

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DẠ ĐẼ NON BẰNG ATOSIBAN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

PHẠM MINH GIANG¹, ĐÀO THỊ HOA¹,
LÊ THỊ PHƯƠNG THÀNH¹, LÊ THU THỦY¹, VŨ THỊ MI¹,
HỨA THANH TÚ¹, NGUYỄN THỊ THỦY CHUNG¹, TRẦN DANH CƯỜNG²

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Đẻ non là vấn đề quan tâm hàng đầu của gia đình, xã hội và các cơ quan y tế trên thế giới đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Nhiều loại thuốc được lựa chọn để cắt cơn co tử cung nhưng vài năm trở lại đây thuốc đối kháng thụ thể oxytocin được xem là lựa chọn đầu tay đối với các nhà lâm sàng trong điều trị dọa đẻ non và trì hoãn chuyển dạ đẻ non. Tuy nhiên đến thời điểm hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu trong nước đánh giá hiệu quả sử dụng atosiban cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm nhận xét kết quả điều trị dọa đẻ non bằng atosiban và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị dọa đẻ non bằng atosiban và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 117 thai phụ mang thai, tuổi thai từ 24 đến 34 tuần được điều trị tại Khoa Sản bệnh lý - Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tất cả các thai phụ đều dùng phác đồ sử dụng atosiban trong điều trị dọa đẻ non của Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG).

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang. Thời gian nghiên cứu từ tháng 6/2019 đến tháng 12/2019.

Kết quả: Tỷ lệ điều trị thành công là 65% và không có mối liên quan giữa tỷ lệ giữ thai thành công với tần số cơn co tử cung, độ mở cổ tử cung và tuổi thai bắt đầu điều trị. Đặc biệt, chỉ số Bishop không phải là yếu tố tiên đoán khả năng điều trị thành công trong ngắn hạn (sau 48 giờ) nhưng về dài hạn, chỉ số Bishop ≥ 6 điểm làm tăng nguy cơ giữ thai thất bại sau 7 ngày lên

11,34 lần và tăng nguy cơ giữ thai thất bại sau 14 ngày lên 28,46 lần. Tỷ lệ thai phụ có tác dụng không mong muốn là 41,8% thường gặp nhất là nôn và buồn nôn. Các tác dụng phụ này đều xảy ra thoáng qua, không có trường hợp nào phải ngừng điều trị vì tác dụng không mong muốn.

Kết luận: Tỷ lệ giữ thai thành công sau 48 giờ là 65%. Chỉ số Bishop ≥ 6 điểm làm tăng nguy cơ giữ thai thất bại sau 7 ngày và 14 ngày dùng thuốc. Atosiban là thuốc giảm cơn co tử cung tương đối an toàn và dễ được thai phụ chấp nhận do ít tác dụng không mong muốn.

SUMMARY

THE RESULTS OF TREATMENT OF THREATENED PRETERM LABOUR WITH ATOSIBAN AND SOME RELATED FACTORS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Background: Premature birth is a top concern of families, society and health authorities around the world, especially in developing countries. Many drugs have been selected to suppress uterine contractions, but in the past few years oxytocin receptor antagonists have been seen as the first-line option for clinicians to treat threatened preterm labor and delay preterm labor. However, up to now, there have not been many domestic studies evaluating the effectiveness of atosiban use as well as the factors affecting the treatment results. Therefore, we conducted a study to evaluate the results of treatment of threatened preterm labor with atosiban and some related factors at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Objective: Comment on the results of treatment of threatened preterm labor with atosiban and some related factors at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Materials and methods: 117 women at 24 - 34 weeks of gestation were currently followed up in the department of pathology obstetrics, the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. All were treated with atosiban protocol,

Chịu trách nhiệm: Phạm Minh Giang

Email: giangpham905@gmail.com

Ngày nhận: 24/8/2021

Ngày phân biện: 22/9/2021

Ngày duyệt bài: 20/10/2021

according to American college of obstetrics and gynecology (ACOG) guideline.

