

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ đẻ non tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Nguyễn Thị Thùy Linh^{1*}, Nguyễn Thị Thu Hà², Nguyễn Thị Hồng¹

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

doi: 10.46755/vjog.2025.3.1903

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Thị Thùy Linh, email: nttlinh0398.chuyen@tuyenquang.edu.vn

Nhận bài (received): 23/10/2025 - Chấp nhận đăng (accepted): 3/11/2025

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ đẻ non tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2024 - 2025.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 340 sản phụ đẻ non tại bệnh viện phụ sản Trung ương.

Kết quả: Sản phụ có độ tuổi chủ yếu trong khoảng 20 - 34 tuổi, chiếm 70%. Sản phụ làm các nghề tự do chiếm 60,6%. Sản phụ không có bệnh lý mạn tính chiếm 87,9%, sản phụ có thai tự nhiên chiếm 72,1%. Sản phụ mang đơn thai chiếm 85%. Sản phụ quản lý thai tại phòng khám tư chiếm 82,4%. Có 190 sản phụ đẻ non tự nhiên chiếm 55,9% và 44,1% trường hợp đẻ non do chỉ định y khoa Về đẻ non tự nhiên: Có 42,1% sản phụ vào viện có ra nước âm đạo. 57,9% có cổ tử cung mở 1 - 3 cm. Có 64,7% các trường hợp cơn co tử cung tần số 1 - 3. Sản phụ được đo chiều dài cổ tử cung qua siêu âm đường âm đạo khi vào viện có kết quả bất thường (cổ tử cung < 25 mm hoặc chữ U, Y) chiếm tỉ lệ 17,9%. Về đẻ non do chỉ định y khoa: có 73,2% sản phụ tiền sản giật có dấu hiệu nặng. 84,4% các trường hợp thai chậm phát triển trong tử cung có bất thường tìm thai trên CTG; Ra máu âm đạo chiếm tỉ lệ cao nhất (76,6%) ở các bệnh nhân rau tiền đạo. Có 80,9% sản phụ rau tiền đạo trung tâm, 55,3% các trường hợp rau cài răng lược, trong đó thể Increta chiếm tỉ lệ cao nhất là 80,8%.

Kết luận: Phần lớn sản phụ đẻ non trong nghiên cứu đều có dấu hiệu ra nước âm đạo và cổ tử cung mở. Sản phụ không được đo chiều dài cổ tử cung chiếm tỉ lệ lớn.

Từ khóa: đẻ non tự nhiên, đẻ non do chỉ định y khoa, độ mở cổ tử cung.

Clinical and paraclinical characteristics of premature births at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology

Nguyen Thi Thuy Linh^{1*}, Nguyen Thi Thu Ha², Nguyen Thi Hong¹

¹Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy

²National Hospital of Obstetrics and Gynecology

Abstract

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics of premature births at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2024 - 2025.

Methods: Prospective, cross-sectional study on 340 premature at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Results: Pregnant women are mainly between 20 and 34 years old, accounting for 70%. Pregnant women who work in the self-employed sector account for 60.6%. Pregnant women without chronic diseases account for 87.9%, pregnant women with natural pregnancies account for 72.1%. Pregnant women with single pregnancies account for 85%. Pregnant women who manage their pregnancy at private clinics account for 82.4%. There are 190 pregnant women who give birth naturally prematurely, accounting for 55.9%, and 44.1% of premature births are due to medical indications. Regarding natural premature birth: 42.1% of pregnant women admitted to the hospital had vaginal discharge. 57.9% had a 1 - 3 cm dilated cervix. 64.7% of cases had uterine contractions with a frequency of 1 - 3. Pregnant women whose cervical length was measured by vaginal ultrasound upon admission to the hospital had abnormal results (cervix < 25 mm or U, Y shape) accounting for 17.9%. Regarding premature birth due to medical indications: 73.2% of pregnant women with preeclampsia had severe signs. 84.4% of cases of intrauterine growth retardation had fetal heart abnormalities on CTG; Vaginal bleeding accounted for the highest rate (76.6%) in patients with placenta previa. 80.9% of pregnant women had central placenta previa, 55.3% of cases of placenta accreta, of which Increta type accounted for the highest rate of 80.8%.

