

KẾT CỤC THAI KỲ Ở THAI PHỤ ĐẶT VÒNG NÂNG CỔ TỬ CUNG TỪ 14-32 TUẦN ĐỂ DỰ PHÒNG SINH NON TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Hồng Nhung¹, Võ Minh Tuấn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sinh non là nguyên nhân chính gây tử vong sơ sinh trên toàn thế giới, ước tính mỗi năm khoảng 1,1 triệu trẻ tử vong do các biến chứng của sinh non. Vòng nâng cổ tử cung (CTC) đang dần được chứng minh là một phương pháp hiệu quả và an toàn trong việc dự phòng sinh non.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ sinh non ở những thai phụ có nguy cơ sinh non với chiều dài kênh cổ tử cung (CL) ≤ 25 mm được đặt vòng nâng cổ tử cung (CTC) dự phòng từ 14 – 32 tuần tại bệnh viện Từ Dũ.

Đối tượng - Phương pháp: Nghiên cứu báo cáo loạt ca tiến cứu trên 287 sản phụ có CL ≤ 25 mm được đặt vòng nâng cổ tử cung tại bệnh viện Từ Dũ từ tháng 1/2019 đến 6/2020.

Kết quả: Tỷ lệ thai kỳ sinh trước 34 tuần chiếm tỷ lệ 17,3% (95%CI: 13,01-21,84). Tỷ lệ thai kỳ sinh trước 37 tuần chiếm tỷ lệ 37,28% (95%CI: 31,65-42,91). Nhóm thai phụ có CL 20-25 mm có tỷ lệ sinh non giảm 88% so với nhóm thai phụ có CL < 10 mm (95%CI: 0,03-0,41). Không có trường hợp nào ra huyết âm đạo, tiêu khó, tiểu khó sau đặt vòng nâng.

Kết luận: Tỷ lệ thai kỳ sinh non trước 34 tuần và 37 tuần lần lượt là 17,3% và 37,28%. Vòng nâng cổ tử cung là một phương pháp hiệu quả trong dự phòng sinh non ở những sản phụ có CL ngắn.

Từ khóa: sinh non, vòng nâng cổ tử cung, chiều dài kênh cổ tử cung

ABSTRACT

PREGNANCY OUTCOMES FOLLOWING USE OF CERVICAL PESSARY FOR PREVENTING PRETERM DELIVERY OF 14 – 32 WEEKS GESTATION AT TU DU HOSPITAL

Nguyen Hong Nhung, Vo Minh Tuan

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 25 - No. 1 - 2021: 94 - 100

Background: Preterm birth is the main cause of neonatal mortality worldwide, approximately 1.1 million babies die every year from complications of preterm birth. Pessary is gradually being shown to be a safe and effective method for preventing preterm birth.

Objective: To identify the rate of preterm birth in pregnant women (14 to 32 weeks) at risk of preterm birth with the cervical length (CL) ≤ 25 mm treated by pessary at Tu Du Hospital.

Methods: The study reported on series of 287 pregnant women (14 to 32 weeks) at risk of preterm with CL ≤ 25 mm treated by pessary, conducted between January 2019 and June 2020 at Tu Du Hospital.

Results: The rate of deliveries before 34 weeks accounts for 17.3% (95% CI: 13.01-21.84). The rate of deliveries before 37 weeks accounts for 37.28% (95% CI: 31.65-42.91). The group of CL:20-25 mm had the preterm birth rate decreased by 88% compared with the group of CL < 10 mm (95% CI: 0.03-0.41). There was no case of vaginal bleeding, constipation and dysuria after the pessary insertion in this study.

Conclusions: The preterm birth rate before 34 weeks and 37 weeks were 17.3% and 37.28%, respectively. Pessary is an effective method for preventing preterm birth in women with short CL.

Keywords: preterm birth, pessary, cervical length

¹Bộ môn Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: GS.TS.BS. Võ Minh Tuấn ĐT: 0909727199

Email: vominhantuan@ump.edu.vn

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh non được định nghĩa là sinh trước 37 tuần tuổi thai, khoảng 15 triệu ca sinh non được sinh ra mỗi năm trên toàn thế giới, trong đó có khoảng 1,1 triệu trẻ tử vong do các biến chứng của sinh non^(1,2). Cổ tử cung (CTC) ngắn đi khoảng 1 vài tuần trước sinh non trong khoảng 16-24 tuần có mối liên quan mạnh mẽ đến sinh non, cổ tử cung càng ngắn nguy cơ sinh non càng lớn^(3,4). Vòng nâng cổ tử cung có tác dụng chịu lực cơ học và giảm tác động lực trực tiếp từ phần thai lên cổ tử cung do làm đổi hướng cổ tử cung ra sau và bảo vệ chất nhầy cổ tử cung⁽⁵⁾.

