyết áp. Dùng nifedipin dạng giải phóng kéo dài, chế độ liều 1 lần/ ngày giúp kiểm soát huyết áp trong 24 giờ.

+ *Trong điều trị đau thắt ngực:*

Nifedipin gây giãn mạch vành làm tăng lượng máu trở về tim, vì vậy tăng cung cấp cho cơ tim, cải thiện tưới máu đến các vùng cơ tim bị thiếu máu. Thuốc làm giảm hậu gánh và giảm sức cản động mạch ngoại vi do đó làm giảm gánh nặng cho tim, giảm nhu cầu về oxy của cơ tim. Thuốc làm giảm co thắt mạch vành, giảm co thắt mạch ngoại vi từ đó có tác dụng điều trị đau thắt ngực.

- Dược động học:

+ *Hấp thu:*

Khi dùng viên nang quy ước, thuốc hấp thu nhanh, gần như hoàn toàn và xuất hiện trong huyết tương sau khi uống khoảng 10 phút, đạt  $C_{max}$  sau khoảng 30 phút. Thuốc chuyển hóa bước I nhiều, sinh khả dụng đạt được khi dùng dạng viên nang quy ước khoảng 45 - 56%.

Khi dùng viên giải phóng kéo dài, thuốc cũng hấp thu gần như hoàn toàn. Nồng độ thuốc trong huyết tương tăng dần, đạt được trạng thái cân bằng sau khi uống liều đầu tiên khoảng 6 giờ. Với các liều tiếp theo, nồng độ tiếp tục duy trì và ít dao động trong khoảng thời gian 24 giờ. Chỉ số dao động (tỷ lệ nồng độ đỉnh/nồng độ đáy thuốc trong huyết tương) khi dùng viên nang quy ước, 3 lần/

ngày cao gấp 3 lần so với khi dùng viên giải phóng kéo dài, 1 lần/ ngày. Ở trạng thái cân bằng, sinh khả dụng của viên nén giải phóng kéo dài bằng khoảng 68 - 86% so với viên nang quy ước. Thức ăn có thể ảnh hưởng (mặc dù ít) tới tốc độ hấp thu ở giai đoạn đầu của quá trình hấp thu, tuy nhiên không ảnh hưởng tới mức độ hấp thu.

+ *Phân bố:*

Tỷ lệ thuốc liên kết protein huyết tương khoảng 95% (92 - 98%), chủ yếu với albumin. Thuốc có bài tiết vào sữa mẹ.

+ *Chuyển hóa và thải trừ:*

Sau khi hấp thu, thuốc chuyển hóa ở ruột non và gan, chủ yếu thông qua các quá trình oxy hóa tạo thành các chất chuyển hóa không có hoạt tính. Nifedipin thải trừ chủ yếu ở dạng chất chuyển hóa, phần lớn qua thận (khoảng 80%). Khoảng 5 - 15% thuốc thải qua mật vào phân. Tỷ lệ nifedipin còn hoạt tính phát hiện được trong nước tiểu rất thấp, chỉ dưới 0,1%.

Nửa đời thải trừ cuối cùng là 1,7 - 3,4 giờ khi dùng dạng bào chế quy ước.

\*Chỉ định và chống chỉ định:

- Chỉ định:

- + Tăng huyết áp.
- + Phòng ngừa đau thắt ngực liên quan đến bệnh mạch vành.
- + Phòng ngừa đau thắt ngực liên quan đến đau thắt ngực co thắt mạch.
- + Hội chứng Raynaud, một tình trạng mà các mạch máu co lại quá nhiều khi lạnh hoặc căng thẳng.
- + Tăng huyết áp trước khi mang thai.

+ Trong điều trị dọa đẻ non: Nifedipin là thuốc lựa chọn đầu tay để điều trị cắt CCTC.

- Chống chỉ định:

+ Mẫn cảm với Nifedipin.

+ Choáng tim.

+ Không dùng Nifedipin dạng thích nhanh trong điều trị cơn đau thắt ngực không ổn định và sau một nhồi máu cơ tim mới.

+ Trong thời gian dùng thuốc không cho con bú vì thuốc được bài tiết qua sữa

mẹ.

\* Tương tác thuốc:

Nifedipin làm tăng tác dụng của các thuốc hạ huyết áp khác và các thuốc gây dẫn mạch khác.

- Không nên phối hợp với Cyclosporine, Dantrolene.

- Thận trọng khi phối hợp với:

+ Thuốc chẹn Alpha 1 (alfuzocine, prazosin): tăng tác dụng hạ huyết áp, có thể gây huyết áp tư thế.