Conclusion: Most of the preterm mothers in the study had signs of vaginal discharge and cervical dilation. A large proportion of mothers did not have their cervical length measured.

Keywords: spontaneous preterm birth, medically induced preterm birth, cervical dilation.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization-WHO), đẻ non được định nghĩa là những trẻ sinh ra còn sống trước tuần thứ 37 của thai kỳ [1]. Ở các quốc gia, tỉ lệ đẻ non dao động từ 4 - 16% số trẻ sinh trong năm 2020 [1]. Tại Việt Nam, cho đến nay vẫn chưa có thống kê trên cả nước mà chỉ có những nghiên cứu tại từng vùng miền hoặc từng bệnh viện. Theo tác giả Nguyễn Thị Minh Thanh, tỉ lệ đẻ non tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2018 là 11,3% [2]. Tỉ lệ đẻ non tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2015 là 14,81%, năm 2016 là 16,94% và trong 2 năm là 15,89% [3]. Ảnh hưởng của đẻ non đối với sơ sinh là rất lớn, đặc biệt nguy cơ tử vong của sơ sinh non tháng là rất cao. Bệnh viện Phụ Sản Trung ương là một trong những cơ sở y tế đầu ngành về Sản phụ khoa tại Việt Nam. Là một bệnh viện tuyến đầu, nơi đón nhận các ca dọa sinh non, sinh non chuyển về từ khắp mọi tỉnh thành với rất nhiều hình thái bệnh tật khác nhau. Vì vậy, mô hình lâm sàng, cận lâm sàng ở đây vô cùng đa dạng. Tuy nhiên, trong những năm gần đây bệnh viện chưa có những nghiên cứu cụ thể về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ đẻ non nói chung. Việc nghiên cứu về các đặc điểm này, giúp bệnh viện nắm bắt được thực tế, từ đó đưa ra các chiến lược dự phòng và điều trị đẻ non. Đồng thời cũng mang lại giá trị trong chỉ đạo tuyến, triển khai nâng cao khả năng quản lý thai cho các tuyến dưới và các phòng mạch tư. Tất cả góp phần làm giảm tỉ lệ đẻ non, tỉ lệ bệnh tật ở trẻ sơ sinh cũng như nâng cao chất lượng của bệnh viện.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: là những sản phụ đẻ hoặc mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương với các điều kiện:

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi thai từ 22 tuần 0 ngày đến 36 tuần 6 ngày: tính

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của sản phụ đẻ non

	Đặc điểm chung	N (= 340)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	< 20 tuổi	3	0,9
	20 - 34 tuổi	283	70
	≥ 35 tuổi	99	29,1
Tiền sử bệnh lý mạn tính	Không	299	87,9
	Có	41	12,1
Phương pháp có thai	Tự nhiên	245	72,1
	Hỗ trợ sinh sản	95	27,9
Số lượng thai	Đơn thai	289	85
	Đa thai	51	15

theo ngày đầu tiên của chu kỳ kinh nguyệt cuối hoặc theo dự kiến sinh trên siêu âm trong 3 tháng đầu hoặc theo ngày chuyển phôi/ IUI.

- Thai sống.
- Bệnh án có đầy đủ thông tin.

Tiêu chuẩn loại trừ

Thai chết lưu/thai dị dạng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu, cách chọn mẫu và quá trình thu thập dữ liệu

* Cỡ mẫu tính theo công thức:

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

Trong đó:

- n: cỡ mẫu.

- $Z^2_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy. Chọn $\alpha = 0,05$ ta được $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96^2$ ở khoảng tin cậy 95%.

- p: tỉ lệ đẻ non tự nhiên trên tổng số đẻ non (tỉ lệ đẻ non tự nhiên theo nghiên cứu của tác giả Annie M DUDE và William A GROBMAN là 74,4% trong tổng số các trường hợp đẻ non [4]). Ta lấy $p = 0,7$.

- d = 0,05.

Thay vào công thức, $n = 323$.

Như vậy:

- Với cách chọn cỡ mẫu toàn thể, trong khoảng thời gian là 1,5 tháng (từ 01/11/2025 đến 20/01/2025), chúng tôi lấy được 340 sản phụ đẻ non (bao gồm cả nhóm sản phụ đẻ non tự nhiên và nhóm sản phụ đẻ non do chỉ định y khoa).