Study design: Cross-sectional descriptive research. Data were collected from June 2019 to December 2019.

Results: The treatment success rate was 65%, and there was no relationship between the successful pregnancy rate and the frequency of uterine contractions, cervical dilation and gestational age at initiation of treatment. In particular, the Bishop index is not a predictor of successful treatment in the short term (after 48 hours), but in the long term, the Bishop index 6 points increases the risk of pregnancy failure after 7 days to 11.34 times and increased the risk of pregnancy failure after 14 days to 28.46 times. The rate of pregnant women having side effects is 41.8%, the most common are vomiting and nausea. These side effects were transient, no case had to stop treatment because of unwanted effects.

Conclusion: The successful retention rate after 48 hours is 65%. A Bishop score of ≥ 6 increases the risk of pregnancy failure after 7 days and 14 days. Atosiban is a relatively safe tocolytic drug and is easily accepted by pregnant women because of its few side effects.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đẻ non là vấn đề quan tâm hàng đầu của gia đình, xã hội và các cơ quan y tế trên thế giới đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Đẻ non nhìn chung chiếm khoảng 5 - 15% trường hợp sinh [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ đẻ non gia tăng nhanh trong nhiều năm trở lại đây. Đẻ non không những để lại hậu quả khá nghiêm trọng về sau cho trẻ mà còn gây tổn kém cho việc chăm sóc đặc biệt một trẻ sơ sinh non tháng. Việc phát hiện, điều trị chuyển dạ đẻ non nhằm làm giảm tỷ lệ tử vong, mắc bệnh ở trẻ sơ sinh, giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội. Trong điều trị dọa đẻ non, việc cắt cơn co tử cung được xem là một biện pháp có thể giúp kéo dài thai kỳ, nhất là trong vòng 48 giờ đầu tiên do đó sử dụng các thuốc giảm co để ức chế sự co bóp của tử cung là phương pháp được áp dụng rộng rãi hiện nay. Các loại thuốc phổ biến bao gồm thuốc giãn cơ trơn, thuốc chẹn kênh canxi, nhóm béta - mimetics (Salbutamol)... tuy có hiệu quả nhưng lại nhiều tác dụng phụ làm cho việc điều trị có thể bị gián đoạn hoặc không có kết quả. Theo các nghiên cứu lâm sàng có đối chứng, thuốc chẹn kênh canxi (Nifedipin) và thuốc đối kháng với thụ thể oxytocin (Atosiban) hiện nay được xem là lựa chọn đầu tay đối với các nhà lâm sàng trong điều trị dọa đẻ non và

chuyển dạ đẻ non. Chất đối kháng với thụ thể oxytocin vẫn được ưu tiên sử dụng vì tính hiệu quả, an toàn đối với sản phụ và thai nhi khi dùng kéo dài, đặc biệt trên các trường hợp song thai. Tại Việt Nam thời gian gần đây Atosiban đã được sử dụng rộng rãi tại các bệnh viện, ở Bệnh viện Phụ sản Trung ương bắt đầu từ năm 2010. Từ đó tới nay vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của thuốc được tiến hành tại bệnh viện. Xuất phát từ nhu cầu thực tiễn trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu nhận xét kết quả điều trị dọa đẻ non bằng atosiban và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Các thai phụ được chẩn đoán và điều trị dọa đẻ non tại khoa Sản bệnh lý - BVPSTU từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 12 năm 2019.

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

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Sản phụ từ 18 tuổi.
- Đơn thai hoặc song thai.
- Tuổi thai từ 24 0/7 tuần - 34 0/7 tuần, tính theo ngày đầu kỳ kinh cuối cùng với những trường hợp kinh nguyệt đều 28 ngày hoặc theo dự kinh sinh trong 3 tháng đầu.