Vòng nâng cổ tử cung và progesterone là chiến lược tiềm năng trong việc giảm tỷ lệ sinh non. Cả hai biện pháp đều được chứng minh là an toàn và đáng tin cậy. Việc kết hợp cả 2 phương pháp: sinh hóa (progesterone) và cơ học (vòng nâng CTC) làm cho hiệu quả hơn^(6,7,8). Việt Nam cũng đã có nhiều trung tâm sử dụng vòng CTC, tác giả Lê Văn Hiền (2017) cho thấy tỷ lệ thành công của vòng nâng CTC trong dự phòng sinh non trước 34 tuần là 81,1%, trước 37 tuần là 68,9%, tuy nhiên cỡ mẫu còn nhỏ 74 ca⁽⁹⁾. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này để trả lời câu hỏi nghiên cứu: “Tỷ lệ thai phụ được đặt vòng nâng cổ tử cung dự phòng sinh non từ 14 - 32 tuần tại bệnh viện Từ Dũ sinh trước 34 hay 37 tuần là bao nhiêu?”

Mục tiêu

Xác định tỷ lệ sinh non ở những thai phụ có nguy cơ sinh non do chiều dài kênh cổ tử cung (CL) ≤ 25 mm được đặt vòng nâng CTC dự phòng từ 14 – 32 tuần.

Mô tả các yếu tố liên quan đến kết cục sinh trước 34 tuần trong nhóm nghiên cứu.

Mô tả các tác dụng ngoại ý khi sử dụng vòng nâng như biện pháp phòng ngừa sinh non.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Thai phụ 14-32 tuần có CL ≤ 25 mm được đặt vòng nâng CTC để dự phòng sinh non tại bệnh viện Từ Dũ trong thời gian 1/2019 – 6/2020.

Tiêu chuẩn nhận vào

Thai phụ 14 - 32 tuần có CL ≤ 25 mm được đặt vòng nâng CTC để dự phòng sinh non tại bệnh viện Từ Dũ. Thai phụ >18 tuổi. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Được chỉ định mổ lấy thai trước 34 tuần vì nguyên nhân sản khoa khác. Thai dị tật hoặc thai lưu. Viêm nhiễm sinh dục tiến triển.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Báo cáo loạt ca tiến cứu.

Cỡ mẫu

Chọn mẫu toàn bộ.

Biến số nghiên cứu

Biến số chính trong nghiên cứu áp dụng phương pháp vòng nâng, định nghĩa “Tốt” khi bà mẹ xử dụng biện pháp kéo dài thai kỳ tới 34 tuần.

Phương pháp nhận bệnh và thu thập số liệu

Từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2020, chúng tôi tiến hành mời tất cả các sản phụ có chỉ định đặt vòng nâng CTC với CL ≤ 25 mm tại phòng khám Niệu khoa bệnh viện (BV) Từ Dũ tham gia nghiên cứu gồm 5 bước:

Bước 1: Sàng lọc đối tượng và mời đối tượng tham gia nghiên cứu

Tại phòng khám Niệu Phụ khoa: Tất cả các bệnh nhân được đặt vòng nâng cổ tử cung có cổ tử cung ≤ 25 mm sẽ được mời tham gia nghiên cứu, sẽ tư vấn về mục đích, cách tiến hành, cho sản phụ ký vào bảng đồng thuận tham gia nghiên cứu khi bệnh nhân đồng ý tham gia, thời gian tư vấn trong khoảng 10 phút. Chỉ những sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu và đã ký vào bảng đồng thuận mới bắt đầu tiến hành phỏng vấn.

Bước 2: Thăm khám và đặt vòng nâng

Bác sĩ niệu phụ khoa khám mỏ vịt làm thử nghiệm giấy quỳ để xác định ối còn, kiểm tra tình trạng viêm âm đạo, ra huyết âm đạo. Sau đó khám bằng tay xác định độ xóa mờ cổ tử cung,

hướng cổ tử cung, chiều dài và độ rộng âm đạo. Chọn kích cỡ vòng phù hợp và tiến hành đặt.

