

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỌA SẢY THAI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH NĂM 2024

TÓM TẮT

Trần Thị Len*

Mục tiêu: Kết quả điều trị dọa sảy thai và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 275 thai phụ điều trị dọa sảy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình từ 01/06 đến 31/12/2024.

Kết quả: Dọa sảy thai gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi mẹ từ 25 - 29 tuổi chiếm tỉ lệ 34,9%. Triệu chứng hay gặp nhất của thai phụ dọa sảy thai là ra máu âm đạo 38,1%, đau bụng kèm ra máu chiếm 32,9%, chỉ đau bụng chiếm 26,7%. Tỷ lệ CTC đóng kín là 97,8%. Siêu âm hình ảnh xuất huyết/tụ máu dưới màng đệm (58,8%). Hở eo tử cung chiếm (2,2%). Điều trị nội khoa là phương pháp chủ yếu, chiếm tỷ lệ 98,9%, với tỷ lệ thành công cao (92,4% giữ thai). Nhóm bệnh nhân được điều trị nội khoa kết hợp khâu vòng cổ tử cung (CTC) có tỷ lệ giữ thai 100%. Tỷ lệ sảy thai ở nhóm nội khoa đơn thuần là 7,8%, trong khi nhóm có khâu vòng CTC không có trường hợp nào sảy thai. Thời gian nằm viện chủ yếu dưới 7 ngày (64,7% bệnh nhân). Trong nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa tuổi mẹ, tiền sử sảy thai, dấu hiệu tụ dịch dưới màng đệm trên siêu âm so với kết quả điều trị dọa sảy thai. Nhưng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê kết quả điều trị dọa sảy với dấu hiệu ra máu âm đạo khi vào viện, tình trạng cổ tử cung và chiều dài cổ tử cung trên siêu âm.

Kết luận: Dọa sảy thai là bệnh lý phổ biến cần được theo dõi chăm sóc, điều trị tích cực tránh dẫn đến sảy thai thực sự. Điều trị dọa sảy thai ở Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình cho tỷ lệ thành công cao.

Từ khóa: Dọa sảy thai, sảy thai.

TREATMENT OUTCOMES OF THREATENED MISCARRIAGE AND RELATED FACTORS AT THAI BINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2024

ABSTRACT

Objective: To evaluate the treatment outcomes of threatened miscarriage and identify several related factors at Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

*Tác giả liên hệ: Trần Thị Len

Email: tranlentyb@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/01/2026

Ngày phản biện: 8/3/2026

Ngày duyệt bài: 14/3/2026

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 275 pregnant women diagnosed with threatened miscarriage and treated at Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital from June 1 to December 31, 2024.

Results: Threatened miscarriage was most commonly observed in the maternal age group of 25–29 years, accounting for 34.9%. The most common presenting symptom was vaginal bleeding (38.1%), followed by abdominal pain accompanied by bleeding (32.9%), and isolated abdominal pain (26.7%). A closed cervix was observed in 97.8% of cases. Ultrasonography revealed subchorionic hemorrhage/hematoma in 58.8% of patients. Cervical incompetence was identified in 2.2% of cases. Conservative medical treatment was the primary management approach, used in 98.9% of patients, with a high success rate (92.4% for continuation of pregnancy). The subgroup of patients who received medical treatment combined with cervical cerclage achieved a 100% successful pregnancy continuation rate. The miscarriage rate in the medical treatment-only group was 7.8%, whereas there were no cases of miscarriage in the group that underwent cervical cerclage. The majority of patients had a hospital stay of less than 7 days (64.7%). No association was found between maternal age, history of miscarriage, or presence of subchorionic fluid collection on ultrasound and the treatment outcome of threatened miscarriage. However, a statistically significant correlation was identified between treatment outcome and the presenting signs of vaginal bleeding upon admission, cervical status, and cervical length on ultrasound.

Conclusion: Threatened miscarriage is a common condition that requires close monitoring, care, and aggressive treatment to prevent progression to inevitable miscarriage. Management of threatened miscarriage at Thai Binh Maternity Hospital demonstrated a high success rate.

