

DOI: 10.58490/ctump.2024i74.2382

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ DỰ PHÒNG SINH NON CỦA VÒNG
NÂNG CỔ TỬ CUNG VÀ PROGESTERONE Ở THAI PHỤ 16-28 TUẦN
TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2022-2024**

**Ông Quốc Thái^{1*}, Huỳnh Thanh Liêm², Lâm Đức Tâm¹, Văn Thúy Cam²
Quan Kim Phụng¹, Nguyễn Thanh Thủy², Lê Minh Triết²**

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ

*Email: bsoqthai@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/02/2024

Ngày phản biện: 26/4/2024

Ngày duyệt đăng: 27/5/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sinh non là nguyên nhân tử vong hàng đầu của trẻ sơ sinh. Sinh non để lại nhiều di chứng về thể chất và tâm thần, đồng thời là gánh nặng về kinh tế cho gia đình và xã hội. Chính vì vậy, sàng lọc và dự phòng sinh non hiệu quả đem lại nhiều lợi ích cho chất lượng dân số và cuộc sống sau này. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả dự phòng sinh non của vòng nâng cổ tử cung và progesterone ở thai phụ từ 16-28 tuần và một số yếu tố liên quan đến hiệu quả kéo dài tuổi thai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca 60 thai phụ 16-28 tuần có chiều dài cổ tử ngắn được dự phòng sinh non bằng vòng nâng cổ tử cung Arabin và progesterone tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ 9/2022-12/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ kéo dài tuổi thai đến ≥ 34 tuần là 90%, ≥ 37 tuần là 55%. Thời gian kéo dài từ lúc đặt đến lúc sinh trung bình là $98,9 \pm 36,6$ ngày. Tác dụng phụ thường gặp nhất là tăng tiết dịch chiếm 30%. Hình dạng lỗ trong CTC hở làm tăng nguy cơ sinh non < 34 tuần có ý nghĩa thống kê với $OR=7,0$ ($p=0,038$; KTC 1,1-43,0). **Kết luận:** Dự phòng sinh non bằng vòng nâng cổ tử cung Arabin và progesterone là phương pháp hiệu quả, đơn giản, tỷ lệ tác dụng phụ thấp.

Từ khóa: Vòng nâng cổ tử cung Arabin, dự phòng sinh non, bệnh viện.

ABSTRACT

**EVALUATION OF CERVICAL PESSARY AND PROGESTERONE IN
PRETERM BIRTH PREVENTING AT 16-28 WEEKS GESTATION
AT CAN THO GYNECOLOGY OBSTETRICS HOSPITAL IN 2022-2024**

**Ong Quoc Thai^{1*}, Huynh Thanh Liem², Lam Duc Tam¹, Van Thuy Cam²
Quan Kim Phung¹, Nguyen Thanh Thuy², Le Minh Triet²**

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Gynecology Obstetrics Hospital

Background: Preterm birth is the leading cause of death in newborns. Preterm birth also leads to many physical and mental problems and is an economic burden for families and society. Therefore, effective screening and prevention of preterm birth brings many benefits to the quality of the population and future life. **Objectives:** To evaluate the results of preterm birth prevention using a cervical pessary and progesterone between 16-28 weeks and different factors related to the effectiveness of prolonging gestation. **Materials and method:** A case series study was conducted on 60 cases pregnant women between 16-28 weeks with a short cervical length who were prevented from preterm birth with an Arabin pessary and progesterone at Can Tho Gynecology Obstetrics Hospital from September, 2022 to December 2023. **Results:** The birth rate at ≥ 34 weeks was 90%, and at ≥ 37 weeks was 55%. The average time from intervention to birth was 98.9 ± 36.6 days. The most common side effect is increased vaginal discharge accounting for 30%. Cervical funneling

increases the risk of preterm birth <34 weeks with statistical significance, with an odds ratio of 7.0 ($p=0.038$; CI 1.1-43.0). **Conclusion:** Using the Arabin pessary and progesterone for preventing preterm birth in pregnant women is an effective method, simple, method with a low side effect rate.