Bước 3

Phỏng vấn người tham gia nghiên cứu tại phòng khám sản chậu hoặc phòng khai hồ sơ khoa khám sản chậu để thu thập thông tin sau khi đặt vòng nâng cổ tử cung.

Thu thập thông tin bằng cách phỏng vấn trực tiếp mặt đối mặt gồm người phỏng vấn là bác sĩ hoặc điều dưỡng khoa khám sản chậu trong nhóm nghiên cứu.

Thực hiện phỏng vấn: người phỏng vấn đọc lần lượt các câu hỏi và từng câu trả lời trong phiếu thu thập số liệu để đối tượng chọn lựa, sau đó người phỏng vấn đánh dấu phần trả lời tương ứng của đối tượng trong bộ câu hỏi. Đối tượng nghiên cứu sẽ được giải thích những điều không rõ.

Bước 4: Ghi nhận qua các lần tái khám

Sản phụ tái khám tại phòng khám Niệu phụ khoa 2 tuần sau đặt vòng nâng cổ tử cung.

Bác sĩ sẽ hỏi sản phụ về các triệu chứng tiêu tiểu, tiết dịch hôi ngứa; khám mỏ vịt kiểm tra tình trạng viêm nhiễm, soi nhuộm huyết trắng, vệ sinh vòng và đặt lại cho sản phụ nếu cần. Khám thai tùy vào tuổi thai cụ thể (siêu âm, đo tim thai, xét nghiệm... tùy vào tuổi thai cụ thể).

Chỉ định hỗ trợ phối từ 28-34 tuần, sử dụng progesterone 200 mg/ngày đến thai 36 tuần. Sản phụ được tháo vòng sau 37 tuần hoặc khi vào chuyển dạ.

Bước 5: Thu thập kết cục của thai kỳ

Đối với những sản phụ sinh ở Từ Dũ:

Tham khảo hồ sơ bệnh án. Đối với những sản phụ không sinh tại Từ Dũ: phỏng vấn qua điện thoại. Sau khi thu thập đủ cỡ mẫu, tác giả sẽ gọi điện thoại phỏng vấn sản phụ về các thông tin ngày sinh, cân nặng lúc sinh, cách sinh, tình trạng bé sau sinh.

Xử lý số liệu

Sau khi thu thập số liệu, chúng tôi tiến hành tổng hợp, phân tích, sử lý số liệu bằng

phần mềm STATA 14.0. Phân tích gồm 2 bước: bước 1 mô tả và phân tích đơn biến; bước 2 dùng mô hình hồi quy đa biến nhằm kiểm soát yếu tố gây nhiễu để tính OR hiệu chỉnh (OR*) cho các biến số. Các phép kiểm đều được thực hiện với độ tin cậy 95%.

Y đức

Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM, số 536/ĐHYD-HĐĐĐ, ngày 24/10/2019.

KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm sản phụ và thai kỳ (N= 287)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi mẹ		
<25	38	13,24
25-34	189	65,85
≥35	60	20,91
Tiền sử sinh non		
Không	208	72,47
Có	79	27,53
Số lần sinh		
Chưa sinh	136	47,39
Sinh 1 lần	114	39,72
Sinh ≥2 lần	37	12,89
Hình dạng CTC		
Không hở eo	231	80,49
Hở eo	56	19,51
Chiều dài CTC (mm)		
<10	24	8,36
10-<16	62	21,60
16-<20	75	26,13
>20-25	126	43,90
Tăng cân		
> 12 kg	154	53,66
≤ 12 kg	133	46,34
Loại vòng pessary		
Hodge 1	164	57,14
Hodge 2	116	40,42
Hodge 3	7	2,44

Nghiên cứu của chúng tôi lấy dữ liệu từ 287 trường hợp sản phụ có CL ≤25 mm được đặt vòng nâng CTC để dự phòng sinh non từ tháng 1/2019 đến 6/2020 tại bệnh viện Từ Dũ, tất cả các trường hợp này đều thỏa tiêu chuẩn chọn vào, tiêu chuẩn loại trừ và được chúng tôi đã tiến

hành thu thập, xử lý và phân tích số liệu.

Tuổi trung bình của sản phụ tham gia nghiên cứu là 30,2 ± 5,2, thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 42. Đa phần các sản phụ đều nằm trong nhóm tuổi 25-34 tuổi chiếm tỷ lệ 65,85%.