Công cụ nghiên cứu

Bộ câu hỏi theo mẫu phiếu nghiên cứu đã xây dựng sẵn.

Đạo đức nghiên cứu y học

Số: 2453/CN-PSTW.

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.

Các sản phụ đẻ non có độ tuổi chủ yếu trong khoảng 20 - 34 tuổi với tỉ lệ 70%. Đa phần các sản phụ không có bệnh lý mạn tính chiếm 87,9%. Sản phụ có thai tự nhiên chiếm tỉ lệ cao nhất là 72,1%. Có 85% sản phụ mang đơn thai.

3.2. Nguyên nhân đẻ non

Bảng 2. Nguyên nhân đẻ non

Nguyên nhân đẻ non		n (=340)	Tỉ lệ (%)
Đẻ non tự nhiên		190	55,9
	Tiền sản giật	71	20,9
Đẻ non do chỉ định y khoa			
	Rau tiền đạo/Rau cài răng lược	47	13,8
	Thai chậm phát triển trong tử cung	32	9,4

Sản phụ đẻ non tự nhiên chiếm 55,9%; số sản phụ đẻ non do chỉ định y khoa là 44,1%, trong đó nguyên nhân do tiền sản giật chiếm tỉ lệ cao nhất là 20,9%, do thai chậm phát triển trong tử cung chiếm tỉ lệ thấp nhất là 9,4% và đẻ non do rau tiền đạo/rau cài răng lược chiếm 13,8%.

3.3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ đẻ non tự nhiên

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ đẻ non tự nhiên

Đặc điểm		N (=190)	Tỉ lệ (%)	
Lâm sàng	Đau bụng	61	32,1	
	Cơ năng	Ra máu âm đạo	23	12,1
		Ra nước âm đạo	80	42,1
	Độ mở cổ tử cung	Chưa xóa mở	61	32,1
		LNT, 1 - 3 cm	110	57,9
	> 3 cm	19	10	
Cận lâm sàng	Cơ co tử cung (trên CTG)	Không có cơn co	66	34,7
		Tần số 1 - 3	123	64,7
		Tần số \geq 4	1	0,6
	Chiều dài cổ tử cung (trên siêu âm)	Không đo	141	74,2
		> 25 mm	15	7,9
	< 25 mm hoặc chữ U, Y	34	17,9	

Sản phụ vào viện với triệu chứng cơ năng ra nước âm đạo chiếm tỉ lệ cao nhất là 42,1%. 32,1% là triệu chứng đau bụng. Về độ mở cổ tử cung, cổ tử cung mở 1 - 3 cm chiếm tỉ lệ nhiều nhất là 57,9%.

Bệnh nhân đẻ non vào viện có cơn co tử cung tần số 1 - 3 chiếm tỉ lệ cao nhất 64,7%. Số sản phụ không được siêu âm đo chiều dài cổ tử cung chiếm tỉ lệ cao nhất là 74,2%; Còn lại, trong số được siêu âm đo chiều dài cổ tử cung, có 34 trường hợp cổ tử cung < 25 mm hoặc chữ U, Y chiếm 17,9% và 15 sản phụ có chiều dài cổ tử cung > 25 mm chiếm 7,9%.

3.4. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ đẻ non do chỉ định y khoa

Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ đẻ non do chỉ định y khoa

Đặc điểm		N	Tỉ lệ (%)	
Tiền sản giật	Phân loại tiền sản giật	Tiền sản giật	19	26,8
		Tiền sản giật có dấu hiệu nặng	52	73,2
Thai chậm phát triển trong tử cung	Tim thai trên CTG	Bình thường	5	15,6
		Bất thường	27	84,4

		Không triệu chứng	8	17
Cơ năng		Ra máu âm đạo	36	76,6
		Đau bụng	1	2,1
		Khác	2	4,3
		Rau bám thấp	1	2,1
Rau tiền đạo/ Rau cài răng lược	Phân loại rau tiền đạo (trên siêu âm)	Rau bám mép	7	14,9
		Rau tiền đạo bán trung tâm	1	2,1
		Rau tiền đạo trung tâm	38	80,9
Rau cài răng lược		Không	21	44,7
		Có	26	55,3
Phân loại rau cài răng lược (giải phẫu bệnh)		Acreta	5	19,2
		Increta	21	80,8

Trong số bệnh nhân đẻ non do tiền sản giật, các trường hợp tiền sản giật có dấu hiệu nặng chiếm tỉ lệ cao là 73,2%.