+ Cimetidine: tăng tác dụng hạ huyết áp của Nifedipine.

+ Phenytoin: tăng nồng độ phenytoin trong huyết tương với các dấu hiệu quá liều (chủ yếu là các dấu hiệu thần kinh).

\* Tác dụng ngoại ý:

- Toàn thân mệt mỏi, nhức đầu, phù, suy nhược.

- Tim mạch đau thắt ngực, hạ huyết áp tư thế đánh trống ngực

- Ngoài ra, còn có một số tác dụng khác: nôn, khó thở, ngứa, phát ban, vã mồ hôi...

### ***1.3.3. Sử dụng corticoide***

Corticoide là hormon tuyến thượng thận và có nhiều tác dụng đối với trẻ sơ sinh, sử dụng corticoide vào những tháng cuối của thai kỳ có tác dụng làm giảm suy hô hấp đối với thai non tháng. Cơ chế tác dụng của corticoide là tăng cường sản xuất surfactant thúc đẩy sự trưởng thành của các mô liên kết.

Những trẻ sơ sinh với phổi non yếu có khuynh hướng phát triển hội chứng suy hô hấp. Bệnh lý này thường gặp ở trẻ thiếu tháng và hầu như hiếm xảy ra ở thai trên 38 tuần. Đây là nguyên nhân tử vong thường gặp nhất của trẻ thiếu tháng. Nguyên nhân chính gây suy hô hấp do thiếu chất surfactant trong phổi làm cho phổi giữ được thể tích khí dự trữ trong kỳ thở ra, còn được gọi là bệnh màng trong. Thông thường phổi đạt được sự trưởng thành khi thai được 35 tuần. Sử dụng corticoide giúp cho phổi thai nhi được trưởng thành tránh được bệnh màng trong, chỉ dùng cho những trường hợp tuổi thai dưới 35 tuần.

Hiệu quả tối đa của corticoide đạt được trong vòng 24-48 giờ, do đó cần cố gắng trì hoãn cuộc chuyển dạ ít nhất 24 giờ sau khi sử dụng thuốc này.

### **1.4. Một số nghiên cứu về Nifedipine trong điều trị dọa đẻ non**

Trên thế giới nhiều nghiên cứu cho thấy các chất đối kháng calci, đặc biệt là Nifedipine, là các tác nhân trì hoãn cuộc đẻ hiệu quả hơn so với chất cường giao cảm  $\beta$ . Các siêu phân tích cho thấy rằng các chất đối kháng calci làm giảm ý nghĩa thống kê tỷ lệ bệnh ở thời kỳ chu sinh và số lượng các tác dụng không mong muốn xảy ra ở thai phụ cũng thấp hơn so với thuốc cường giao cảm  $\beta_2$ . Nifedipine còn có một lợi điểm nữa là được sử dụng theo đường uống, ngược lại là thuốc cường giao cảm  $\beta_2$  lại phải dùng theo đường tĩnh mạch. Do đó, Nifedipine là thuốc đầu bảng trong điều trị các trường hợp dọa đẻ non.

Tại Việt Nam cũng có nhiều tác giả đã nghiên cứu về hiệu quả của Nifedipin trong điều trị dọa đẻ non.

Nghiên cứu của Dương Công Bằng và cộng sự năm 2019 tại Bệnh viện Từ Dũ, tỷ lệ thành công kéo dài thai kỳ  $\geq 48$  giờ là 80,3% [3].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng, Nguyễn Phương Sinh năm 2022 tại Bệnh viện Sản nhi Bắc Ninh, tỷ lệ thành công ở nhóm tuổi thai 22 - 32 tuần là 92,6%, nhóm tuổi thai 32 - 36 tuần là 96,3% [6].

Nghiên cứu của Phạm Chí Kông, Huỳnh Kim Quang năm 2023 tại Bệnh viện Sản nhi Đà Nẵng, tỷ lệ cắt được cơn gò tử cung là 82,4%. Tỷ lệ thành công kéo dài thai kỳ  $\geq 48$  giờ là 82,4%, trên một tuần là 78,5% [8].

Tuy nhiên, tại Việt Nam nói chung và tại khoa phụ sản nói riêng việc sử dụng Nifedipin chưa được các bác sĩ sản phụ khoa quan tâm và sử dụng rộng rãi. Đặc biệt là thuốc cũng chưa được đề cập tới trong chuẩn quốc gia về điều trị dọa đẻ non.

## CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện đa khoa Gia Bình dựa trên các hồ sơ bệnh án của những thai phụ được chẩn đoán và điều trị tại khoa từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 07 năm 2026.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu nghiên cứu

Tất cả những thai phụ có hồ sơ bệnh án được lựa chọn theo tiêu chuẩn sau:

- Có tuổi thai từ 22 tuần - 36 tuần 6 ngày.
- Có thai sống bình thường.
- Có các dấu hiệu của dọa đẻ non:
  - + Có cơn co tử cung gây đau.
  - + Ra máu hoặc ra dịch nhầy hồng âm đạo.
  - + Có sự biến đổi cổ tử cung.

#### 2.1.2. Các tiêu chuẩn loại trừ

- Không tính chính xác được tuổi thai do:
  - + Không nhớ chính xác kỳ kinh cuối cùng.
  - + Không được siêu âm trong 12 tuần đầu.
- Chuyển dạ đẻ non thực sự: cổ tử cung mở > 2 cm.
- Thai bệnh lý: thai dị dạng, thai chết lưu...
- Bất thường về phần phụ của thai: ối đã vỡ, rau bong non...
- Mẹ mắc các bệnh lý: tim mạch, hen phế quản...

- Mẹ có các bệnh lý buộc phải lấy thai ra ngay: sản giật, hội chứng Hell.
- Những trường hợp chống chỉ định của thuốc
- Những hồ sơ bệnh án không được ghi chép đầy đủ các dữ liệu cần thiết theo yêu cầu nghiên cứu.

## **2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu**

- Thời gian: Từ tháng 01 – 2025 đến tháng 07 – 2026.
- Địa điểm: Khoa Phụ sản – Bệnh viện đa khoa Gia Bình.

## **2.3. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, có hồi cứu hồ sơ bệnh án.

## **2.4. Chọn mẫu**

Chọn mẫu thuận tiện: Lấy toàn bộ hồ sơ bệnh án theo tiêu chuẩn chọn mẫu.

## **2.5. Biến số, chỉ số và cách đo lường**

Nghiên cứu các bệnh án của những thai phụ dọa đẻ non được chẩn đoán và điều trị tại khoa Phụ sản Bệnh viện đa khoa Gia Bình, rút ra những bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Mỗi bệnh án này được thu thập các số liệu và phân tích như sau.

*\* Các biến số đặc điểm nhân khẩu học:*

- Tuổi: tuổi của phụ nữ khi vào viện.

*\* Các biến số về tiền sử thai nghén:*

- Số lần sinh.
- Số lần xảy thai.
- Số lần đẻ non.
- Số con sống hiện tại.
- Bệnh lý khác: hở eo tử cung.

\* *Biến số về tình trạng của mẹ và thai khi vào viện:*

- Tuổi thai.
- Các triệu chứng cơ năng của mẹ: đau bụng, ra máu âm đạo, đau mỗi lưng.
- Các triệu chứng thực thể: tần số cơn co tử cung, độ mở cổ tử cung.
- Số lượng liều thuốc dùng trên mỗi bệnh nhân.

\* *Nhóm biến số về kết quả sau điều trị:*

- Thời gian cắt hoặc giảm được cơn co
- Thời gian kéo dài được tuổi thai
- Tác dụng phụ của thuốc

\* *Chỉ số đánh giá hiệu quả điều trị:*

Kết quả điều trị được đánh giá thành công hoặc thất bại dựa trên các yếu tố sau:

- Kết quả thành công khi có 2 biến số cơn co tử cung và thời gian kéo dài tuổi thai thỏa mãn:

+ Cơn co tử cung giảm hoặc mất, tim thai tốt.

+ Kéo dài được tuổi thai > 48 giờ.

- Kết quả thất bại:

+ Cơn co không giảm hoặc tăng

+ Trên bệnh nhân có tác dụng phụ mà bệnh nhân không chịu đựng được

+ Phải chuyển sang phác đồ khác hoặc cuộc đẻ diễn ra trong vòng 48 giờ

***Bảng 2.1. Mô tả và định nghĩa các biến số chính của nghiên cứu***

STT	Biến số	Giá trị/ Đơn vị	Mô tả và định nghĩa
1.	Tuổi mẹ	Tuổi	Tính theo năm dương lịch, năm nhận vào nghiên cứu trừ năm sinh.
2.	Tuổi thai lúc siêu âm	Tuần	Xác định dựa vào dự kiến sinh của siêu âm ba tháng đầu.