Tỷ lệ sản phụ có tiền sử sinh non chiếm 29,97%, sản phụ không tiền căn sinh non chiếm đa số 70,03%. Tỷ lệ sản phụ chưa có người con nào chiếm tỷ lệ cao nhất 47,39%, tiếp theo là có một con 39,72%, có hai con trở lên là 12,89%.

Tỷ lệ sản phụ không hở eo chiếm đa số 80,49%, tỷ lệ thai phụ hở eo tử cung chiếm 19,51%. Tỷ lệ thai phụ có CL từ 20-25 mm là 43,90% chiếm đa số, tiếp theo là CL từ 16 -<20 mm chiếm 26,13%, tỷ lệ thai phụ có CL từ 10-<16 mm chiếm 21,60%, thấp nhất là CL <10 mm chiếm 8,36%. CL trung bình đạt 18,2 ± 5,9 mm, thấp nhất là 0,5mm, cao nhất 25 mm.

Trong thai kỳ này loại vòng được đặt nhiều nhất là Hodge 1 chiếm 57,14%, tiếp theo là Hodge 2 chiếm 40,42%, Hodge 3 chiếm tỷ lệ ít nhất 2,44%.

Trong 287 thai phụ tham gia đặt vòng nâng CTC có 18 trường hợp than phiền tăng tiết dịch âm đạo với tỷ lệ 6,27%. Nghiên cứu ghi nhận 11 trường hợp vỡ ối non (3,83%, trong đó 10 trường hợp kéo dài thêm được 2-13 tuần. Không có trường hợp nào tiêu khó, tiểu khó, ra huyết ẠĐ sau khi đặt vòng nâng CTC. Tuy nhiên có 4 trường hợp đau thốn âm đạo sau khi đặt vòng nhưng một lúc sau thì hết. Không có trường hợp nào phải lấy vòng ra do đau thốn (Bảng 2).

Nghiên cứu ghi nhận trong 287 trường hợp sản phụ tham gia, có 107 thai phụ sinh trước 37

tuần chiếm tỷ lệ 37,28%, có 50 thai phụ sinh trước 34 tuần chiếm tỷ lệ 17,42%, có 38 thai phụ sinh trước 32 tuần chiếm tỷ lệ 13,24%, Có 26 thai phụ sinh trước 30 tuần chiếm tỷ lệ 9,06%, có 15 thai phụ sinh trước 28 tuần chiếm tỷ lệ 5,23% (Bảng 3).

Bảng 2: Tác dụng ngoại ý sau đặt vòng (N=287)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tăng tiết dịch ẠĐ so với trước đặt		
Không	269	93,73
Có	18	6,27
Ra huyết âm đạo sau khi đặt		
Không	280	100
Có	0	0
Vỡ ối sau khi đặt		
Không	276	96,17
Có	11	3,83
Đau thốn		
Không	283	98,61
Có	4	1,39
Tiêu khó		
Không	287	100
Có	0	0
Tiểu khó		
Không	227	100
Có	0	0

Bảng 3: Tuổi thai lúc sinh (N=287)

Tuổi thai lúc sinh	Tần số	Tỷ lệ (%)
> 36 tuần 6 ngày	180	62,72
≤ 36 tuần 6 ngày	107	37,28
≥ 34 tuần	237	82,58
< 34 tuần	50	17,42
≥ 32 tuần	249	86,76
< 32 tuần	38	14,24
≥ 30 tuần	261	90,94
< 30 tuần	26	9,06
≥ 28 tuần	272	94,77
< 28 tuần	15	5,23

Bảng 4: Phân tích hồi quy đa biến mô liên quan giữa các yếu tố với sinh non <34 tuần

Đặc điểm	Sinh ≥34 tuần(%)	Sinh <34 tuần(%)	OR*	OR**	95% CI	P**
Tuổi thai	26,0 ±3,7	24,9±3,6	0,92	0,85	0,76-0,95	0,004
Văn hóa						
≤cấp 2	72 (87,80)	10 (12,20)				
cấp 3	55 (68,75)	25 (31,25)	3,27	5,03	1,90-13,28	0,001
>cấp 3	110(88,00)	15 (12,00)	0,98	1,20	0,45-3,21	0,705
TC sinh non						
Không	177 (85,10)	31 (14,90)				
≥ 1 lần	60 (75,95)	19 (24,05)	1,81	2,11	0,95-4,71	0,068