- Được chẩn đoán dọa đẻ non với các tiêu chuẩn sau:

- + Có ≥ 1 cơn co tử cung/30 phút, cường độ ≥ 30 mmHg và kéo dài ít nhất 30 giây.
- + Cổ tử cung mở 0 - 3 cm với người con so, 1 - 3 cm với người con rạ và xóa $\geq 50\%$.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Không tính chính xác được tuổi thai.
- Chuyển dạ đẻ non thực sự: Cổ tử cung mở > 3 cm.
- Bất thường về phần phụ của thai: Ối vỡ, rau bong non, rau tiền đạo.
- Nghi ngờ nhiễm khuẩn trong tử cung.

Cách tiến hành nghiên cứu

Lựa chọn các đối tượng nghiên cứu phù hợp sau khi đánh giá các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ theo tiêu chuẩn chọn mẫu.

Thai phụ dọa đẻ non được điều trị bằng atosiban theo phác đồ sau:

Liều tấn công: Bolus tĩnh mạch 0,9ml trong vòng 1 phút.

Sau đó truyền tấn công: 24 ml/h trong 3 giờ (liều atosiban 18 mg/h).

Truyền liều duy trì: 8 ml/h (liều atosiban 6mg/h).

Đánh giá hiệu quả giữ thai thành công sau 48 giờ (tỷ lệ điều trị thành công), sau 7 ngày và 14 ngày.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian từ tháng 6/2019 đến tháng 12/2019 có 117 thai phụ phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Tuổi mẹ (năm)	28,4 ± 4,4	Cơ co tử cung	
20 – 24	22 (18,8%)	Tần số 1	63 (53,8%)
25 – 29	52 (44,4%)	Tần số 2	44 (37,6%)
30 – 34	31 (26,5%)	Tần số 3	10 (8,6%)
≥ 35	12 (10,3%)	Độ mở cổ tử cung	
Số lượng thai		Đóng	38 (32,5%)
Đơn thai	60 (51,3%)	1 cm	37 (31,6%)
Song thai	57 (48,7%)	2 cm	31 (26,5%)
Phương pháp thụ thai		3 cm	11 (9,4%)
Tự nhiên	63 (53,8%)	Chiều dài CTC	
IVF	54 (46,2%)	< 20mm	93 (79,5%)

Tuổi thai bắt đầu điều trị		≥ 20mm	24 (21,5%)
24 ^{0/7} - 27 ^{6/7} tuần	43 (36,8%)	Chỉ số Bishop	
28 ^{0/7} - 31 ^{6/7} tuần	50 (42,7%)	≥ 6 điểm	67 (57,3%)
32 ^{0/7} - 34 ^{0/7} tuần	24 (20,5%)	< 6 điểm	(42,7%)

Tuổi thai trung bình khi truyền thuốc là 29,0 ± 2,8 tuần. Đa số các trường hợp có tần số cơn co tử cung ≤ 2, chiếm 91,4%. 20/117 thai phụ được truyền Atosiban khi có cổ tử cung mở và ối thông trong âm đạo, chiếm tỷ lệ 17,1%.

Chiều dài cổ tử cung trung bình là 12,2 ± 8,8 mm, ngắn nhất là 2mm và dài nhất là 37mm. Chỉ số Bishop trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 5,8 ± 2,1 điểm, thấp nhất 1 điểm và cao nhất 9 điểm.

2. Kết quả điều trị

Qua theo dõi các thai phụ được điều trị dọa đẻ non bằng Atosiban đến khi kết thúc thai kỳ, chúng tôi nhận thấy:

Tỷ lệ giữ thai thành công sau 48h (tỷ lệ điều trị thành công) là 65%, có 35% thai phụ điều trị thất bại.