Keywords: Threatened miscarriage, miscarriage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dọa sảy thai là một biến chứng thai kỳ phổ biến ba tháng đầu của thai kỳ, được đặc trưng bởi tình trạng ra máu âm đạo bất thường khi thai còn sống [1]. Đây là một vấn đề y tế nghiêm trọng, có xu hướng gia tăng và có thể dẫn đến sảy thai thực

sự (khoảng 12% trường hợp) cùng các biến chứng nguy hiểm cho mẹ và thai nhi [2, 3]. Chẩn đoán dọa sảy thai sớm và chính xác, dựa trên sự kết hợp giữa các dấu hiệu lâm sàng và các cận lâm sàng phức tạp, là yếu tố then chốt để can thiệp kịp thời. Tuy nhiên, việc áp dụng các phác đồ điều trị (như theo dõi, dùng thuốc, khâu vòng cổ tử cung) hiện vẫn còn nhiều tranh cãi và chưa có sự thống nhất cao. Do đó, việc nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả của các phác đồ điều trị là cần thiết để chuẩn hóa quy trình điều trị và cải thiện tiên lượng thai sản. Tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình, hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá toàn diện về vấn đề này trong những năm gần đây. Vì vậy chúng tôi nghiên đề tài: “Kết quả điều trị dọa sảy thai và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình năm 2024”. Với mục tiêu có cái nhìn trực diện về kết quả điều trị dọa sảy thai và các yếu tố liên quan đến kết quả đó.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Thai phụ được chẩn đoán xác định dọa sảy thai và điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình từ 01/6/2024 đến 31/12/2024.

- Tuổi thai ≤ 22 tuần (được xác định dựa vào ngày đầu kinh cuối cùng hoặc qua siêu âm 3 tháng đầu cho dự kiến sinh của thai phụ).

- Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Thai phụ không nhớ được chính xác tuổi thai.

- Thai phụ không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình.

- Thời gian nghiên cứu: từ 01/06/2024 đến 31/12/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết quả điều trị dọa sảy thai.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

* Cỡ mẫu:

Công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ trong quần thể:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu

Z: hệ số tin cậy (với độ tin cậy 95% và mức ý nghĩa thống kê lấy $\alpha = 0,05$ thì $Z_{0,975} = 1,96$).

p: là tỷ lệ thai phụ dọa sảy thai có triệu chứng đau bụng và ra máu âm đạo. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thị Hương [4] tại Bệnh viện Phụ Sản Thanh Hóa là 22,9%, chúng tôi chọn $p = 0,229$.

d: sai số tuyệt đối mong muốn, chọn $d = 0,05$.

Thay vào công thức trên, cỡ mẫu tính được $n = 275$.

* Phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Lấy thông tin các kết quả cận lâm sàng và phác đồ điều trị từ hồ sơ bệnh án của các đối tượng nghiên cứu bằng bộ phiếu thu thập thông tin đã được thiết kế sẵn.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được làm sạch trước khi được nhập trên phần mềm REDCAP.

Số liệu được mã hóa, chỉ thành viên trực tiếp nghiên cứu được quyền tiếp cận số liệu.

Dữ liệu được phân tích trên phần mềm thống kê SPSS 20.0 với các test thống kê y học: Kiểm định T-test độc lập, ô có tần số mong đợi nhỏ hơn 5 thì sử dụng kiểm định Fisher's Exact, Sử dụng phân tích hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố liên quan...

2.4. Sai số và biện pháp khắc phục

- Chọn mẫu trong nghiên cứu là thuận tiện nên là hạn chế của nghiên cứu đó để giảm thiểu sai số.

- Chuẩn hoá các công cụ thu thập số liệu.

- Chuẩn hóa kỹ thuật thu thập số liệu: giám sát chặt, mã hoá khi nhập số liệu.

2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua hội đồng khoa học module dự án học thuật Trường Đại học Y Dược Thái Bình và Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình.

- Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, chỉ sử dụng số liệu trên hồ sơ bệnh án, không can thiệp trực tiếp vào đối tượng nghiên cứu vì vậy không ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân.