Keywords: Arabin pessary, prevention of preterm birth, hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh non là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu cho trẻ dưới 5 tuổi [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2020, ước tính có khoảng 13,9 triệu trẻ sinh non, tỷ lệ sinh non dao động 4-16% và có khoảng 1 triệu trẻ tử vong vì biến chứng sinh non [2]. Ngoài ra, sinh non còn để lại di chứng như chậm phát triển tâm thần vận động, giảm khả năng học tập cùng với những vấn đề về thị lực và thính lực. Chăm sóc trẻ sinh non là gánh nặng cho kinh tế gia đình và xã hội. Vì vậy, dự phòng sinh non là một trong những chiến lược hàng đầu trong quản lý thai kỳ nhằm mục đích làm giảm tỷ lệ sinh non và giảm tỷ lệ biến chứng sơ sinh. Sàng lọc sinh non dựa vào tiền căn sinh non, đo chiều dài cổ tử cung, đo góc tử cung-cổ tử cung nhằm phát hiện thai phụ có nguy cơ cao sinh non để tiến hành dự phòng sinh non.

Hiện nay có nhiều phương pháp dự phòng sinh non như progesterone, khâu eo tử cung và đặt vòng nâng cổ tử cung [3]. Trong đó vòng nâng cổ tử cung Arabin là một phương pháp đơn giản, dễ đặt, dễ tháo, ít tác dụng phụ, được thiết kế hình mác vòm bằng silicone dẻo với cơ chế thay đổi trục cổ tử cung, ngăn ngừa mở lỗ trong cổ tử cung và bảo vệ nút chặn chất nhầy [4], [5]. Năm 2018, Georgios Daskalakis báo cáo sự kết hợp của vòng nâng cổ tử cung và progesterone trong dự phòng sinh non là an toàn và hiệu quả [6], tuy nhiên còn nhiều tranh cãi về hiệu quả khi kết hợp cả hai phương pháp trên trong dự phòng sinh non. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của vòng nâng cổ tử cung kết hợp với progesterone có làm tăng tỷ lệ dự phòng sinh non hay không, với 2 mục tiêu: 1) Đánh giá kết quả dự phòng sinh non bằng vòng nâng cổ tử cung và progesterone ở thai phụ 16-28 tuần. 2) Khảo sát một số yếu tố liên quan đến hiệu quả kéo dài tuổi thai của vòng nâng cổ tử cung và progesterone trong dự phòng sinh non ở thai phụ 16-28 tuần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả phụ nữ mang thai từ 16-28 tuần, đến khám thai và được đo chiều dài kênh cổ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2022-2024.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tuổi thai phụ ≥ 18 tuổi, tuổi thai từ 16-28 tuần, chiều dài kênh cổ tử cung ngắn (≤ 25 mm đối với đơn thai, ≤ 28 mm đối với song thai), đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Dị dạng âm đạo (âm đạo có vách ngăn, chít hẹp âm đạo), đang xuất huyết âm đạo, viêm âm đạo, rỉ ối, ối vỡ non, tổn thương cổ tử cung (polype cổ tử cung, viêm cổ tử cung, nghi ngờ ung thư cổ tử cung), có dấu hiệu dọa sảy thai, dọa sinh non, chỉ định chấm dứt thai kỳ trước 34 tuần vì nguyên nhân sản khoa khác (thai dị dạng, thai chết lưu, viêm nhiễm sinh dục tiến triển), mất dấu trong quá trình theo dõi.

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 09 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca.

- **Cỡ mẫu và phương thức chọn mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ tất cả các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi, tiền sử sảy thai, tiền sử sinh non, tiền sử khâu eo tử cung, phương pháp thụ thai, tuổi thai lúc đặt, số thai, chiều dài kênh cổ tử cung, hình dạng lỗ trong cổ tử cung), tuổi thai lúc sinh, thời gian lúc đặt đến lúc sinh, một số tác dụng phụ. Kết quả dự phòng sinh non được gọi thành công khi tuổi thai kéo dài đến ≥ 34 tuần. Một số yếu tố liên quan đến hiệu quả kéo dài tuổi thai đến ≥ 34 tuần.