3.	Số lần có thai		Con so Con ọ
4.	Tiền sử sinh non	Không Có	Thai phụ có ít nhất 1 lần sinh non trước đây.
5.	Số lần sảy thai	Không Có	Thai phụ có tiền sử nạo hút thai, sảy thai
6.	Bệnh lý khác: Hở eo tử cung	Không Có	Thai phụ đã được chẩn đoán hở eo tử cung
7.	Triệu chứng cơ năng của mẹ	Không Có	Triệu chứng cơ năng của mẹ lúc vào viện
8.	Triệu chứng thực thể	Không Có	Triệu chứng thực thể của mẹ lúc vào viện
9.	Số lượng liều thuốc dùng trên mỗi bệnh nhân	mg	Dựa vào hệ thống dữ liệu điện tử, ghi nhận điều trị vào bảng thu thập số liệu.
10.	Thời gian cắt hoặc giảm được cơn co	Phút	Dựa vào hệ thống dữ liệu điện tử, ghi nhận điều trị vào bảng thu thập số liệu.
11.	Thời gian kéo dài được tuổi thai	Giờ	Dựa vào hệ thống dữ liệu điện tử, ghi nhận điều trị vào bảng thu thập số liệu.
12.	Tác dụng phụ của thuốc		Dựa vào hệ thống dữ liệu điện tử, ghi nhận điều trị vào bảng thu thập số liệu.

13.	Kết quả điều trị		Dựa vào hệ thống dữ liệu điện tử, ghi nhận điều trị vào bảng thu thập số liệu.
-----	------------------	--	--

## 2.6. Công cụ thu thập số liệu

Mẫu phiếu thu thập số liệu

## 2.7. Thống kê, phân tích số liệu

Các số liệu được thu thập và xử lý theo phương pháp toán thống kê y học bằng máy tính với chương trình SPSS 20.0.

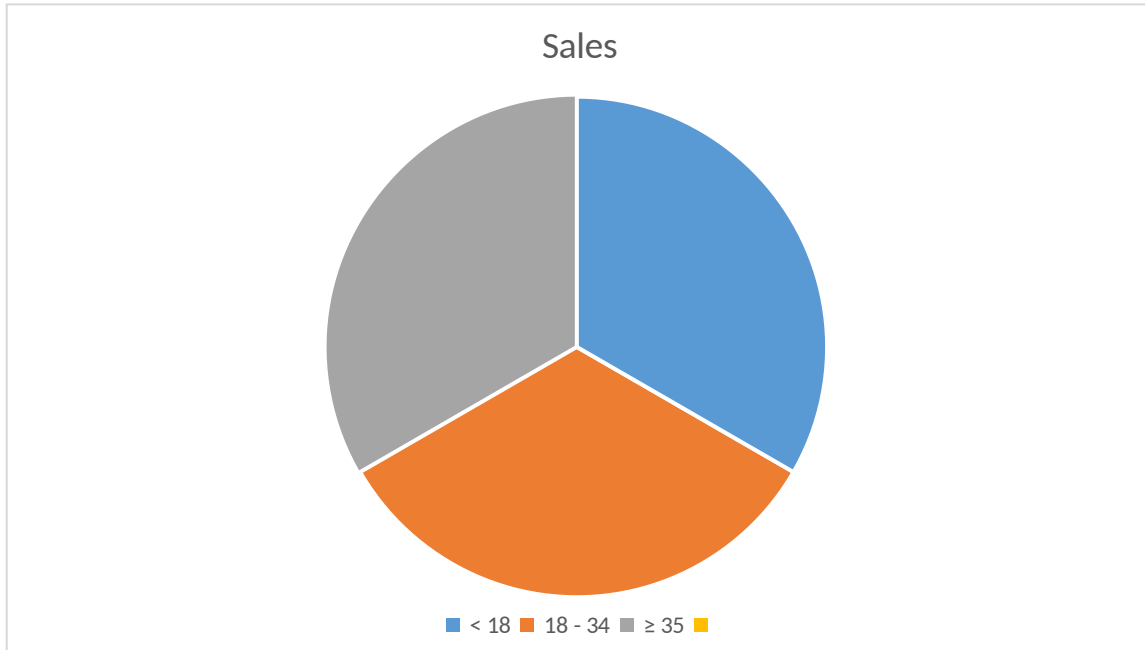
Sử dụng test T và test... để xác định mức độ khác nhau có ý nghĩa khi so sánh 2 tỷ lệ.