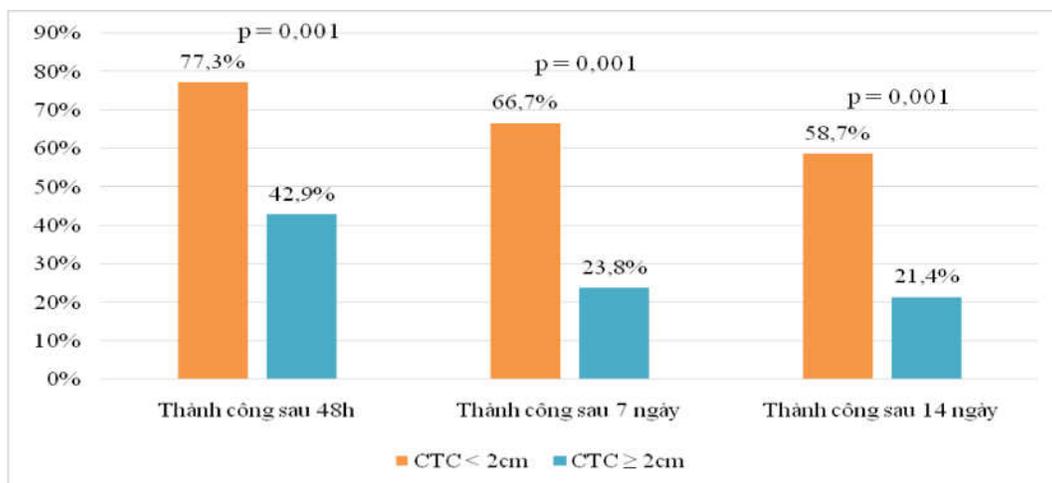
Tỷ lệ giữ thai thành công sau 7 ngày là 51,3%.

Tỷ lệ giữ thai thành công sau 14 ngày là 45,3%.

Thời gian kéo dài thai nghén trung bình là 17,79 ± 20,96 ngày, ngắn nhất là 0 ngày và dài nhất là 88 ngày.

3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

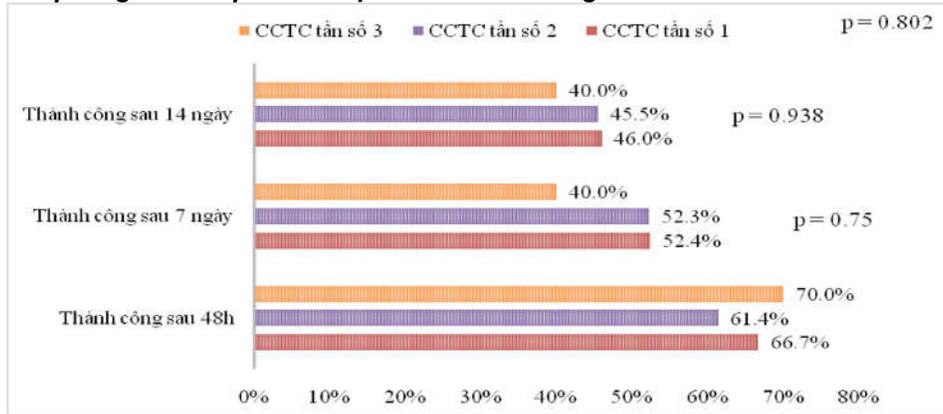
3.1. Liên quan giữa kết quả điều trị và độ mở CTC



Biểu đồ 1. Độ mở cổ tử cung và tỷ lệ giữ thai thành công

Tỷ lệ giữ thai thành công sau điều trị bằng Atosiban 48 giờ, 7 ngày và 14 ngày của nhóm CTC mở < 2cm cao hơn nhóm CTC mở từ 2cm trở lên p = 0,0001.

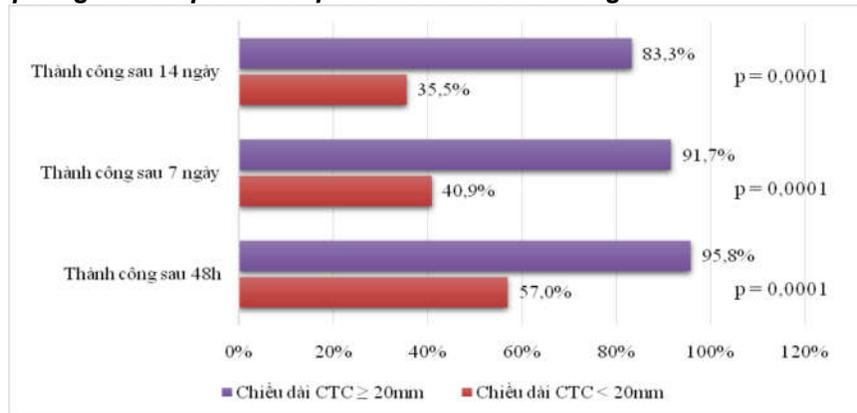
3.2. Liên quan giữa kết quả điều trị và cơn co tử cung