Ở các bệnh nhân thai chậm phát triển trong tử cung đẻ non, có tới 84,4% các trường hợp bất thường tim thai trên CTG chiếm tỉ lệ cao nhất.

Ở các bệnh nhân rau tiền đạo/rau cài răng lược, triệu chứng cơ năng ra máu âm đạo chiếm tỉ lệ nhiều nhất 76,6%. Rau tiền đạo trung tâm chiếm tỉ lệ cao nhất 80,9%. Có 55,3% các trường hợp rau cài răng lược, trong đó thể Increta chiếm tỉ lệ cao nhất là 80,8% và không có trường hợp nào thuộc thể Percreta.

4. BÀN LUẬN

Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 20 - 34 tuổi (chiếm 70%). Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Thanh tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất trong nhóm đẻ non là 25 - 29 tuổi (38%) [2]. Đây là nhóm tuổi sinh đẻ nên có số lượng sản phụ đến viện nhiều nhất là hoàn toàn phù hợp.

Về phương pháp có thai: Nhóm sản phụ đẻ non có thai tự nhiên chiếm tỉ lệ cao nhất là 72,1%, 27,9% có thai nhờ các phương pháp hỗ trợ sinh sản. Hiện nay, với điều kiện xã hội ngày càng phát triển cùng với đó là nhiều yếu tố khách quan (lập gia đình muộn, lựa chọn giới tính, các cơ sở y tế hỗ trợ sinh sản rất phổ biến...) nên tỉ lệ có thai nhờ IVF/IUI ngày càng cao.

Sản phụ vào viện có ra nước âm đạo chiếm tỉ lệ cao nhất (42,1%), tiếp theo là triệu chứng đau bụng (32,1%). Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Thanh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, triệu chứng ra nước âm đạo chiếm tỉ lệ cao nhất (51,3%), tiếp theo là triệu chứng đau bụng (47,3%) [2].

Sự thay đổi cổ tử cung thể hiện bằng hiện tượng xóa mờ cổ tử cung là một dấu hiệu quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng điều trị đẻ non. Kết quả của chúng

tôi cho thấy tỉ lệ sản phụ đẻ non lúc vào viện có cổ tử cung biến đổi từ lọt ngón tay đến mở 1-3 cm chiếm tỉ lệ cao nhất là 57,9%. Tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Tới, tỉ lệ cao nhất gặp ở các sản phụ có cổ tử cung mở 1-2cm lúc vào viện, chiếm 49,7% [5].

65,3% sản phụ đẻ non khi vào viện có xuất hiện cơn co tử cung khi theo dõi trên Monitoring sản khoa, trong đó gặp nhiều nhất là các trường hợp có cơn co tần số 1-3 chiếm tỉ lệ 64,7%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Tới, cho rằng tỉ lệ cao nhất gặp ở các sản phụ có cổ tử cung mở 1-2cm lúc vào viện, chiếm 49,7% và 29,7% sản phụ có cổ tử cung mở > 2 cm [5]. Để giải thích cho điều này, có thể đối tượng ở cả 2 nghiên cứu đều lấy các sản phụ đã đẻ non, khi vào viện có chuyển dạ và chưa chuyển dạ, được nằm điều trị giữ thai. Do vậy, tỉ lệ có cơn co tử cung và không có cơn co tương tự nhau.

72,4% bệnh nhân đẻ non không được đo chiều dài CTC qua đường âm đạo khi vào viện. Tỉ lệ này khá cao, được giải thích là do trong số những sản phụ này, ngoài những bệnh nhân thực sự không được làm thì có cả những trường hợp được siêu âm đo chiều dài CTC nhưng không theo tiêu chuẩn của nghiên cứu chúng tôi đặt ra (đo qua đường âm đạo) hay một số khác vào viện khi chuyển dạ đã vào pha tích cực, CTC mở nhiều nên sau khi thăm khám lâm sàng sẽ được đưa trực tiếp lên phòng đẻ hoặc phòng mổ mà không siêu âm đánh giá tình trạng cổ tử cung.