- Số liệu thu thập được từ bệnh án chỉ sử dụng phục vụ nghiên cứu, không dùng vào bất kỳ mục đích nào khác và đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng của thai phụ trong nghiên cứu (n = 275)

Triệu chứng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng chính	Chỉ có đau bụng	74	26,9
	Chỉ có ra máu âm đạo	105	38,2
	Đau bụng và ra máu âm đạo	80	29,0
Triệu chứng khác	Đau lưng	4	1,5
	Ra khí hư bất thường	7	2,5
	Nghén nhiều	5	1,9

Nhận xét: Dấu hiệu chỉ có ra máu âm đạo chiếm tỷ lệ cao nhất (38,2%), tiếp theo là đau bụng kèm ra máu âm đạo (29,0%).

Bảng 2. Kết quả siêu âm thai (n = 275)

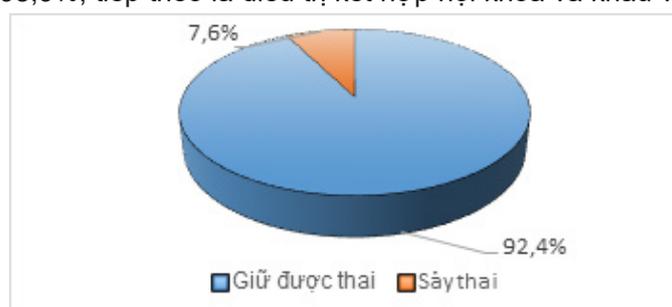
Triệu chứng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai (tuần)	< 13	160	58,2
	13 - 22	115	41,8
Tình trạng Xuất huyết/ Tụ máu, dịch dưới màng đệm	Có	166	60,3
	Không	109	39,7
Chiều dài CTC (mm)	> 25	269	97,8
	≤ 25	6	2,2
Hở eo tử cung	Có	6	2,2
	Không	269	97,8
Lượng nước ối	Ít	3	1,1
	Trung bình	270	98,2
	Nhiều	2	0,7

Nhận xét: Tuổi thai dưới 13 tuần chiếm tỷ lệ lớn (58,2%). Tình trạng xuất huyết/tụ máu dưới màng đệm xuất hiện ở (60,3%) trường hợp. Chiều dài cổ tử cung chủ yếu ở mức bình thường > 25 mm (97,8%), chỉ có 2,2% trường hợp bị ngắn. Tương tự, hở eo tử cung rất hiếm gặp (2,2%). Về lượng nước ối, phần lớn trường hợp có mức nước ối trung bình (98,2%), trong khi thiếu ối (1,1%) và đa ối (0,7%) ít gặp.

Bảng 3. Phương pháp điều trị

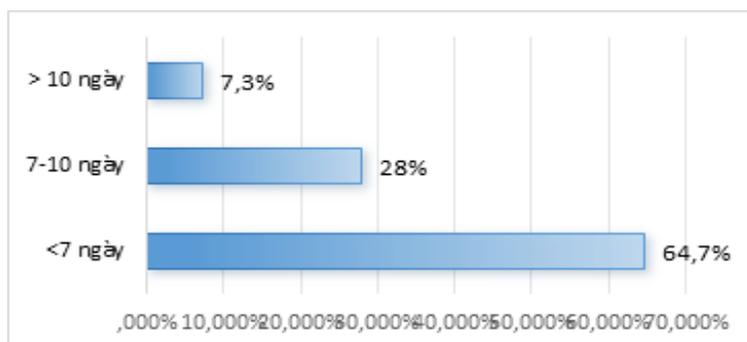
Phương pháp điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không dùng thuốc	1	0,4
Nội khoa	272	98,9
Nội khoa kết hợp khâu vòng CTC	2	0,7
Tổng	275	100

Nhận xét: Trong tổng số 275 thai phụ được nghiên cứu thì phương pháp điều trị đa số là nội khoa với 272 trường hợp chiếm 98,9%, tiếp theo là điều trị kết hợp nội khoa và khâu vòng CTC có 2 trường hợp chiếm 0,7%.