Biểu đồ 2. Tần số cơn co tử cung và tỷ lệ giữ thai thành công

Tỷ lệ giữ thai thành công sau điều trị bằng Atosiban 48 giờ, 7 ngày và 14 ngày của nhóm cơn co tử cung tần số 1, tần số 2 và tần số 3 khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

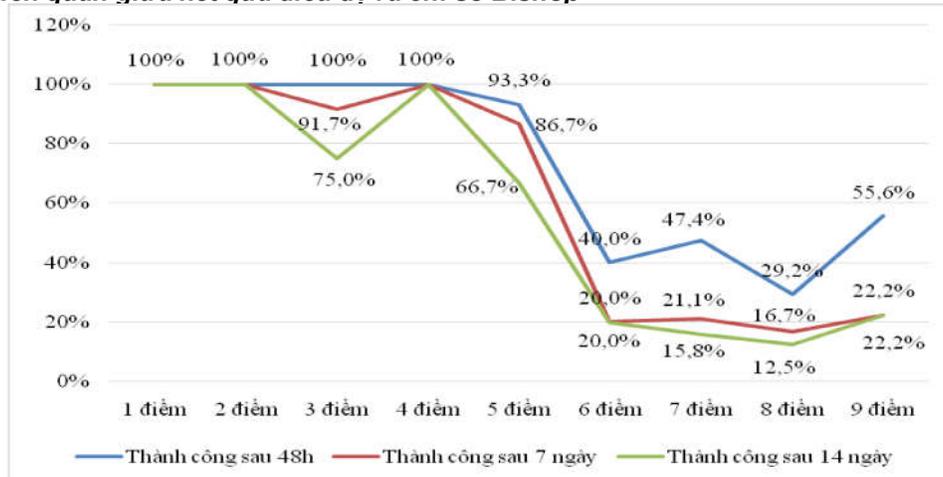
3.3. Liên quan giữa kết quả điều trị và chiều dài cổ tử cung



Biểu đồ 3. Chiều dài cổ tử cung và tỷ lệ giữ thai thành công

Nhóm thai phụ chiều dài cổ tử cung < 20mm có tỷ lệ giữ thai thành công sau điều trị bằng Atosiban 48 giờ, 7 ngày và 14 ngày thấp hơn nhóm chiều dài cổ tử cung ≥ 20mm với p = 0,0001.

3.4. Liên quan giữa kết quả điều trị và chỉ số Bishop



Biểu đồ 4. Chỉ số Bishop và tỷ lệ giữ thai thành công

Tỷ lệ giữ thai thành công sau điều trị Atosiban ở các mốc thời gian 48 giờ, 7 ngày và 14 ngày giảm xuống rõ rệt khi thai phụ có chỉ số Bishop ≥ 6 điểm.

Tỷ lệ giữ thai thành công của nhóm thai phụ có chỉ số Bishop ≥ 6 điểm thấp hơn so với nhóm thai phụ có chỉ số Bishop < 6 điểm với $p = 0,0001$.

