

RESULTS OF TREATMENT OF THREATENED MISCARRIAGE UNDER 12 WEEKS AND SOME RELATED FACTORS AT THAI BINH HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2024

Bui Minh Tien^{1*}, Nguyen Van Duc²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Thai Binh University of Medicine and Pharmacy - 373 Ly Bon, Tran Lam ward, Hung Yen province, Vietnam

²Faculty of Obstetrics 2, Thai Binh Hospital of Obstetrics and Gynecology - 530A Ly Bon, Tran Hung Dao ward, Hung Yen province, Vietnam

Received: 11/6/2025

Revised: 17/6/2025; Accepted: 08/7/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate the treatment outcomes of threatened miscarriage under 12 weeks and its related factors at Thai Binh Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2024.

Method: A prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 151 pregnant women diagnosed with threatened miscarriage at ≤ 12 weeks of gestation at Thai Binh Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 1, 2024, to June 30, 2024.

Results: The overall treatment success rate was 90.7%. Univariate regression analysis showed two statistically significant factors associated with treatment failure: maternal age ≥ 35 years (OR = 10.53; 95%CI: 3.19-34.67; $p < 0.05$) and a history of miscarriage or stillbirth (OR = 13.12; 95%CI: 2.81-61.17; $p < 0.05$).

Conclusion: The treatment of threatened miscarriage ≤ 12 weeks at Thai Binh Hospital of Obstetrics and Gynecology achieved a high success rate. Maternal age ≥ 35 years and a history of miscarriage or stillbirth are independent prognostic factors related to treatment failure. Closer monitoring and counseling for this high-risk group of pregnant women are necessary.

Keywords: Threatened miscarriage, treatment outcome, related factors.

*Corresponding author

Email: tienbm@tbmc.edu.vn Phone: (+84) 904102798 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD11.2812>

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DẠ SẼY THAI DƯỚI 12 TUẦN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH NĂM 2024

Bùi Minh Tiến^{1*}, Nguyễn Văn Đức²

¹Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y Dược Thái Bình - 373 Lý Bôn, phường Trần Lãm, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

²Khoa Sản 2, Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình - 530A Lý Bôn, phường Trần Hưng Đạo, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/6/2025

Ngày chỉnh sửa: 17/6/2025; Ngày duyệt đăng: 08/7/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá 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.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu được thực hiện trên 151 thai phụ được chẩn đoán dọa sảy thai ≤ 12 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình từ ngày 1/1/2024 đến ngày 30/6/2024.

Kết quả: Tỷ lệ điều trị thành công chung là 90,7%. Phân tích hồi quy đơn biến cho thấy có 2 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với thất bại điều trị là: tuổi mẹ từ 35 trở lên (OR = 10,53; 95%CI: 3,19-34,67; $p < 0,05$) và có tiền sử sảy thai, thai lưu (OR = 13,12; 95%CI: 2,81-61,17; $p < 0,05$).

Kết luận: Điều trị dọa sảy thai ≤ 12 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình đạt tỷ lệ thành công cao. Tuổi mẹ từ 35 trở lên và tiền sử sảy thai, thai lưu là những yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến thất bại điều trị. Cần có sự theo dõi và tư vấn chặt chẽ hơn cho các thai phụ thuộc nhóm nguy cơ cao này.

Từ khóa: Dọa sảy thai, kết quả điều trị, yếu tố liên quan.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sảy thai được định nghĩa là hiện tượng thai và rau bị tống xuất khỏi buồng tử cung trước tuần thứ 20 theo Tổ chức Y tế Thế giới [1] hoặc trước 22 tuần tuổi theo chuẩn Quốc gia Việt Nam [2], là một trong những biến cố sản khoa phổ biến nhất. Thống kê toàn cầu ước tính có khoảng 23 triệu ca sảy thai xảy ra mỗi năm, tương đương với nguy cơ sảy thai là 15,3% trong tất cả các trường hợp mang thai đã được xác nhận [3].