Nghiên cứu của chúng tôi có 71 sản phụ đẻ non do tiền sản giật, có 73,2% thai phụ tiền sản giật có dấu hiệu nặng. Kết quả này tương tự với nghiên cứu mới được công bố của tác giả Nguyễn Thị Thu Hà vào năm 2024, chỉ ra có 76,8% thai phụ được chẩn đoán là TSG có dấu hiệu nặng [6]. Điều này có thể được giải thích là do đối tượng đưa vào nghiên cứu của cả 2 nhóm tác giả là các thai phụ được chẩn đoán xác định là TSG, được điều trị và đã kết thúc thai kỳ. Hơn nữa cả 2 nghiên cứu đều

được tiến hành ở 2 bệnh viện lớn, tuyển đầu về sản phụ khoa và được đặt tại nơi trung tâm của cả nước nên đón nhận nhiều thai phụ bệnh nặng đến khám hoặc chuyển từ các tuyến dưới lên.

Biểu hiện bất thường tim thai trên Monitoring sản khoa là một trong những chỉ định đình chỉ thai kỳ thường gặp ở các trường hợp thai chậm phát triển trong tử cung. Chúng tôi nghiên cứu trên các sản phụ có thai chậm phát triển trong tử cung đã đẻ non, đa phần là chỉ định can thiệp sản khoa khi có bất thường trên CTG hay trên doppler vì vậy mà tỉ lệ cao nhất thuộc về nhóm các trường hợp có CTG bất thường chiếm 84,4%.

Trong 47 thai phụ được chẩn đoán rau tiền đạo đã đẻ non, triệu chứng ra máu âm đạo chiếm tỉ lệ nhiều nhất 76,6%. Tỉ lệ rau tiền đạo trung tâm chiếm tới 80,9%. Kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Thu Hà, tỉ lệ rau tiền đạo trung tâm là cao nhất chiếm tới 81,6% [7]. Rau cài răng lược chiếm 55,3%. Trong đó, thể Increta chiếm tỉ lệ cao nhất là 80,8%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phùng Đức Nhật Nam tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, tỉ lệ sản phụ RCRL độ II (Increta) chiếm 71,6% [8].

5. KẾT LUẬN

Phần lớn sản phụ đẻ non trong nghiên cứu đều có dấu hiệu ra nước âm đạo và cổ tử cung mở. Sản phụ không được đo chiều dài cổ tử cung khi vào viện chiếm tỉ lệ lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Preterm birth. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Accessed October 19, 2024.
2. Nguyễn Thị Minh Thanh. Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đẻ non tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Luận văn tốt nghiệp Chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội. 2019.
3. Trang ĐTH, Thăng NM. Tình hình đẻ non và các phương pháp xử trí tại Khoa Đẻ Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. Tạp Chí Phụ Sản. 2018;15(4):36-40. doi:10.46755/vjog.2018.4.490
4. Dude AM, Grobman WA. Interdelivery Interval and Medically Indicated Preterm Delivery. Am J Perinatol. 2019 Jan;36(1):86-89. doi: 10.1055/s-0038-1667031. Epub 2018 Jul 17. PMID: 30016822; PMCID: PMC8917418.
5. Nguyễn Tiến Tới. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ đẻ non tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên và một số yếu tố liên quan. Luận văn tốt nghiệp Bác Sĩ Nội Trú. Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên. 2023.
6. Nguyễn Thị Thu Hà, Đỗ Tuấn Đạt, Phan Thị Huyền Thương. Kết quả điều trị nội khoa của thai phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;537.1B.
7. Nguyễn Thị Thu Hà, Đỗ Tuấn Đạt. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của rau tiền đạo rau cài răng lược tại Bệnh

viện Phụ sản Hà Nội. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2024;538(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v538i2.9455>.

8. Phùng Đức Nhật Nam và cộng sự. Đặc điểm các trường hợp có chẩn đoán giải phẫu bệnh rau cài răng lược tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;533.1B.