BÀN LUẬN

Mục tiêu trong điều trị dọa đẻ non và chuyển dạ đẻ non là giảm thiểu tối đa tỷ lệ mắc bệnh và tử vong sơ sinh do non tháng trong khi đảm bảo sức khỏe cho thai phụ. Các thuốc giảm co tử cung không thực sự thuyết phục trong cải thiện kết cục sơ sinh và tỷ lệ sơ sinh sống. Việc sử dụng corticoid đầy đủ và chuyển thai phụ đến các cơ sở chuyên khoa nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc sơ sinh thiết yếu mới thực sự cải thiện kết quả thai kỳ. Mục đích chủ yếu của các biện pháp giảm co tử cung là trì hoãn chuyển dạ đủ lâu để thực hiện những biện pháp này, thường là 48 giờ. Do đó, kéo dài thai nghén 48 giờ trở lên là tiêu chuẩn chính để đánh giá hiệu quả của các thuốc giảm co trong hầu hết các nghiên cứu. Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng đánh giá kết quả điều trị thành công là duy trì thai nghén ít nhất 48 giờ. Qua theo dõi dọc các thai phụ được điều trị dọa đẻ non bằng Atosiban đến khi kết thúc thai kỳ chúng tôi nhận thấy tỷ lệ điều trị thành công là 65%, có 35% thai phụ điều trị thất bại dẫn đến chuyển dạ đẻ non sau khi truyền thuốc chưa được 48 giờ. Thời gian kéo dài thai nghén trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $17,79 \pm 20,96$ ngày, ngắn nhất là 0 ngày và dài nhất là 88 ngày. Khi phân tích kỹ hơn các trường hợp điều trị thành công chúng tôi ghi nhận tỷ lệ giữ thai thành công sau 7 ngày là 51,3%, tỷ lệ giữ thai thành công sau 14 ngày là 45,3%, có 76 thai phụ giữ thai thành công sau 48 giờ, trong số này chủ yếu là các trường hợp kéo dài thai nghén hơn 14 ngày (51/76 trường hợp, chiếm 67,1%).

Kết quả của nghiên cứu này tương đương tác giả Salim R [2] và Van Vliet EOG [3] nhưng tỷ lệ điều trị thành công sau 48h và 7 ngày thấp hơn hẳn 3 nghiên cứu trong nước (của các tác giả Phan Hà Minh Hạnh [4], Nguyễn Hữu Tiến [5] và Lý Thanh Trường Giang [6]) do 2 nguyên nhân. Thứ nhất, cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi là lớn nhất (117 thai phụ) so với 3 tác giả nêu trên (35 - 38 thai phụ). Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương là bệnh viện đầu ngành về sản khoa ở miền Bắc, trang thiết bị và trình độ chuyên môn tốt hơn các bệnh

viện tuyến dưới, đặc biệt là trung tâm chăm sóc và điều trị sơ sinh với khả năng chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng đến rất non với kết quả khả quan. Vì vậy, thai phụ dọa đẻ non được điều trị tại đây có xu hướng mong muốn giữ thai tối đa, nhiều trường hợp sử dụng Atosiban ngay cả khi thầy thuốc tiên lượng chuyển dạ đẻ sẽ sớm xảy ra trong vòng 48 giờ. Thứ hai, cũng giống như Van Vliet EOG [3], nghiên cứu của tôi bao gồm các thai phụ nguy cơ cao chuyển dạ đẻ non thể hiện qua tỷ lệ chuyển dạ sau 7 ngày hơn 50% và có hơn 80% thai phụ kết thúc thai kỳ là đẻ non, đối lập với các nghiên cứu trước đây về Atosiban khi phần lớn đối tượng nghiên cứu không chuyển dạ sau một thời gian ngắn dùng thuốc. Điều này góp phần lý giải tỷ lệ điều trị thành công trong nghiên cứu của tôi thấp hơn nhiều so với các tác giả khác.