- **Các bước tiến hành nghiên cứu:**

+ **Bước 1: Khám sàng lọc và mời tham gia nghiên cứu**

Chọn đối tượng nghiên cứu là những thai phụ được xác định tuổi thai từ 16-28 tuần, tiến hành siêu âm đo chiều dài kênh cổ tử cung. Nếu thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được mời tham gia nghiên cứu và tiến hành đặt vòng nâng cổ tử cung Arabin và kết hợp với progesterone (Cyclogest 200mg).

+ **Bước 2: Đặt vòng nâng cổ tử cung Arabin và progesterone**

Sử dụng vòng nâng Arabin®. Thai phụ nằm tư thế sản khoa, bác sĩ lựa chọn vòng có kích thước phù hợp (đường kính ngoài: con số 65 mm, con rạ 70 mm, chiều cao: đơn thai 21 mm, đa thai 25 mm, đường kính trong: cổ tử cung đóng 32 mm, CTC hở hình chữ T/Y/V/U 35 mm).

Đưa vòng vào âm đạo bằng cách cầm vòng giữa ngón cái và ngón trỏ-ngón giữa ở 1/3 sau để gập vòng lại ép sát thành trục thẳng đứng, bôi trơn bằng gel siêu âm ở đoạn cuối của vòng nâng, mở rộng 2 mép âm đạo bằng ngón trỏ và ngón giữa của tay còn lại, đặt vào âm đạo nhẹ nhàng theo chiều dọc, áp dọc thành sau âm đạo để đến cùng đồ sau và nằm dưới cổ tử cung, phần đường kính trong của vòng hướng lên trên, thai phụ không có cảm giác đau. Thả vòng ra trong âm đạo cho đường kính trong của vòng được áp trực tiếp vào CTC. Cố định vị trí vòng nâng bằng cách ấn cạnh sau của vòng lên sát cùng đồ sau, mục đích giúp cổ tử cung gập sau. Đặt mỏ vịt kiểm tra quan sát đường kính trong của vòng đã ôm trọn CTC. Sau đó nghe lại tim thai.

Mời thai phụ đi vài bước sau khi đặt vòng xem có cảm giác khó chịu hay không để chỉnh vòng khi cần. Hướng dẫn thai phụ tái khám sau 1 tuần, các dấu hiệu cần tái khám ngay và đặt progesterone đường hậu môn mỗi đêm đến 36 tuần. Việc tuân thủ thuốc được ghi nhận ở mỗi lần khám thai định kỳ.

+ **Bước 3: Theo dõi qua các lần tái khám**

Khám thai định kỳ theo lịch tùy vào tuổi thai cụ thể. Chỉ định lấy vòng khi: thai ≥ 37 tuần, ra huyết âm đạo, rỉ ối hoặc vỡ ối, chuyển dạ hoặc theo yêu cầu của thai phụ. Ghi nhận thông tin về tác dụng phụ khi tái khám (khó chịu, tăng tiết dịch, nhiễm trùng, rớt vòng)