## 2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học của Bệnh viện đa khoa Gia Bình.
- Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả, thu thập số liệu qua hồ sơ bệnh án.

## CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu



**Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về độ tuổi của các đối tượng nghiên cứu**

*Nhận xét:*

**Bảng 3.1. Số lần mang thai của đối tượng nghiên cứu**

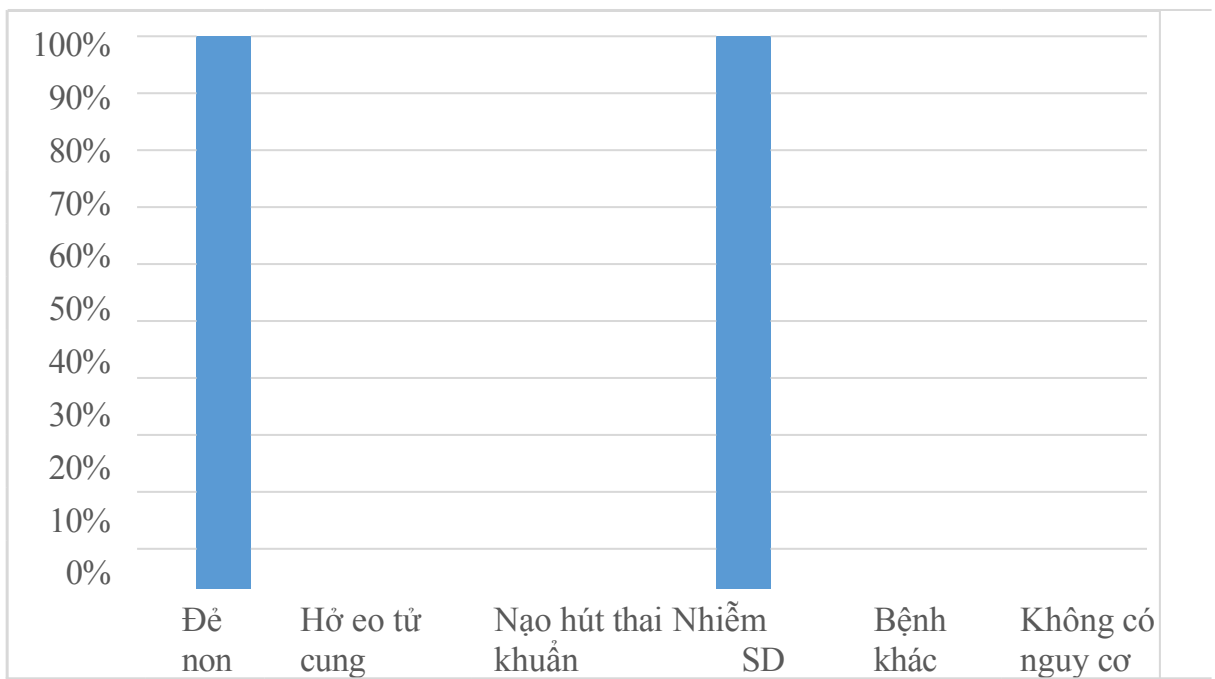
Số lần đẻ	n	%
Con so		
Con rạ		
Tổng		

*Nhận xét:*

**Bảng 3.2. Tuổi thai khi vào viện**

Tuổi thai (tuần)	n	%
22 - < 28		
28 - < 32		
32 - ≤ 34		
> 34 - < 37		
Tổng		

*Nhận xét:*

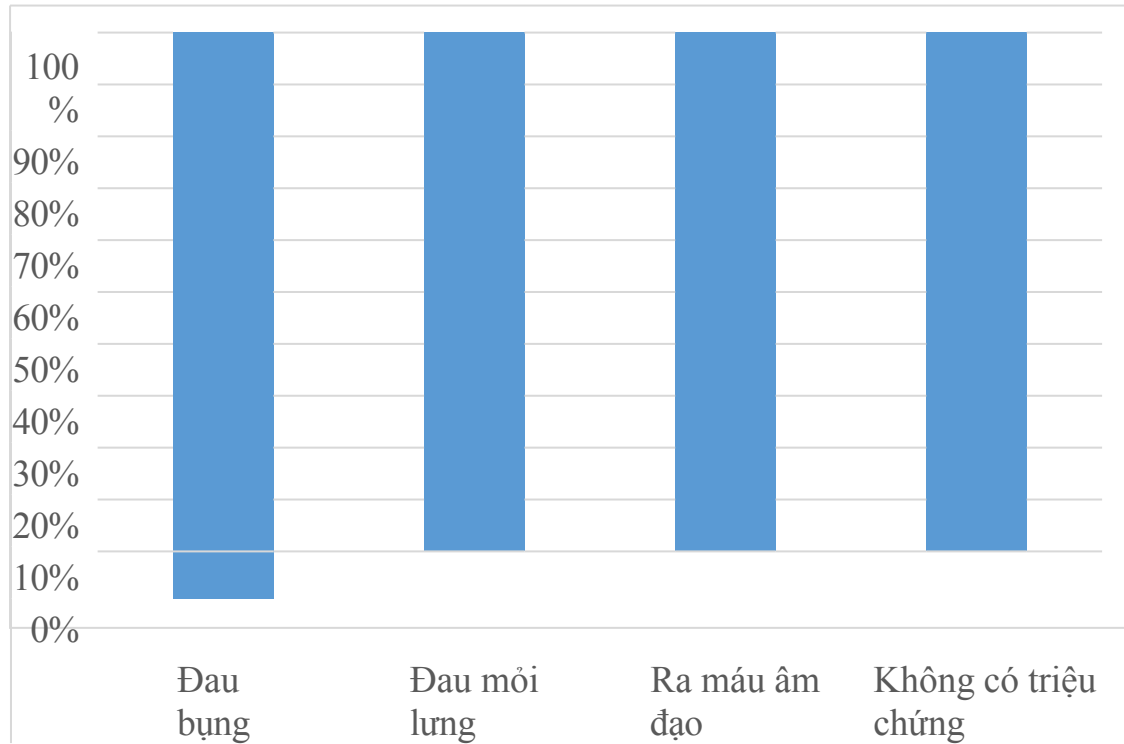
**Biểu đồ 3.2. Đặc điểm các yếu tố nguy cơ**

\* *Bệnh khác:* Rau tiền đạo, mô đẻ cũ, mô bóc nhân xơ, tiền sử GEU, mô viêm ruột thừa, cắt viêm ruột thừa, cắt buồng trứng, nội soi vô sinh, viêm dính buồng TC, u máu tĩnh mạch.

*Nhận xét:*

### 3.2. Kết quả điều trị

#### 3.2.1. Tình trạng của đối tượng nghiên cứu trước điều trị



**Biểu đồ 3.3. Triệu chứng cơ năng**

Nhận xét:

**Bảng 3.3. Triệu chứng toàn thân khi vào viện**

Triệu chứng		n	%
Mạch	<70		
	70 - 80		
	> 80		
Huyết áp tâm thu (mmHg)	< 100		
	100- 140		
	> 140		
Huyết áp tâm trương	<70		