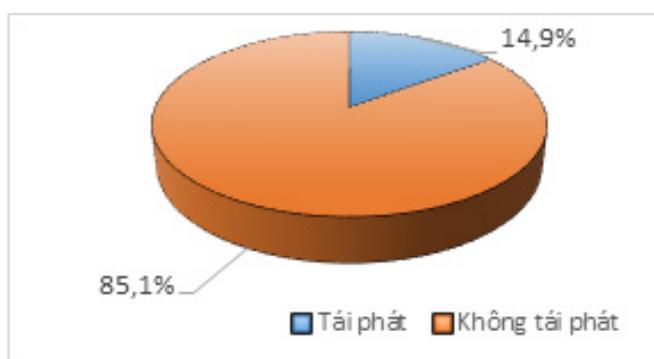
Biểu đồ 1. Kết quả điều trị chung (n = 275)

Nhận xét: Phần lớn thai phụ đều được điều trị thành công với 254 trường hợp giữ được thai, chiếm 92,4%. Tuy nhiên, vẫn có 21 trường hợp bị sảy thai, chiếm 7,6%.



Biểu đồ 2. Thời gian nằm viện của thai phụ (n = 275)

Nhận xét: Phần lớn thai phụ có thời gian nằm viện dưới 7 ngày với 178 trường hợp (64,7%); 77 trường hợp (28%) có thời gian điều trị kéo dài hơn là từ 7-10 ngày; cuối cùng là tỷ lệ thai phụ phải nằm viện trên 10 ngày thấp chỉ 20 trường hợp (7,3%).



Biểu đồ 3. Tình trạng tái phát dọa sảy trong số thai phụ nghiên cứu (n = 275)

Nhận xét: Đa số thai phụ không tái phát với 234 trường hợp chiếm 85,1%. Tỷ lệ tái phát không cao với 41 trường hợp chiếm 14,9%.

Bảng 4. So sánh kết quả điều trị của phương pháp điều trị nội khoa với phương pháp điều trị kết hợp khâu vòng CTC

Kết quả điều trị	Điều trị nội khoa		Điều trị nội khoa kết hợp khâu vòng CTC	
	n	%	n	%
Khỏi (giữ được thai)	252	92,2	2	100
Sảy thai	21	7,8	0	0

Nhận xét: Trong số 273 thai phụ được điều trị nội khoa có 252 thai phụ (chiếm 92,2%) giữ được thai; 21 thai phụ (chiếm 7,8%) bị sảy thai. Khi điều trị nội khoa kết hợp khâu vòng CTC thì 100% (2/2) thai phụ giữ được thai, không có trường hợp nào sảy thai.

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị dọa sảy thai giữ (n = 275)

Các yếu tố liên quan	n (%)	Kết quả điều trị		OR (95%CI)	p
		Giữ được thai	Sảy thai		
Tuổi mẹ	< 35	226 (82,2)	209 (92,5)	1,09 (0,35-3,4)	> 0,05
	≥ 35	49 (17,8)	45 (91,8)		
Tiền sử sảy thai	Không	153 (55,6)	140 (91,5)	0,83 (0,33-2,09)	> 0,05
	Có	122 (44,4)	114 (93,4)		

Các yếu tố liên quan		n (%)	Kết quả điều trị		OR (95%CI)	p
			Giữ được thai	Sảy thai		
Ra máu âm đạo	Có	185 (67,3)	166 (89,7)	19 (10,3)	4,46 (1,01-19,64)	< 0,05
	Không	90 (32,7)	78 (97,5)	2 (2,5)		
Tụ máu dưới màng đệm	Có	166 (60)	154 (92,7)	12 (7,3)	0,77 (0,32-1,85)	> 0,05
	Không	109 (40)	100 (91,7)	9 (8,3)		
Tình trạng CTC	Dài kín	269 (97,8)	251 (93,3)	18 (6,7)	13,15 (2,48-69,68)	< 0,05
	Hở eo	6 (2,2)	3 (50)	3 (50)		
Chiều dài CTC (mm)	> 25	269 (97,8)	251 (93,3)	18 (6,7)	27,9 (4,1-189,7)	< 0,05
	≤ 25	6 (2,2)	2 (33,3)	4 (66,4)		