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được mã hoá và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Biến định tính được trình bày bằng tần số, tỷ lệ. Biến định lượng được mô tả bằng trung bình, độ lệch chuẩn. Kiểm định mối liên quan đơn biến bằng phương pháp kiểm định Chi Square, Fisher's Exact Test và đa biến bằng phép kiểm hồi quy logistic với độ tin cậy 95% và có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 22.303.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 10/08/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Tần số (n=60)	Tỷ lệ (%)
Tuổi mẹ	18-34 tuổi	49	81,7
	≥35 tuổi	11	18,3
	Trung bình: 28,7±5,7 [18;42]		
Số thai	Đơn thai	51	85
	Song thai	9	15
Phương pháp thụ tinh	Tự nhiên	52	86,7
	Hỗ trợ sinh sản	8	13,3
Tiền sử sinh non	Không	56	93,7
	Có	4	6,7
Tiền sử sảy thai	Không	42	70
	Có	18	30
Tiền sử khâu eo tử cung	Không	59	98,3
	Có	1	1,7
Tuổi thai lúc đặt vòng	16-<22 tuần	23	38,3
	22-<28 tuần	37	61,7
	Trung bình 22,1±3,6 [16;28]		
Chiều dài kênh cổ tử cung	≥15 mm	53	88,3
	<15 mm	7	11,7
	Trung bình 21,1±4,6 [5;27]		
Hình dạng lỗ trong cổ tử cung	Không hở	44	73,3
	Hở dạng T,Y,V,U	16	26,7

Nhận xét: Tuổi mẹ trung bình là 28,7±5,7 tuổi, mang thai tự nhiên 86,7%, đơn thai 85%, không có tiền sử sinh non 93,7%, không có tiền sử sảy thai 70%. Tuổi thai trung bình lúc đặt vòng là 22,1±3,8 tuần, chiều dài kênh CTC trung bình là 21,1±4,6 mm và hình dạng lỗ trong CTC hở chiếm 26,7%.

3.2. Kết quả dự phòng sinh non

Bảng 2. Kết quả dự phòng sinh non

Đặc điểm		Tần số (n=60)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai lúc sinh	< 28 tuần	2	3,3
	28-<32 tuần	4	6,7
	32-<34 tuần	0	0
	34-<37 tuần	21	35
	≥37 tuần	33	55
	Tuổi thai trung bình lúc sinh 36,2±3,3 tuần [25;40]		
Thời gian kéo dài từ lúc đặt đến sinh	<7 ngày	1	1,7
	≥28 ngày	59	98,3
	Trung bình 98,9 ± 36,6 ngày [2,162]		

Nhận xét: Tỷ lệ kéo dài tuổi thai đến ≥34 tuần là 90%, ≥37 tuần là 55%. Tuổi thai trung bình lúc sinh là 36,2±3,3 tuần. Thời gian kéo dài từ lúc đặt đến sinh trung bình là 98,9±36,6 ngày.

Bảng 3. Một số tác dụng phụ

Tác dụng phụ	Tần số (n=60)	Tỷ lệ (%)
Khó chịu	4	6,7
Tiết dịch âm đạo	18	30
Viêm âm đạo	1	1,6
Rớt vòng	0	0

Nhận xét: Tác dụng phụ không mong muốn thường gặp là tăng tiết dịch 30%.

3.3. Một số yếu tố liên quan với hiệu quả kéo dài tuổi thai đến ≥ 34 tuần

Bảng 4. Mối liên quan giữa các yếu tố với hiệu quả kéo dài tuổi thai đến ≥ 34 tuần

Đặc điểm		Sinh ≥ 34 tuần n (%)	Sinh < 34 tuần n (%)	Tổng n (%)	OR (95% KTC)	P
Tuổi mẹ	18-34 tuổi	46 (93,9)	3 (6,1)	49 (81,7)	5,8 (1,0-33,7)	0,069
	≥ 35 tuổi	8 (72,7)	3 (27,3)	11 (18,3)		
Phương pháp thụ thai	Tự nhiên	47 (90,4)	5 (9,6)	52 (86,7)	1,3 (0,1-13,2)	1
	HTSS	7 (87,5)	1 (12,5)	8 (13,3)		
Tiền sử sảy thai	Không	37 (68,5)	5 (11,9)	42 (70)	0,4 (0,04-4,0)	0,658
	Có	17 (94,4)	1 (5,6)	18 (30)		
Tiền sử sinh non	Không	51 (91,1)	5 (8,9)	56 (93,3)	3,4 (0,2-39,1)	0,351
	Có	3 (75)	1 (25)	4 (6,7)		
Tiền sử khâu eo tử cung	Không	53 (89,8)	6 (10,2)	59 (98,3)	0,9 (0,8-1,0)	1
	Có	1 (100)	0 (0)	1 (1,7)		
Tuổi thai lúc đặt vòng	≥ 22 tuần	33 (89,2)	4 (10,8)	37 (61,7)	0,8 (0,1-4,7)	1
	< 22 tuần	21 (91,3)	2 (8,7)	23 (38,3)		
Số thai	Đơn thai	46 (90,2)	5 (9,8)	51 (85)	1,1 (0,1-11,2)	1
	Song thai	8 (88,9)	1 (11,1)	9 (15)		
Chiều dài kênh CTC	≥ 15 mm	48 (90,6)	5 (9,4)	53 (88,3)	1,600 (0,2-16,1)	0,541
	< 15 mm	6 (85,7)	1 (14,3)	7 (11,7)		
Hình dạng CTC trên siêu âm	Không hở	42 (95,5)	2 (4,5)	44 (73,3)	7,0 (1,1-43,0)	0,038
	Hở	12 (75)	4 (25)	16 (26,7)		