	70- <90		
	≥ 90		

*Nhận xét:*

**Bảng 3.4. Tình trạng của tử cung khi vào viện**

Tình trạng tử cung		n	%
Tần số cơn co tử cung	$\leq 2$		
	3		
	4		
Độ mở của cổ tử cung (cm)	Đóng		
	Lọt ngón tay		
	$\leq 2$		

*Nhận xét:*

### 3.2.2. Kết quả điều trị

**Bảng 3.5. Tần số sử dụng các thuốc giảm co**

Thuốc đã sử dụng	n	%
Nifedipin		
Nospa		
Papaverin		
Atosiban		
Tổng		

*Nhận xét:*

**Bảng 3.6. Tỷ lệ sử dụng thuốc giảm co đơn thuần và phối hợp thuốc**

<b>Cách sử dụng thuốc giảm co</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1 thuốc giảm co đơn thuần		
Phối hợp 2 hoặc 3 thuốc giảm co		
<b>Tổng</b>		

*Nhận xét:*

**Bảng 3.7. Đặc điểm sử dụng các thuốc giảm co đơn thuần**

<b>Thuốc</b>	<b>Tần số sử dụng</b>		<b>Chuyển sang phối hợp thuốc</b>		<b>Thay đổi thuốc</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Nifedipin						
Papaverin						
Nospa						
Atosiban						
<b>Tổng</b>						

**Bảng 3.8. Đặc điểm phối hợp thuốc giảm co**

<b>Cách phối hợp</b>	<b>Tần số sử dụng</b>		<b>Giảm được thuốc</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Nifedipin + Papaverin				
Nifedipin + Nospa				
<b>Tổng</b>				
<b>Thời điểm</b>	<b>n</b>		<b>%</b>	
<30 phút				
30 - 60 phút				
> 60 phút				