Sảy thai tự nhiên thường diễn tiến qua hai giai đoạn, trong đó dọa sảy thai là giai đoạn lâm sàng khởi đầu, biểu hiện qua các triệu chứng như ra máu âm đạo và đau tức hạ vị. Đây là một giai đoạn then chốt, vì thai vẫn còn sống và chưa bị bong ra khỏi niêm mạc tử cung, do đó việc can thiệp điều trị sớm có khả năng bảo tồn được thai kỳ. Tình trạng này không chỉ gây ra những ảnh hưởng về mặt thể chất mà còn là một gánh nặng tâm lý lớn, gây ra sự căng thẳng và lo lắng đáng kể cho thai phụ.

Tại Việt Nam, dọa sảy thai là một trong những chẩn đoán thường gặp trong thực hành lâm sàng sản phụ khoa. Mặc dù các phác đồ điều trị hiện hành chủ yếu tập trung vào việc nghỉ ngơi, sử dụng thuốc giảm co và các liệu pháp nội tiết, việc xử trí, theo dõi và tiên lượng kết quả thai kỳ vẫn còn nhiều thách thức và chưa có sự

thống nhất cao giữa các bác sĩ lâm sàng. Tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình, một cơ sở y tế chuyên khoa hàng đầu của tỉnh, nhu cầu chuẩn hóa và tối ưu hóa quy trình điều trị cho các thai phụ này là rất cấp thiết. Do đó, việc tiến hành một nghiên cứu hệ thống nhằm đánh giá kết quả điều trị, đồng thời phân tích các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị dọa sảy thai là vô cùng cần thiết. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp những bằng chứng khoa học giá trị, hỗ trợ các bác sĩ trong việc đưa ra quyết định điều trị chính xác, hiệu quả cũng như cải thiện chất lượng tư vấn và tiên lượng cho người bệnh. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá 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.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các thai phụ được chẩn đoán thai ≤ 12 tuần có dấu hiệu dọa sảy và được điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình từ ngày 1/1/2024 đến ngày 30/6/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Thai phụ được chẩn đoán là thai ≤ 12 tuần dọa sảy thai.

*Tác giả liên hệ

+ Có 1 thai.

+ Tuổi thai ≤ 12 tuần tuổi theo siêu âm hoặc ngày đầu của kỳ kinh cuối. Các trường hợp có thai do các biện pháp hỗ trợ sinh sản phải có ngày bơm tinh trùng vào buồng tử cung hoặc ngày chuyển phôi.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Các trường hợp tiền lượng sảy thai khó tránh: đau bụng và ra huyết nhiều đã được điều trị trước khi vào viện, kèm theo cổ tử cung đang xóa mờ, rau đã ở lỗ trong cổ tử cung, siêu âm có tiền lượng nặng.

+ Các trường hợp đã điều trị dọa sảy thai trong lần mang thai này.

+ Các trường hợp dọa sảy kèm theo chữa ngoài tử cung, các trường hợp đa thai.

+ Dọa sảy thai sau giảm thiểu thai.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

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

- Thời gian nghiên cứu: từ ngày 1/1/2024 đến ngày 30/6/2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang tiến cứu.

- Cơ mẫu áp dụng theo công thức ước tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (giá trị Z tương ứng với ngưỡng $\alpha = 0,05$ với hệ số tin cậy là 95%); p là ước tính tỷ lệ điều trị dọa sảy thai thành công (chọn p = 0,89 là tỷ lệ thai phụ được điều trị dọa sảy thành công trong nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang và cộng sự năm 2023 [4]); d là khoảng sai lệch mong muốn (chọn d = 0,05).

Thay vào công thức, tính được cỡ mẫu lý thuyết tối thiểu là n = 151 thai phụ.

- Phương pháp chọn mẫu: nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thu thập tất cả các thai phụ đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu trong khoảng thời gian từ ngày 1/1/2024 đến ngày 30/6/2024 cho đến khi đạt đủ cỡ mẫu 151 thai phụ thì dừng lại.

2.4. Quy trình nghiên cứu

- Giai đoạn chuẩn bị: xây dựng và hoàn thiện phiếu thu thập số liệu.

- Tiến hành thu thập số liệu: thai phụ đủ tiêu chuẩn được mời tham gia, giải thích về mục đích nghiên cứu và ký vào phiếu đồng thuận; phỏng vấn trực tiếp để thu thập thông tin về đặc điểm chung, tiền sử sản phụ khoa theo mẫu thống nhất; ghi nhận các phương pháp điều trị, các loại thuốc, đường dùng và kết quả điều trị khi ra viện.