Nhận xét: Yếu tố ra máu âm đạo, tình trạng CTC, chiều dài CTC liên quan có ý nghĩa thống kê đến kết quả điều trị dọa sảy thai với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi gồm 275 thai phụ dọa sảy thai và đã điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình từ 1/6/2024 đến 31/12/2024 dấu hiệu ra máu âm đạo là hay gặp nhất gồm chỉ ra máu âm đạo chiếm 38,2% và đau bụng kèm ra máu chiếm 29%, chỉ đau bụng cũng chiếm tỷ lệ đáng kể (26,9%). Nghiên cứu cho thấy triệu chứng đau bụng và ra máu âm đạo vẫn là những triệu chứng chính, là một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán dọa sảy thai. Kết quả của chúng tôi có thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thị Hương năm 2013 [4]. Viêm âm đạo chiếm 3,6%, cho thấy nhiễm trùng không phải là yếu tố chính gây dọa sảy thai trong nghiên cứu này. Tuy nhiên, cần lưu ý việc sàng lọc viêm nhiễm để tránh biến chứng trong thai kỳ. Đặc biệt, không có trường hợp hoa mắt/chóng mặt, điều này gợi ý rằng tình trạng mất máu cấp tính hoặc thiếu máu nặng không phổ biến trong nhóm nghiên cứu.

Theo bảng 2 kết quả siêu âm trong nghiên cứu: Tuổi thai < 13 tuần chiếm 58,2%, cao hơn nhóm 13-22 tuần (41,8%). Điều này phù hợp với sinh lý bệnh: giai đoạn đầu thai kỳ là thời điểm nhạy cảm do quá trình làm tổ của phôi và hình thành rau thai chưa hoàn thiện. Tuy nhiên kết quả không có sự chênh lệch lớn giữa hai nhóm tuổi thai, cho thấy cả hai nhóm tuổi đều có khả năng dọa sảy thai tương đương và đều cần được chú ý. Xuất huyết/tụ máu dưới màng đệm (60,3%) là dấu hiệu siêu âm phổ biến nhất, phù hợp với cơ chế bong màng nuôi thai gây ra máu âm đạo, có thể giải thích cho triệu chứng ra máu âm đạo và đau bụng là hay gặp nhất. Kết quả này cao hơn hẳn so với kết quả

nghiên cứu của tác giả Lê Thị Hương năm 2013 [4]: siêu âm có hình ảnh tụ dịch dưới màng nuôi chiếm 21%, có thể cho thấy tiến bộ trong sử dụng đầu dò âm đạo có độ phân giải cao, và kinh nghiệm của bác sỹ giúp phát hiện những vị trí xuất huyết khó thấy, khi kích thước còn nhỏ, ngay cả khi chưa có triệu chứng rõ. Kết quả này thể hiện sự phát triển của siêu âm trong chẩn đoán dọa sảy thai. Khi có dấu hiệu trên siêu âm là lỗi lo khiến bệnh nhân phải nhập viện.

Chiều dài CTC bình thường (> 25 mm) chiếm tỷ lệ cao nhất 97,8% phù hợp với những dọa sảy thai thông thường (ra máu âm đạo, đau bụng, CTC đóng kín). Hở eo tử cung hiếm gặp (2,2%), cho thấy dọa sảy thai không liên quan trực tiếp đến hở eo cổ tử cung. Tuy nhiên, nếu gặp hở eo tử cung là yếu tố nguy cơ cao dẫn đến sảy thai muộn (từ 13-22 tuần), tiên lượng xấu hơn trường hợp CTC vẫn kín, đòi hỏi can thiệp như khâu vòng CTC để duy trì thai kỳ. Nước ối trung bình chiếm 98,2% phản ánh chức năng rau thai ổn định ở đa số trường hợp. Tỷ lệ thiếu ối (1,1%) và đa ối (0,7%) chiếm tỷ lệ rất nhỏ, tuy nhiên cần được chú ý để xác định nguyên nhân và xử trí kịp thời.

Bảng 3: Trong tổng số 275 thai phụ, có 272 trường hợp (98,9%) được điều trị bằng phương pháp nội khoa, chỉ 2 trường hợp (0,7%) phải kết hợp điều trị nội khoa với khâu vòng CTC. Tỷ lệ không dùng thuốc trong quá trình điều trị cực kỳ thấp chỉ có 1 trường hợp (0,4%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Quốc Tuấn [5]. Xu hướng điều trị có thể đã thay đổi theo thời gian, với sự cải

tiến trong phương pháp nội khoa giúp giảm nhu cầu khâu vòng CTC.