OR (Odds Ratio): tỷ số chênh, KTC: khoảng tin cậy.

Nhận xét: Hình dạng lỗ trong CTC hở làm tăng nguy cơ sinh non < 34 tuần có ý nghĩa thống kê với OR=7,0 (p=0,038; KTC 1,1-43,0).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của các đối tượng trong nghiên cứu là $28,7 \pm 5,7$ tuổi, đa số không có tiền sử sinh non, không có tiền sử sảy thai, mang thai tự nhiên và đơn thai, kết quả này tương đồng với nghiên cứu Đỗ Thị Minh Nguyệt (2020) [7]. Qua đó cho thấy không có sự thay đổi về đặc điểm chung của các đối tượng tại Cần Thơ qua các năm. Nghiên cứu của Đỗ Thị Minh Nguyệt (2020) và Nguyễn Thị Hoàng Trang (2023) [8] có tuổi thai trung bình lúc đặt vòng nâng CTC lần lượt là $20,5 \pm 1,4$, $21,03 \pm 2,42$ sớm hơn với của nghiên cứu chúng tôi.

Chiều dài kênh CTC trung bình lúc đặt vòng là $21,1 \pm 4,6$ mm. Trong khi Đỗ Thị Minh Nguyệt là $20,7 \pm 5,4$ mm, Nguyễn Thị Hoàng Trang là $23,06 \pm 3,08$ mm. Về hình dạng lỗ trong CTC hở chỉ chiếm 26,7% kết quả này tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Thị Hoàng Trang là 27,6%, thấp hơn so với Đỗ Thị Minh Nguyệt là 61,1%.

4.2. Kết quả dự phòng sinh non

Trong nghiên cứu của chúng, hiệu quả kéo dài tuổi thai đến ≥ 34 tuần là 90%, tỷ lệ này cao hơn của Đỗ Thị Minh Nguyệt (2020) là 86,7%, sự chênh lệch này không quá lớn có thể do trong nghiên cứu Đỗ Thị Minh Nguyệt có cỡ mẫu nhỏ, đối tượng nghiên cứu có tuổi thai khi tham gia nghiên cứu nhỏ hơn nghiên cứu của chúng tôi và chỉ sử dụng vòng nâng CTC để dự phòng sinh non. Mặc dù năm 2016, Nathanael Stricker và cộng sự đã báo cáo không có sự khác biệt về tỷ lệ sinh non < 34 tuần ở nhóm sử dụng vòng nâng CTC kết hợp progesterone so với chỉ sử dụng vòng nâng CTC (32,1% so với 24,5%, $p=0,57$) [9].