- Nhập và phân tích số liệu theo phương pháp thống kê.

Các số liệu được thu thập, tổng hợp và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Đối với thống kê mô tả: số lượng, tỷ lệ (%); $\bar{X} \pm SD$ với biến tuân theo phân phối chuẩn; trung vị (khoảng) với biến không tuân theo phân phối chuẩn. Đối với thống kê suy luận: sử dụng test χ^2 , Fisher's exact để so sánh tỷ lệ; test t-student, Mann-Whitney-U để so sánh trung bình (có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Sử dụng mô hình hồi quy đơn biến để tìm hiểu mối liên quan giữa một số đặc điểm với kết quả điều trị.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của thai phụ: tuổi, nghề nghiệp, nơi ở, tuổi thai khi vào viện, cách thức thụ thai...

- Kết quả điều trị dọa sảy thai: phương pháp điều trị, đường dùng thuốc nội tiết, loại thuốc nội tiết sử dụng, đánh giá kết quả điều trị...

- Một số khái niệm và tiêu chuẩn đánh giá sử dụng trong nghiên cứu:

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán dọa sảy thai: dựa theo "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa" của Bộ Y tế [2].

+ Lâm sàng: có thai, ra máu âm đạo, đau bụng tức nặng hoặc âm ỉ vùng hạ vị; cổ tử cung tím, còn dài, đóng kín; thân tử cung to tương xứng tuổi thai.

+ Cận lâm sàng: hCG dương tính; siêu âm có hình ảnh túi ối trong buồng tử cung, có âm vang phôi và tim thai (khi thai > 6 tuần).

- Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị:

+ Thành công: thai phụ hết đau bụng, hết ra máu, thai tiếp tục phát triển. Siêu âm trước khi ra viện cho thấy thai phát triển bình thường tương ứng với tuổi thai (thấy túi ối, phôi, túi noãn hoàng ở thai 6 tuần; có tim thai ở thai 7-8 tuần; hình ảnh thai nhi rõ, cử động ở thai 9-12 tuần). Những trường hợp còn ra máu nhẹ hoặc đau bụng thỉnh thoảng nhưng siêu âm diện bóc tách giảm dần cũng có thể được coi là thành công và cho về điều trị ngoại trú.

+ Thất bại: các trường hợp trong quá trình điều trị bị sảy thai hoặc thai chết lưu trong buồng tử cung.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Dược Thái Bình (Quyết định số 448/QĐ-YTB) và Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình.

Tất cả đối tượng nghiên cứu đều được giải thích cụ thể về mục đích và nội dung nghiên cứu, tham gia tự nguyện. Phiếu điều tra chỉ được phát khi đối tượng đã ký vào phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu. Trong quá trình phỏng vấn, mọi từ chối của đối tượng đều được chấp nhận. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo bí mật. Tất cả các thông tin thu được chỉ phục vụ cho việc nghiên cứu của đề tài, không nhằm mục đích khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố thai phụ theo một số đặc điểm chung (n = 151)

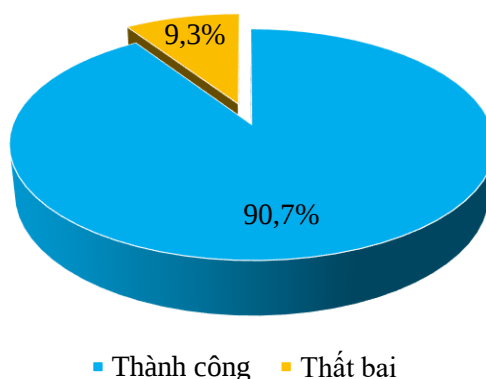
Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 35 tuổi	122	80,8
	≥ 35 tuổi	29	19,2
	$\bar{X} \pm SD$ (min-max)	29,1 ± 5,6 (18-45)	
Nghề nghiệp	Làm ruộng	24	15,9
	Công nhân	73	48,3
	Công chức, viên chức	33	21,9
	Học sinh, sinh viên	7	4,6
	Kinh doanh, buôn bán	14	9,3
Nơi ở	Thành thị	120	79,5
	Nông thôn	31	20,5
Tiền sử sản khoa	Chưa sinh đẻ	69	45,7
	Đã sinh (đẻ thường)	66	43,7
	Đã sinh (mổ lấy thai)	16	10,6
Tiền sử phụ khoa	Bình thường	146	96,7
	Viêm đường sinh dục	4	2,7
	Bất thường buồng tử cung	1	0,7
	Buồng trứng đa nang	1	0,7
	Tắc vòi tử cung	1	0,7
Tiền sử sảy thai, thai lưu, nạo hút thai	Hút thai	11	7,3
	Sảy thai	21	13,9
	Thai lưu	38	25,2