*Nhận xét:*

**Bảng 3.9. Tỷ lệ sử dụng progesteron theo tuần thai**

Tuần thai	Số bệnh nhân	Có sử dụng Progesteron		p
		n	(%)	
22 – 28				
> 28 – 32				
>32 – 34				
>34 – <37				
Tổng				

*Nhận xét:*

**Bảng 3.10. Đặc điểm sử dụng thuốc trưởng thành phổi theo tuần thai**

Tuần thai	Số bệnh nhân	Có sử dụng Progesteron		p
		n	(%)	
22 – 28				
> 28 – 32				
>32 – 34				
>34 – <37				
Tổng				

*Nhận xét:*

**Bảng 3.11. Thời gian kéo dài được tuổi thai**

Thời gian	n	%
< 48 giờ		
>48 giờ		
>7 ngày		
Tổng		

*Nhận xét:*

**Bảng 3.12. So sánh tỷ lệ thành công giữa các cách sử dụng thuốc giảm co**

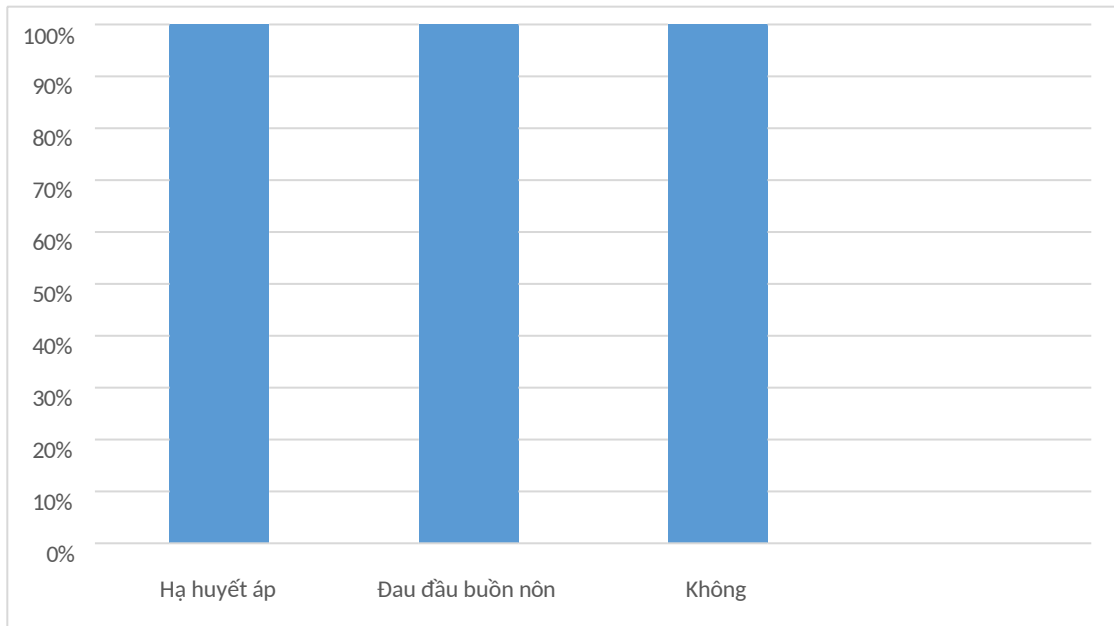
Cách dùng thuốc	n	Thành công	Tỷ lệ (%)	p
Đơn thuần				
Phối hợp thuốc				
Tổng				

*Nhận xét:*

**Bảng 3.13. Số ngày nằm viện trung bình theo cách sử dụng thuốc giảm co**

Cách thức điều trị	n	Số ngày nằm viện trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ )
Cách 1: Chỉ sử dụng thuốc đơn thuần		
Cách 2: Đơn thuần sau đó chuyển sang phối hợp		
Cách 3: Phối hợp ngay từ đầu		
Tổng		