Theo biểu đồ 1: Nghiên cứu cho thấy, phần lớn thai phụ được điều trị thành công, với 254 trường hợp giữ được thai, chiếm 92,4% cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Hương là 90,8% [4] và Bùi Minh Tiến 90,7% [6]. Tuy nhiên, vẫn có 21 trường hợp bị sảy thai, chiếm 7,6% thấp hơn nghiên cứu của Lê Thị Hương là 9,2% [4]. Điều này cho thấy phương pháp điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi có hiệu quả tốt hơn. Tuy nhiên, cần phải xét thêm các yếu tố khác như phương pháp điều trị cụ thể, đặc điểm bệnh nhân, và điều kiện y tế tại hai bệnh viện để có kết luận chính xác hơn.

Qua biểu đồ 2 thấy phần lớn thai phụ có thời gian nằm viện dưới 7 ngày chiếm 64,7% cho thấy hiệu quả điều trị nhanh chóng ở đa số bệnh nhân. Điều này có thể nhờ vào việc phát hiện và điều trị sớm, giúp thai phụ ổn định nhanh chóng. Qua biểu đồ 3 tỷ lệ tái phát dọa sảy thai là 14,9%. So sánh với nghiên cứu của Lê Thị Hương [4] thì thấy tỷ lệ tái phát cao hơn (21,3%); tỷ lệ không tái phát thấp hơn (78,7%).

Bảng 4. Điều trị nội khoa đơn thuần đạt tỷ lệ giữ thai khá cao (92,4%), cho thấy phương pháp này có hiệu quả tốt đối với phần lớn thai phụ. Khâu vòng CTC kết hợp nội khoa có tỷ lệ giữ thai 100%, nhưng số lượng bệnh nhân thực hiện phương pháp này rất ít (chỉ 2 trường hợp), không có trường hợp sảy thai nào trong nhóm khâu vòng CTC, do số lượng thai phụ ít nên chưa đủ cơ sở để kết luận rằng phương pháp này vượt trội hơn hẳn so với nội khoa đơn thuần.

Khi nghiên cứu các yếu tố lâm sàng liên quan đến kết quả của điều trị dọa sảy thai (Bảng 5) chúng tôi thấy rằng: không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm thai phụ ≥ 35 tuổi là 91,5% và nhóm thai phụ < 35 tuổi là 92,5%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trần Quốc Tuấn [5].

Trong nghiên cứu không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ điều trị thành công dọa sảy và tiền sử sảy thai ($p > 0,05$). Điều này phản ánh tiền sử sảy thai không phải là yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đáng kể đến kết quả điều trị trong nghiên cứu. Tuy nhiên, những thai phụ có tiền sử dọa sảy thai do vấn đề về nội tiết tố, giải phẫu bất

thường ảnh hưởng đến quá trình thai phát triển nhưng chưa được điều trị hoặc điều trị chưa đạt mục tiêu có thể dẫn đến sảy thai ở lần mang thai này, có nghĩa là lần này và những lần sảy trước có mối liên quan gián tiếp là có cùng nguyên nhân hoặc yếu tố nguy cơ.

Tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm thai phụ có triệu chứng ra máu âm đạo (90,3%) thấp hơn ở nhóm không có triệu chứng này (97,5%) với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê, OR= 4,46, Khoảng tin cậy với 95% (CI:1.01 – 19,63). Khoảng tin cậy lớn do số trường hợp sảy thai ở nhóm không ra máu âm đạo còn ít (2 bệnh nhân) làm tăng sai số chuẩn của ước lượng. Kết quả này gợi ý ra máu âm đạo có liên quan đến tăng nguy cơ sảy thai, hoặc có thể do thời điểm vào viện sớm, triệu chứng ra máu chưa được phát hiện hoặc chưa rõ rệt thì việc điều trị sẽ khả quan hơn nhiều. Nhưng cần nghiên cứu thêm để loại trừ yếu tố nhiễu có thể đến từ quy mô nghiên cứu chưa đủ lớn. Kết quả này phù hợp kết quả nghiên cứu của Bùi Minh Tiến [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tụ máu dưới màng đệm (SCH) và nguy cơ sảy thai ($p > 0,05$). Điều này cho thấy sự hiện diện của SCH không làm tăng rõ rệt nguy cơ sảy thai ở đối tượng nghiên cứu. Tuy nhiên, kết quả này lại trái ngược với nhiều nghiên cứu quốc tế. Cụ thể, theo Kathy L. K. và cộng sự (2012) [7] đã cho thấy rằng SCH có thể làm tăng nguy cơ sảy thai gấp 2,59 lần (RR = 2,59; 95%CI: 2,34-3,25). Điều này gợi ý rằng SCH nhất là khi xảy ra trong tam cá nguyệt đầu tiên và kèm theo chảy máu âm đạo, có thể là yếu tố tiên lượng không thuận lợi cho thai kỳ. Sự khác biệt giữa nghiên cứu hiện tại và các tài liệu quốc tế có thể đến từ: đặc điểm dân số nghiên cứu (chủng tộc, độ tuổi, tiền sử sản khoa), thời điểm khảo sát SCH (đầu thai kỳ hay muộn), kích thước và vị trí khối máu tụ, phương pháp đánh giá và theo dõi thai.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phụ nữ có hở eo cổ tử cung và CTC ngắn trên siêu âm nguy cơ sảy thai cao gấp 13,15 lần so với nhóm có CTC dài, đóng kín và chiều dài CTC bình thường ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Nguyễn Văn Lợi [8]. Sneider K [9]. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện sớm và can thiệp kịp thời đối với tình trạng hở eo tử cung để giảm nguy cơ sảy thai và sinh non.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thành công trong điều trị dọa sảy tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình năm 2024 là 92,4%. Nghiên cứu đã xác định một số yếu tố lâm sàng có liên quan đến kết quả điều trị liên quan có ý nghĩa thống kê với thất bại điều trị, bao gồm: ra máu âm đạo OR = 4,46 (95%CI: 1,01-19,64), tình trạng CTC OR = 13,15 (95%CI: 2,48-69,68), chiều dài CTC trên siêu âm OR = 27,9 (95%CI: 4,1-189,7).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Trường Đại học Y Hà Nội (2020)**, Bài giảng sản phụ khoa tập 1, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
- Nguyễn Thị Thuý Ngân (2024)**. Nghiên cứu mô hình bệnh tật và tình trạng sử dụng thuốc điều trị dọa sảy thai tại Khoa Sản Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh năm 2021 - 2023. VMJ, 535(2).
- Everett C. (1997)**. Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy: prospective study from general practice. BMJ, 315(7099), 32–34.
- Lê Thị Hương (2014)**. Tình hình điều trị dọa sảy thai ≤ 12 tuần tại bệnh viện phụ sản Thanh Hóa năm 2013. Tạp chí Phụ Sản, 12(2).
- Bùi Minh Tiên, Nguyễn Văn Đức (2025)**. Kết quả điều trị dọa sảy thai dưới 12 tuần và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện phụ sản Thái Bình năm 2024. Tạp chí Y học Cộng đồng, 66(CĐ11-NCKH).
- Trần Quốc Tuấn, Nguyễn Thị Bình (2025)**. Kết quả điều trị dọa sảy thai tại Bệnh viện sản nhi tỉnh Phú Thọ năm 2023-2024. Tạp chí Y học Việt Nam, 547(2).
- Kathy L.K., et al (2012)**. Meta-analysis of subchorionic hemorrhage and adverse pregnancy outcomes. Proceedings in Obstetrics and Gynecology, 2(4),4.
- Nguyễn Văn Lợi, Vũ Lưu Dũng, Vũ Thị Minh Phương và cộng sự (2019)**. Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến kết quả sử dụng vòng nâng cổ tử cung trong điều trị dự phòng sảy thai và sinh non ở Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. Tạp chí Phụ Sản, 16(4), 45–49.
- Sneider K., Christiansen O.B., Sundtoft I.B., et al. (2016)**. Recurrence of second trimester miscarriage and extreme preterm delivery at 16–27 weeks of gestation with a focus on cervical insufficiency and prophylactic cerclage. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 95(12), 1383–1390.