Một nghiên cứu có đối chứng của Nathan S Fox (2017) về hiệu quả dự phòng sinh non của vòng nâng CTC và progesterone so với chỉ sử dụng progesterone trên đối tượng song thai < 28 tuần, có chiều dài CTC ngắn (≤ 20 mm), kết luận nhóm đặt vòng nâng CTC kết hợp progesterone có tỷ lệ sinh non < 32 tuần thấp hơn đáng kể (4,8% so với 28,6%, $p=0,05$), thời gian kéo dài đến khi sinh dài hơn ($65,2 \pm 16,8$ so với $52,1 \pm 24,3$ ngày, $p=0,025$) và tỷ lệ mắc bệnh nặng ở trẻ sơ sinh thấp hơn (9,5% so với 34,9%, $p=0,04$) so với chỉ sử dụng progesterone [10]. Trong nghiên cứu của Nathan S Fox, với sự kết hợp vòng nâng cổ tử cung và progesterone, tỷ lệ sinh ≥ 34 tuần là 76,2% và thời gian kéo dài tuổi hai đến lúc sinh thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 90%, $98,9 \pm 36,6$ điều này có thể do đối tượng nghiên cứu của Nathan S Fox là song thai và chiều dài CTC khi tham gia nghiên cứu ngắn hơn so với chúng tôi.

Năm 2020, Yaakov Melcer và cộng sự thực hiện một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng so sánh hiệu quả của vòng nâng cổ tử cung kết hợp với progesterone so với progesterone đơn thuần ở những thai phụ có chiều dài CTC ngắn (≤ 25 mm) từ 15-29 tuần cho kết quả khả quan. Mặc dù chiều dài CTC trung bình ngắn hơn khi chọn mẫu, nhưng tỷ lệ sinh non < 34 tuần ở nhóm nghiên cứu thấp hơn (7,4% so với 17,6%, $p=0,002$) và sinh muộn hơn 1 tuần so với nhóm chứng (tuổi thai lúc sinh $37,2 \pm 2,1$ tuần so với $36,2 \pm 3,7$ tuần, $p=0,02$) [11]. Về tỷ lệ sinh ≥ 34 tuần trong nghiên cứu của Yaakov Melcer gần tương đồng so với nghiên cứu của chúng tôi (92,6% so với 90%), sự tương đồng này có thể do tương đồng về đối tượng nghiên cứu với chiều dài cổ tử cung ngắn và tuổi thai tham gia nghiên cứu.

Tương tự, Georgios Daskalakis (2018) báo cáo sự kết hợp của vòng nâng cổ tử cung và progesterone trong dự phòng sinh non là an toàn và hiệu quả. Tỷ lệ sinh ≥ 34 tuần là 92,2%, và thời gian kéo dài đến lúc sinh trung bình là $94,7 \pm 27,3$ ngày [12], với kết quả gần như tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Tuy nhiên, khi so với Nguyễn Thị Hoàng Trang (2023) tỷ lệ sinh ≥ 34 tuần trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn (90% so với 95,1%) mặc dù có sự tương đồng về tuổi thai trung bình lúc đặt vòng, chiều dài CTC, tỷ lệ phần trăm hình dạng CTC không hở và đều sử dụng progesterone cho tất cả đối tượng. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoàng Trang chỉ thực hiện trên đơn thai và đã loại trừ các đối tượng có tiền sử sinh non, tiền sử sảy thai từ 2 lần trở lên.

Tác dụng phụ thường gặp là tăng tiết dịch chiếm 30%, thấp hơn so với nghiên cứu Đỗ Thị Minh Nguyệt (72,2%), tuy nhiên cao so với Yaakov Melcer (19,3%) và Georgios Daskalakis (10%). Chỉ có 1/60 trường hợp viêm âm đạo sau khi đặt vòng nâng CTC được phát hiện sớm, điều trị khỏi, không cần phải lấy vòng. Không có trường hợp nào rút vòng.