Trong điều trị dọa đẻ non, việc đánh giá thành công phụ thuộc nhiều vào độ mở cổ tử cung. Cổ tử cung mở bao nhiêu thì tiên lượng thuốc có tác dụng hay không và cuộc chuyển dạ có diễn ra hay không? Chưa có tác giả nào đề cập tới vấn đề này nhưng hầu hết các tác giả đều có chung 1 nhận định là cổ tử cung mở càng nhiều thì hiệu quả điều trị càng thấp. Đánh giá hiệu quả kéo dài thai nghén ở cả 3 mốc thời gian là 48 giờ, 7 ngày và 14 ngày sau điều trị atosiban đều thấy tỷ lệ thành công của nhóm CTC $< 2\text{cm}$ cao hơn nhóm CTC mở $\geq 2\text{cm}$ một cách có ý nghĩa thống kê. Cơ sở tử cung là động lực của cuộc chuyển dạ. Chính cơ sở tử cung dẫn đến sự thành lập đầu ối và biến đổi cổ tử cung. Do vậy, tần số cơn co tử cung nhiều hay ít đều có ảnh hưởng đến thời gian cắt được cơn co tử cung và khả năng kéo dài tuổi thai. Số liệu ở biểu đồ 2 cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ điều trị thành công của nhóm thai phụ có cơn co tử cung tần số 1, 2 và 3. Kết quả này giúp chúng tôi nhận định rằng không thể chỉ dựa vào một yếu tố tần số cơn co tử cung để quyết định sử dụng Atosiban hay tiên lượng hiệu quả điều trị thành công trong ngắn hạn cũng như dài hạn. Nhiều nghiên cứu đã nhận thấy mối liên quan giữa độ dài CTC với đẻ non. Tỷ lệ đẻ non tăng lên khi độ dài CTC ngắn và ngược lại. Trong nghiên cứu này, nhóm thai phụ chiều dài cổ tử cung $< 20\text{mm}$ có tỷ lệ giữ thai thành công sau điều trị bằng Atosiban 7 ngày và 14 ngày thấp hơn nhóm chiều dài cổ tử cung $\geq 20\text{mm}$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0001$. Như vậy, chiều dài cổ tử cung càng ngắn thì khả năng điều trị thất bại càng cao. Chỉ số Bishop cho chúng ta một nhận định chung về

trạng cổ tử cung. Chỉ số Bishop càng cao thì nguy cơ chuyển dạ đẻ non càng lớn, chỉ số Bishop càng nhỏ tiên lượng cho việc giữ thai càng khả quan. Vì vậy chỉ số Bishop là yếu tố quan trọng để đánh giá trong điều trị dọa đẻ non, có vai trò quyết định trong tiên lượng khả năng điều trị thành công hay thất bại. Trong nghiên cứu này tỷ lệ giữ thai thành công của nhóm thai phụ có chỉ số Bishop ≥ 6 điểm thấp hơn so với nhóm thai phụ có chỉ số Bishop < 6 điểm với $p = 0,0001$. Tỷ lệ này giảm xuống rõ rệt khi thai phụ có Bishop ≥ 6 điểm. Đồng thời các trường hợp chỉ số Bishop 1 điểm hoặc 2 điểm thì 100% giữ thai thành công sau 14 ngày. Như vậy, có thể thấy chỉ định truyền Atosiban ở những trường hợp dọa đẻ non giả do có cơn co tử cung nhưng chưa có biến đổi cổ tử cung là không cần thiết.

Trong dọa đẻ non có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến khả năng điều trị. Chúng tôi đã phân tích mối liên quan của một số yếu tố với khả năng giữ thai thành công sau truyền Atosiban 48 giờ, 7 ngày và 14 ngày. Các yếu tố này là: số lượng thai (đơn thai hay song thai), độ mở cổ tử cung ($< 2\text{cm}$ và $\geq 2\text{cm}$), chiều dài cổ tử cung ($< 20\text{mm}$ và $\geq 20\text{mm}$), chỉ số Bishop (< 6 điểm và ≥ 6 điểm) và tuổi thai bắt đầu điều trị (< 28 tuần và ≥ 28 tuần). Khi phân tích hồi quy đa biến chúng tôi thấy rằng không có sự liên quan giữa các yếu tố này với khả năng trì hoãn chuyển dạ sau 48 giờ. Tuy nhiên ở 2 mốc thời gian 7 ngày và 14 ngày, chỉ số Bishop ≥ 6 điểm là yếu tố duy nhất ảnh hưởng đến tỷ lệ giữ thai thành công với $p < 0,05$. Cụ thể, nhóm thai phụ chỉ số Bishop 6 điểm có nguy cơ giữ thai thất bại sau truyền Atosiban 7 ngày cao gấp 11,34 lần (95% CI 1,17 – 103,6) so với nhóm Bishop < 6 điểm. Nguy cơ này ở mốc 14 ngày sau truyền thuốc tăng lên 28,46 lần (95% CI 6,8 - 119) với $p < 0,05$. Điều này có thể được lý giải bởi chỉ số Bishop là công cụ đánh giá biến đổi cổ tử cung khá chính xác. Chỉ số Bishop càng cao cổ tử cung biến đổi càng nhiều nên nguy cơ đẻ non càng lớn. Do đó, việc đánh giá chỉ số Bishop ở các thai phụ điều trị dọa đẻ non là rất quan trọng, giúp tiên lượng khả năng điều trị thành công hay thất bại.