Bảng 1 trình bày các đặc điểm nhân khẩu học và tiền sử sản phụ khoa của đối tượng tham gia nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của đối tượng là 29,1 ± 5,6 tuổi, trong đó nhóm dưới 35 tuổi chiếm đa số (80,8%). Phần lớn đối tượng sinh sống tại thành thị (79,5%) và làm nghề công nhân (48,3%). Về tiền sử sản khoa, tỷ lệ thai phụ mang thai lần đầu (con so) là 45,7%. Tỷ lệ đối tượng có tiền sử thai lưu và sảy thai lần lượt là 25,2% và 13,9%. Hầu hết các đối tượng có tiền sử phụ khoa bình thường (96,7%).

Bảng 2. Phân bố thai phụ theo một số đặc điểm điều trị (n = 151)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phương pháp điều trị	Nghỉ ngơi, giảm co, nội tiết	151	100,0
	Nghỉ ngơi, giảm co, nội tiết, cầm máu	19	12,6
Đường dùng nội tiết	Đặt âm đạo	2	1,3
	Đặt âm đạo + tiêm	88	58,3
	Uống + tiêm	33	21,9
	Đặt âm đạo + uống + tiêm	28	18,5
Thuốc nội tiết điều trị	Progesteron	123	81,5
	Progesteron + Estrogen	28	18,5
Sử dụng kháng sinh	Có	93	61,6
	Không	58	38,4

Các đặc điểm về phương pháp điều trị được thể hiện trong bảng 2. Toàn bộ đối tượng nghiên cứu (100%) đều được áp dụng phác đồ nền tảng bao gồm nghỉ ngơi, sử dụng thuốc giảm co và nội tiết. Progesteron là liệu pháp nội tiết chính, được chỉ định cho 81,5% trường hợp. Đường dùng nội tiết phổ biến nhất là phối hợp giữa đặt âm đạo và tiêm (58,3%). Bảng 2 cũng ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng kháng sinh chiếm 61,6% và 12,6% đối tượng cần can thiệp bằng thuốc cầm máu trong quá trình điều trị.

**Biểu đồ 1. Kết quả điều trị chung của thai phụ (n = 151)**

Biểu đồ 1 tóm tắt kết quả điều trị chung trên 151 thai phụ. Tỷ lệ điều trị thành công chung của toàn bộ can thiệp là 90,7%, trong khi tỷ lệ thất bại được ghi nhận là 9,3%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa một số đặc điểm chung của thai phụ với kết quả điều trị

Đặc điểm		Thành công		Thất bại		OR (95%CI)	p
		n	%	n	%		
Tuổi mẹ	< 35 tuổi (n = 122)	117	95,9	5	4,1	10,53 (3,19-34,67)	< 0,05
	≥ 35 tuổi (n = 29)	20	69,0	9	31,0		
Tiền sử sản khoa	Đã sinh con (n = 82)	72	87,8	10	12,2	0,44 (0,13-1,48)	> 0,05
	Chưa sinh con (n = 69)	65	94,2	4	5,8		
Tiền sử sảy thai, thai lưu	Không (n = 96)	94	97,9	2	2,1	13,12 (2,81-61,17)	< 0,05
	Có (n = 55)	43	78,2	12	21,8		

Kết quả bảng 3 cho thấy nhóm thai phụ ≥ 35 tuổi có nguy cơ thất bại cao hơn đáng kể so với nhóm dưới 35 tuổi (OR = 10,53; 95%CI = 3,19-34,67). Tương tự, nhóm thai phụ có tiền sử sảy thai hoặc thai lưu cũng có nguy cơ thất bại cao hơn một cách có ý nghĩa so với nhóm không có các tiền sử đó (OR = 13,12; 95%CI = 2,81-61,17).