Đặc điểm	Sinh ≥34 tuần(%)	Sinh <34 tuần(%)	OR*	OR**	95% CI	P**
Tăng cân						
< 12 kg	110 (71,43)	44 (28,57)				
≥ 12 kg	127 (95,49)	6 (4,51)	0,19	0,09	0,03-0,25	0,001
Hình dạng lỗ trong CTC						
Không	198 (85,71)	33 (14,29)				
Hở eo CTC	39(69,64)	6 (30,36)	2,61	1,86	0,94-4,71	0,068
Chiều dài CTC						
<10	15 (62,5)	9 (37,5)				
10-<16	45 (72,58)	17 (27,42)	0,63	0,53	0,15-1,82	0,317
16-<20	64 (85,33)	11 (14,67)	0,28	0,32	0,32-1,38	0,090
>20-25	113 (89,68)	13 (10,32)	0,19	0,12	0,03- 0,41	0,001

(**) Multivariate Logistic Regression

(*) Logistic Regression

Sau khi phân tích hồi quy đơn biến giữa các biến số và kết cục thai kỳ trên sản phụ có CL ≤25 mm, được đặt vòng nâng CTC, chúng tôi tìm thấy 6 biến số có liên quan đến tuổi thai lúc sinh. Đó chính là tuổi thai lúc đặt vòng, trình độ văn hóa, sự tăng cân quá mức, tiền căn sinh non, hình dạng lỗ trong CTC và CL (Bảng 4).

Tuy nhiên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trên có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố gây nhiễu nên để kiểm soát các yếu tố gây nhiễu, các biến số có p <0,20 được phân tích hồi quy đa biến thì chúng tôi ghi nhận 4 yếu tố có liên quan đến kết cục thai kỳ bao gồm tuổi thai lúc đặt vòng, trình độ văn hóa, sự tăng cân quá mức và CL.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 287 sản phụ có nguy cơ sinh non với CL ≤25 mm được đặt vòng nâng CTC dạng Hodge tại đơn vị Niệu khoa Bệnh viện Từ Dũ qua đó ghi nhận trong 287 trường hợp sản phụ tham gia, có 107 thai phụ sinh trước 37 tuần chiếm tỷ lệ 37,28%, có 50 thai phụ sinh trước 34 tuần chiếm tỷ lệ 17,42%.

Đa phần các sản phụ đều nằm trong nhóm tuổi 25-34 tuổi chiếm tỷ lệ 66,52%. Thấp nhất là nhóm tuổi dưới 25 chiếm tỷ lệ ít nhất 13,22%. Đây cũng là phân bố phù hợp đối với độ tuổi sinh sản và phù hợp với một số nghiên cứu khác. Tỷ lệ thai phụ không hở eo chiếm đa số 80,49%, tỷ lệ thai phụ hở eo tử cung chiếm 19,51%. Tỷ lệ hở eo CTC rất cao trong nghiên

cứu của chúng tôi có thể lý giải là do bệnh viện Từ Dũ là 1 trung tâm sản phụ khoa lớn nhất phía Nam và 1 trong 3 trung tâm có đặt vòng nâng CTC để ngừa sinh non nên tất cả các bệnh viện lân cận có những thai phụ có CL ngắn, hở eo CTC được giới thiệu đến bệnh viện Từ Dũ để được khám và đặt vòng nâng CTC nếu có chỉ định hoặc theo yêu cầu.

Tuổi thai trong nghiên cứu của chúng tôi được chẩn đoán và đặt vòng nâng khá muộn so với các nghiên cứu khác: 25,8 tuần so với Nicolaidides KH (23,5 tuần)⁽¹⁰⁾, 22,3 tuần (Goya M)⁽¹¹⁾ và Hui SYA (21,9 tuần)⁽¹²⁾, 100% người tham gia thử nghiệm của chúng tôi nhận được liệu pháp hỗ trợ progesterone thay vì 45% như nghiên cứu của Nicolaidides KH; dữ liệu về việc sử dụng liệu pháp progesterone này không được báo cáo trong các nghiên cứu lâm sàng khác như của tác giả Goya M hay Hui SYA. Tỷ lệ sinh non trong nhóm CL<15 mm có sử dụng progesteron của nghiên cứu Nicolaidides KH là 19%, còn ở nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả là 30,02 ± 5,2%.