### 3.3. Các tác dụng không mong muốn của thuốc



***Biểu đồ 3.4. Một số tác dụng phụ của thuốc***

*Nhận xét:*

## **CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN**

## **KẾT LUẬN**

**KIẾN NGHỊ**

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2016) “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản”.
2. Bộ Y tế - Dược thư Quốc gia Việt Nam (2022). Nhà xuất bản Khoa học và kỹ thuật.
3. Dương Công Bằng, Trần Thị Liên Hương, Lê Quang Thanh, Vương Thị Ngọc Lan (2020) “Hiệu quả cắt cơn gò tử cung của Nifedipin trong điều trị dọa sinh non tại Bệnh viện Từ Dũ”. Y học Thành phố Hồ Chí Minh – Tập 25 – Số 1 – 2021.
4. Hoàng Thị Chung (2023) “Hiệu quả của Nifedipin trong điều trị dọa đẻ non tại Bệnh viện Sản nhi tỉnh Phú thọ năm 2023”.
5. Nguyễn Thanh Hiền, Nguyễn Vũ Quốc Huy (2016) “Nghiên cứu tỷ lệ, một số yếu tố liên quan và kết quả kết thúc thai kỳ ở các sản phụ song thai”. Tạp chí phụ sản – 14 (04) tr 28 – 34, 2017.
6. Nguyễn Thị Hồng, Nguyễn Phương Sinh (2022) “Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị dọa đẻ non bằng Nifedipin tại Bệnh viện sản nhi Bắc Ninh”.
7. Lê Lam Hương, Trương Thị Linh Giang, Võ Hoàng Lâm, Ngô Thị Minh Thảo, Đặng Văn Tân, Nguyễn Minh Thắng (2019) “Khảo sát một số yếu tố nguy cơ dọa sinh non”. Tạp chí Y dược học - Trường Đại học Y dược Huế - số 5, tập 10/2020.
8. Phạm Chí Kông, Huỳnh Kim Quang (2023) “Hiệu quả điều trị của Nifedipin trong điều trị dọa đẻ non”. Tạp chí y dược Huế - Đại học Y dược, Đại học Huế - số 5/2025.
9. Lê Quang Thanh (2012) “Xử trí chuyên dạ sinh non bằng Nifedipin hay Atosiban?”. Tạp chí Phụ sản, Tập 10, số 2.

10. Vũ Văn Tâm (2015) “Nhận xét tình trạng đẻ non tại Bệnh viện phụ sản Hải Phòng năm 2013”.
11. Đào Thị Huyền Trang, Nguyễn Mạnh Thắng (2016) “Tình hình đẻ non và các phương pháp xử trí tại khoa Đẻ Bệnh viện Phụ sản Trung Ương trong 2 năm 2015 - 2016”.
12. Bùi Đăng Minh Trí, Bùi Đăng Lan Hương, Nguyễn Việt Thành (2023) “Hiệu quả cắt cơn gò tử cung và tác dụng không mong muốn của Nifedipin trong điều trị dọa sinh non”.

## TIẾNG ANH

13. ACOG (2021), "Prediction and Prevention of Spontaneous Preterm Birth: ACOG Practice Bulletin, Number 234", *Obstet Gynecol*, 138(2), pp. e65-e90.
14. Chawanpaiboon S., Vogel J. P., Moller A. B., et al (2019), "Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis", *Lancet Glob Health*, 7(1), pp. e37-e46.
15. WHO 2023 PRETERM BIRTH.
16. World Health Organization, March of Dimes, The Partnership for Maternal (2012), Born too soon: the global action report on preterm birth. World Health Organization, pp. 1 - 14.

**PHỤ LỤC**

**PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN**  
**NGHIÊN CỨU “ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA NIFEDIPINE TRONG**  
**ĐIỀU TRỊ DẠ ĐẼ NON TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA GIA BÌNH**  
**NĂM 2026”**

Mã bệnh nhân:

Số bệnh án:

- Tuổi: <18  18 – 34  ≥ 35
- Số lần sinh: 0  1  ≥2
- Số lần sảy thai: 0  1  ≥2
- Số lần đẻ non: 0  1  ≥ 2
- Bệnh lý khác: Hở eo tử cung: Có  Không
- Tuổi thai (tuần): < 28  28 - < 32  32 - <34  ≥34
- Các triệu chứng cơ năng của mẹ: Đau bụng  Ra máu âm đạo  Đau mỗi lưng  Không có triệu chứng .
- Các triệu chứng thực thể:
  - + Tần số cơn co tử cung: ≤ 2  3  4
  - + Độ mở cổ tử cung: Đóng  ≤ 2cm
  - Số liều thuốc tấn công dùng trên mỗi bệnh nhân: 1 liều  2 liều
  - Thời gian cắt hoặc giảm được CCTC (phút): <15  15 - 30  30 - 60
  - Thời gian kéo dài được tuổi thai (ngày): ≤2  2 - 7  >7
  - Tác dụng phụ của thuốc: Cắt được CCTC  Không cắt được CCTC
  - Các tác dụng không mong muốn của thuốc:
    - Hạ huyết áp  Đau đầu, buồn nôn  Không

Bắc Ninh, ngày .... tháng ... năm  
202..