Bảng 4. Mối liên quan giữa một số đặc điểm điều trị với kết quả điều trị

Đặc điểm		Thành công		Thất bại		OR (95%CI)	p
		n	%	n	%		
Phương pháp điều trị	Nghỉ ngơi, giảm co, nội tiết (n = 132)	121	91,7	11	8,3	2,06 (0,52-8,19)	> 0,05
	Nghỉ ngơi, giảm co, nội tiết, cầm máu (n = 19)	16	84,2	3	15,8		
Thuốc nội tiết	Progesteron (n = 123)	113	91,9	10	8,1	1,88 (0,54-6,51)	> 0,05
	Progesteron + Estrogen (n = 28)	24	85,7	4	14,3		
Sử dụng kháng sinh	Không (n = 58)	53	91,4	5	8,6	1,14 (0,36-3,57)	> 0,05
	Có (n = 93)	84	90,3	9	9,7		

Bảng 4 xem xét mối liên quan giữa các đặc điểm của phác đồ điều trị và kết quả cuối cùng. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ thất bại giữa các phân nhóm điều trị. Việc bổ sung thuốc cầm máu vào phác đồ, sử dụng kết hợp Estrogen với Progesteron, hay việc có sử dụng kháng sinh đều không cho thấy mối liên quan với kết quả điều trị thành công hay thất bại ($p > 0,05$ cho tất cả các so sánh).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình của 151 thai phụ dọa sảy thai là 29,1 tuổi (dao động từ 18-45 tuổi), trong đó nhóm dưới 35 tuổi chiếm tỷ lệ chủ

yếu (80,8%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước, như nghiên cứu của Dương Ngọc Hưng ghi nhận độ tuổi trung bình là $30,4 \pm 4,9$ với đa số đối tượng thuộc nhóm 25-35 tuổi (67,9%) [5]. Sự tập trung của các trường hợp dọa sảy thai ở lứa tuổi sinh đẻ phổ biến của phụ nữ là một quan sát phù hợp với thực tiễn lâm sàng.

Về đặc điểm nghề nghiệp, nghiên cứu ghi nhận nhóm công nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (48,3%). Điểm này khác biệt với một số nghiên cứu tại các bệnh viện tuyến trung ương ở Hà Nội, nơi nhóm cán bộ công chức thường chiếm đa số, như trong nghiên cứu của Dương Ngọc

Hưng (58,7%) [5]. Sự khác biệt này có thể phản ánh đặc thù kinh tế - xã hội của địa điểm nghiên cứu tại tỉnh Thái Bình, nơi có nền công nghiệp và nông nghiệp phát triển, dẫn đến sự khác biệt trong cơ cấu nghề nghiệp của quần thể bệnh nhân.

Về tiền sử sản khoa, nghiên cứu ghi nhận 54,3% thai phụ đã từng sinh con, phù hợp với các nghiên cứu trước đó của Nguyễn Thị Tâm Lý (68,8%) [6] và Dương Ngọc Hưng (66,1%) [5]. Đáng chú ý, tỷ lệ đối tượng có tiền sử thai lưu (25,2%) và sảy thai (13,9%) là tương đối cao. So với nghiên cứu của Dương Ngọc Hưng, nơi có tới 62,4% đối tượng từng có tiền sử sảy thai, thai lưu hoặc nạo phá thai [5], các yếu tố nguy cơ này vẫn là một vấn đề cần quan tâm. Mặc dù y văn đã chỉ ra mối liên quan giữa các tổn thương thực thể tại tử cung với tiên lượng giữ thai, nghiên cứu của chúng tôi với cỡ mẫu còn khiêm tốn và tỷ lệ thai phụ có bệnh lý phụ khoa thấp chưa đủ mạnh để phân tích sâu hơn về mối liên quan này.