Với kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 82,58% (237 ca) sinh sau 34 tuần, 50 trường hợp còn lại (17,4%) sinh trước 34 tuần thấp hơn nghiên cứu của tác giả Lê Văn Hiến, tỉ lệ sinh non trước 34 tuần ở nghiên cứu của Lê Văn Hiến là 18,9%, tuổi thai trung bình lúc sinh của nghiên cứu chúng tôi là 36 ±3,7 tuần cao hơn nghiên cứu của Lê Văn Hiến là 34 tuần 5 ngày⁽⁹⁾, thấp hơn so với nghiên cứu của Merler Y tuổi thai lúc sinh

trung bình đạt tới 37,2 ±2,1 tuần ở nhóm đặt vòng nâng CTC phối hợp thêm liệu pháp hỗ trợ progesterone đặt âm đạo⁽¹³⁾, điều này cũng tương tự khi so sánh với nghiên cứu của Abdel-Aleem H (2013) với tuổi thai trung bình lúc sinh đạt 37,7 ±2 tuần⁽¹⁴⁾. Tỷ lệ sinh non trước 34 tuần ở hai nghiên cứu trên lần lượt là 7,4% và 6%, thấp hơn nhiều so với kết quả của chúng tôi 17,4%. Sự khác biệt này có thể do tiêu chuẩn nhận vào giữa nghiên cứu chúng tôi và các nghiên cứu còn lại khác nhau. Cụ thể, chúng tôi chỉ nhận vào những trường hợp CL ≤25 mm, tỷ lệ thai phụ có tiền căn sinh non + CL ngắn trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi khá cao so với các nghiên cứu khác, 29,97% so với 21% của Goya M⁽¹⁵⁾.

Ở nghiên cứu chúng tôi, tất cả các sản phụ sau khi đặt vòng nâng CTC đều được chỉ định phối hợp progesterone đường đặt âm đạo. Theo báo cáo của Melcer Y khi nghiên cứu trên 202 trường hợp đơn thai CL <25 mm, giai đoạn 15-29 tuần thấy rằng tỷ lệ sinh non <34 tuần thấp hơn ở nhóm phối hợp đặt vòng nâng CTC và progesterone đặt âm đạo so với việc chỉ đặt progesterone đơn thuần (7,4% so với 17,6%), tuổi thai lúc sinh trung bình lớn hơn (37,2% ± 2,1 tuần so với 36 ± 3,7 tuần)⁽¹³⁾. Theo một tổng quan hệ thống lớn được thực hiện trên Cochrane của tác giả Abdel-Aleem H với CL ≤25 mm ở nhóm theo dõi tỷ lệ sinh non trước 34 tuần và 37 tuần lần lượt 27% và 59%. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thai kỳ sinh trước 34 tuần chiếm tỷ lệ 17,03%, sinh trước 37 tuần chiếm tỷ lệ 37,28%⁽¹⁴⁾. Qua nghiên cứu này thấy rõ kết hợp pessary và progesterone cho thai phụ có nguy cơ sinh non với CL ≤25 mm CTC có một số tác dụng phụ nhỏ chấp nhận được ở hầu hết những người tham gia. Sau khi nghiên cứu chúng tôi ghi nhận một tác dụng ngoại ý của đặt vòng nâng CTC là tăng tiết dịch âm đạo tuy nhiên với tỷ lệ nhỏ là 8,8%. Không có trường hợp nào ra huyết âm đạo bất thường. Trong nhóm nghiên cứu có 4 trường hợp (1,39%) đau thốn âm đạo sau đặt vòng tuy nhiên một lúc sau thì hết. Trong quá trình đặt vòng không có trường hợp nào đau thốn âm đạo

phải loại bỏ vòng pessary. Trong khi đó tỷ lệ tiết dịch âm đạo của tác giả Nicolaidis KH lên đến 10,5%, đau thốn âm đạo chiếm tới 11,4%, cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Ngoài ra tác giả này còn ghi nhận 10% trường hợp mong muốn không tiếp tục dùng vòng nâng vì những khó chịu mà nó mang lại, trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào phải loại bỏ vòng nâng CTC.

Hạn chế của đề tài

Thiết kế báo cáo loạt ca tiến cứu không có nhóm đối chứng, do đó không thể so sánh hiệu quả điều trị với phương pháp khác. Sử dụng vừa vòng nâng vừa Progesteron đặt trong trị liệu, khó có thể kết luận vai trò của chỉ vòng nâng.