Kết quả này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Driul L và cộng sự [7] năm 2014 về tác dụng phụ và các yếu tố tiên lượng đẻ non ở thai phụ điều trị dọa đẻ non bằng Atosiban và

Ritodrine. Tác giả đưa ra kết luận loại thuốc giảm co (Atosiban hay Ritodrine) không ảnh hưởng đến khả năng trì hoãn chuyển dạ 48 giờ hay 7 ngày. Các yếu tố có ý nghĩa tiên lượng đẻ non là biến đổi cổ tử cung khi thăm khám, tỷ lệ CCTC trước/sau điều trị cao, ối vỡ sớm, chiều dài CTC và nồng độ Fibronectin. Khả năng tiên lượng của các yếu tố này có thể tạo điều kiện cho điều trị mục tiêu và hạn chế tác dụng phụ cũng như chi phí.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ điều trị thành công là 65% và không có mối liên quan giữa tỷ lệ giữ thai thành công với tần số cơn co tử cung, độ mở cổ tử cung và tuổi thai bắt đầu điều trị. Đặc biệt, chỉ số Bishop không phải là yếu tố tiên đoán khả năng điều trị thành công trong ngắn hạn (sau 48 giờ) nhưng về dài hạn, chỉ số Bishop ≥ 6 điểm làm tăng nguy cơ giữ thai thất bại sau 7 ngày lên 11,34 lần và tăng nguy cơ giữ thai thất bại sau 14 ngày lên 28,46 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hall MH, Daniella P, Lamont RF.** (1997). The importance of preterm birth in preterm labor. New York NY: Churchill Livingstone, 1 - 28.
2. **Salim R, Garmi G, Nachum Z, Zafran N, Baram S, Shalev E** (2012). Nifedipine compared with atosiban for treating preterm labor: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*; 120(6):1323 - 31.
3. **Van Vliet EOG, Nijman TAJ, Schuit E et al.** Nifedipine versus atosiban for threatened preterm birth (APOTEL III): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*. 2016(10033): 2117 - 2124.
4. **Phan Hà Minh Hạnh, Vũ Nhật Khang** và cộng sự (2017), Hiệu quả của atosiban trong trì hoãn chuyển dạ sinh non, *Tạp chí Phụ sản*, 14 (4), 16 - 21.
5. **Nguyễn Hữu Tiên, Lê Lam Hương** (2017). Hiệu quả của atosiban trong điều trị dọa sinh non từ 28 đến 34 tuần, *Tạp chí Phụ sản*, 15(3).
6. **Lý Thanh Trường Giang, Bạch Cẩm An, Hồ Thị Phương Thảo và cộng sự** (2016). Nghiên cứu hiệu quả atosiban trong điều trị dọa sinh non, *Tạp chí Phụ sản*, 14(3).
7. **Driul L, Londero AP, Adorati-Menegato A,** et al. Therapy side-effects and predictive factors for preterm delivery in patients undergoing tocolysis with atosiban or ritodrine. *J Obstet Gynaecol*, 2014; 34(8): 684 - 9.