Kết quả điều trị chung trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thành công đạt 90,7%. Tỷ lệ này là tương đương với các nghiên cứu gần đây của Nguyễn Thị Tâm Lý (90,2%) [6] và Dương Ngọc Hưng (90,8%) [5]. Kết quả này cũng thể hiện sự cải thiện rõ rệt so với các nghiên cứu từ giai đoạn trước đó, như của Đỗ Thị Hương Hải năm 2013 (82%) [7] hay của Trần Xuân Cảnh năm 2014 (86,0%) [8]. Sự tiến bộ này có thể được lý giải bởi việc nâng cao nhận thức và tiếp cận chăm sóc thai sản của thai phụ, cùng với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán và phác đồ điều trị cập nhật.

Phù hợp với y văn, tuổi mẹ là một yếu tố tiên lượng quan trọng [9-11]. Nghiên cứu của chúng tôi đã khẳng định mối liên quan này, khi nhóm thai phụ từ 35 tuổi trở lên có tỷ lệ thành công (69%) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm thai phụ dưới 35 tuổi (95,9%), với nguy cơ thất bại cao gấp 10,53 lần ($p < 0,05$). Kết quả này cũng nhất quán với nghiên cứu của Trần Xuân Cảnh [8].

Tương tự, tiền sử sảy thai và thai lưu cũng là một yếu tố tiên lượng độc lập có giá trị. Kết quả của chúng tôi cho thấy nhóm thai phụ có tiền sử này chỉ đạt tỷ lệ thành công 78,2%, thấp hơn đáng kể so với mức 97,9% ở nhóm không có tiền sử. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê cao ($p < 0,001$), và nguy cơ thất bại ở nhóm này cao gấp 13,12 lần. Phân tích này cũng tương đồng với kết quả của Nguyễn Thị Tâm Lý (2017), người đã chỉ ra rằng số lần sảy hoặc lưu thai càng nhiều thì tỷ lệ điều trị thành công càng giảm ($p < 0,05$), đặc biệt ở nhóm có tiền sử sảy thai liên tiếp từ 2 lần trở lên [6].

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thành công trong điều trị dọa sảy thai dưới 12 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình năm 2024 cao. Nghiên cứu đã xác định được hai yếu tố tiên lượng độc lập liên quan có ý nghĩa thống kê với thất bại điều trị, bao gồm: tuổi mẹ từ 35 trở lên (OR = 10,53) và tiền sử sảy thai hoặc thai lưu (OR = 13,12).

Chúng tôi khuyến nghị cần theo dõi và tư vấn chặt chẽ hơn cho các thai phụ thuộc nhóm nguy cơ cao này nhằm cải thiện kết quả thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. Definitions and indicators in Family Planning Maternal & Child Health and Reproductive Health used in the WHO Regional Office for Europe, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000.
2. Bộ Y tế. Dọa sảy thai, sảy thai. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa Hà Nội, 2015.
3. Quenby S, Gallos I.D, Dhillon-Smith R.K et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet*, 2021, 397 (10285): 1658-1667.
4. Trương Thị Linh Giang, Nguyễn Thị Kim Anh. Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng và kết quả điều trị dọa sảy thai tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. *Tạp chí Phụ Sản*, 2023, 21 (3): 43-49.
5. Dương Ngọc Hưng. Nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị dọa sảy thai ở thai phụ IVF tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.
6. Nguyễn Thị Tâm Lý. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị dọa sảy thai ≤ 12 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2017.
7. Đỗ Thị Hương Hải. Nghiên cứu kết quả điều trị dọa sảy thai ≤ 12 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2013.
8. Trần Xuân Cảnh. Nghiên cứu kết quả điều trị dọa sảy thai trong $0 \leq 12$ tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2014, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2014.
9. Chinè A, Reschini M, Fornelli G et al. Low ovarian reserve and risk of miscarriage in pregnancies derived from assisted reproductive technology. *Hum Reprod Open*, 2023 (3): hoad026.
10. Tan J, Luo L, Jiang J et al. Decreased Ovarian Reserves With an Increasing Number of Previous Early Miscarriages: A Retrospective Analysis. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 2022, 13: 859332.
11. Magnus M.C, Wilcox A.J, Morken N.H et al. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. *BMJ*, 2019, 364: 1869.