KẾT LUẬN

Theo dõi 287 thai kỳ ở thai phụ đặt vòng nâng CTC từ 14-32 tuần để dự phòng sinh non với CL ≤25mm tại bệnh viện Từ Dũ, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: tỷ lệ thai kỳ sinh trước 34 tuần chiếm tỷ lệ 17,3% (KTC 95%: 13,01 – 21,84). Tỷ lệ thai kỳ sinh trước 37 tuần chiếm tỷ lệ 37,28% (KTC 95%: 31,65 – 42,91). Không có trường hợp nào ra huyết âm đạo do tác dụng ngoại ý khi đặt vòng nâng CTC; không có trường hợp nào tiêu khó, tiểu khó sau khi đặt vòng nâng CTC. Nghiên cứu chỉ ra rằng vòng nâng CTC là một phương pháp hiệu quả trong việc dự phòng sinh non trên những sản phụ có nguy cơ sinh non với CL ngắn. Nghiên cứu cũng chỉ ra được các yếu tố làm tăng tỉ lệ sinh non giúp bổ sung thêm thông tin lâm sàng trong quá trình điều trị cho các nhân viên y tế, tuy nhiên cần nhiều nghiên cứu nữa được thực hiện để có thông tin đầy đủ hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Health Organization World (2012). Born too soon. Geneva: WHO Library.
2. Royal college of Obstetricians & Gynaecologists (2011). Cervical Cerlage. *Green-top Guideline*.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (2012). Practice bulletin no. 130: prediction and prevention of preterm birth. *Obstet Gynecol*, 120(4):964-73.
4. Iams JD, Goldenberg RL, Meis PL, et al (1996). The Length of the Cervix and the Risk of Spontaneous Premature Delivery. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 334(9):567-573.

5. Perez-Lopez FR, Chedraui P, Perez-Roncero GR, et al (2019). Effectiveness of the cervical pessary for the prevention of preterm birth in singleton pregnancies with a short cervix: a meta-analysis of randomized trials. *Arch Gynecol Obstet*, 299(5): 1215-1231.
6. Fox NS, Gupta S, Lam-Rachlin J, et al (2016). Cervical Pessary and Vaginal Progesterone in Twin Pregnancies with a Short Cervix. *Obstet Gynecol*, 127(4):625-630.
7. Karbasian N, Sheikh M, Pirjani R, et al (2016). Combined treatment with cervical pessary and vaginal progesterone for the prevention of preterm birth: A randomized clinical trial. *J Obstet Gynaecol Res*, 42(12):1673-1679.
8. Serra V, Perales A, Meseguer J (2013). Increased doses of vaginal progesterone for the prevention of preterm birth in twin pregnancies: a randomised controlled double-blind multicentre trial. *BJOG*, 120(1):50-57.
9. Lê Văn Hiến, Nguyễn Thị Thanh Tâm (2017). Báo cáo loạt ca 74 trường hợp điều trị dự phòng sinh non bằng vòng nâng cổ tử cung. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 17(1):45-48.
10. Nicolaides KH, Syngelaki A, Poon LC (2016). A Randomized Trial of a Cervical Pessary to Prevent Preterm Singleton Birth. *N Engl J Med*, 374:1044-1052.
11. Goya M, de la Calle M, Pratcorona L (2016). Cervical pessary to prevent preterm birth in women with twin gestation and sonographic short cervix: a multicenter randomized controlled trial (PECEP-Twins). *Am J Obstet Gynecol*, 214(2):145-152.
12. Hui SYA, Chor CM, Lau TK (2013). Cerclage Pessary for Preventing Preterm Birth in Women with a Singleton Pregnancy and a Short Cervix at 20 to 24 Weeks: A Randomized Controlled Trial. *Am J Perinatol*, 30(4):283-8
13. Melcer Y, Kovo M, Maymon R (2020). Arabin cervical pessary with vaginal progesterone versus vaginal progesterone for preventing preterm delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 33(20):3439-3444.
14. Abdel-Aleem H, Shaaban OM, Abdel-Aleem MA (2013). Cervical pessary for preventing preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev*, 5:Cd007873.
15. Goya M, Pratcorona L, Merced C (2012). Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial. *Lancet*, 379:1800-1806.

Ngày nhận bài báo: 10/11/2020

Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: 06/02/2021

Ngày bài báo được đăng: 10/03/2021