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi thấy sự kết hợp vòng nâng cổ tử cung và progesterone cho hiệu quả khả quan và ít tác dụng phụ, tuy nhiên hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là cỡ mẫu nhỏ, không có nhóm chứng. Do đó cần một nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế nghiên cứu tốt hơn để chứng minh hiệu quả của vòng nâng CTC và progesterone, cũng như yếu tố liên quan đến hiệu quả kéo dài tuổi thai thành công.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến hiệu quả kéo dài tuổi thai đến ≥ 34 tuần

Sau khi phân tích, chúng tôi ghi nhận hình dạng lỗ trong CTC hở là một yếu tố làm tăng nguy cơ sinh non < 34 tuần với $OR=7,0$ ($p=0,038$; KTC 1,1-43,0). Qua đó bổ sung thêm thông tin trong việc sàng lọc sinh non cần chú ý hình dạng lỗ trong CTC khi đo chiều dài kênh CTC qua đường âm đạo.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ kéo dài tuổi thai đến ≥ 34 tuần là 90%, ≥ 37 tuần là 55%. Thời gian kéo dài từ lúc đặt đến lúc sinh trung bình là $98,9 \pm 36,6$ ngày. Tác dụng phụ thường gặp nhất là tăng tiết dịch âm đạo 30%. Hình dạng lỗ trong CTC hở làm tăng nguy cơ sinh non < 34 tuần có ý nghĩa thống kê với $OR=7,0$ ($p=0,038$; KTC 1,1-43,0).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller AB, Lumbiganon P, Petzold M, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health*. 2019. 7(1), e37-e46, DOI: 10.1016/S2214-109X(18)30451-0.
2. World Health Organization WHO. Preterm birth. *World Health Organization*. [Internet], 10 May 2023 [cited 16 February 2024]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
3. Goya M, de la Calle M, Pratcorona L, Merced C, Rodó C, et al. 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*. 2016. 214(2), 145-152, DOI: 10.1016/j.ajog.2015.11.012.
4. Arabin B, Alfirevic Z, et al. Cervical pessaries for prevention of spontaneous preterm birth: past, present and future. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013. 42(4), 390-309, DOI: 10.1002/uog.12540.
5. Vũ Nhật Khang. Tổng quan vòng nâng cổ tử cung Arabin trong dự phòng sinh non. *Y học sinh sản*. 2020. 52(11), 46-49.
6. Daskalakis G, Zacharakis D, Theodora M, Antsaklis P, Papantoniou N, Loutradis D, Antsaklis A. Safety and efficacy of the cervical pessary combined with vaginal progesterone for the prevention of spontaneous preterm birth. *J Perinat Med*. 2018. 46(5), 531-537, DOI: 10.1515/jpm-2017-0009.
7. Đỗ Thị Minh Nguyệt. Đánh giá bước đầu kết quả dự phòng sinh non bằng vòng Arabin tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ. *Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở*. Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ. 2020.
8. Thi Hoang Trang Nguyen. Cervical pessary in preterm birth prevention among singleton pregnant women with a short cervix and obtuse uterocervical angle: A Quasi-Experimental Study. *CC BY 4.0.1-12*. 2023. DOI:10.20944/preprints202308.0661.v1.
9. 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?. *Am J Obstet Gynecol*. 2016. 214(6), 739.e1-739.e10, DOI: 10.1016/j.ajog.2015.12.007.
10. Fox NS, Gupta S, Lam-Rachlin J, Rebarber A, Klauser CK, Saltzman DH. Cervical Pessary and vaginal progesterone in Twin Pregnancies with a short Cervix. *Obstet Gynecol*. 2016. 127(4), 625-630, DOI: 10.1097/AOG.0000000000001300.
11. Melcer Y, Kovo M, Maymon R, Bar J, Wiener I, Neeman O, Pekar-Zlotin M, Zimmerman A. Arabin cervical pessary with vaginal progesterone versus vaginal progesterone for preventing preterm delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020. 33(20), 3439-3444, DOI: 10.1080/14767058.2019.1573894.
12. Daskalakis G, Zacharakis D, Theodora M, Antsaklis P, Papantoniou N, Loutradis D, Antsaklis A. Safety and efficacy of the cervical pessary combined with vaginal progesterone for the prevention of spontaneous preterm birth. *J Perinat Med*. 2018. 46(5), 531-537, DOI: 10.1515/jpm-2017-0009.