

# HIỆU QUẢ CỦA VÒNG NÂNG CỔ TỬ CUNG TRÊN THAI PHỤ CÓ KÊNH CỔ TỬ CUNG NGẮN

BS. CKI Trần Thế Hùng

Bệnh viện Quốc tế Phương Châu Sóc Trăng

Sinh non là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho trẻ sơ sinh, để lại nhiều di chứng nặng nề và tốn nhiều kinh phí điều trị cho các trường hợp sinh non. Việc dự phòng lúc nào cũng tốt hơn so với điều trị. WHO phân chia sinh non các mức độ sau:

- Cực non: là em bé sinh trước 28 tuần tuổi thai.
- Rất non: là em bé sinh ra từ 28 – 31 tuần 6 ngày.
- Non trung bình: là em bé sinh ra từ 32 – 33 tuần 6 ngày
- Non muộn: là em bé sinh ra từ 34 – 36 tuần 6 ngày

Việc phân chia như vậy cho thấy tầm quan trọng của việc xử trí các trường hợp sinh cực non cần phải có nhiều nhân sự của nhiều chuyên khoa khác nhau để hỗ trợ. Việc điều trị và dự phòng sinh non vẫn còn là một thách thức đối với các nhà lâm sàng. Đa phần phối hợp nhiều phương pháp với nhau để hạn chế tình trạng sinh non, cố gắng kéo dài tuổi thai đến mức tối đa có thể được. Trong bài tổng quan của WHO vào tháng 11/2022 cho rằng có khoảng 15 triệu trẻ sinh non mỗi năm, có khoảng 1 triệu trẻ chết vì các biến chứng của sinh non.

Trong những năm gần đây việc điều trị sinh non có nhiều phương pháp, trong đó dự phòng đặt lên hàng đầu. Việc tầm soát các nguy cơ và xử lý các nguy cơ là một trong những mục tiêu quan trọng của các bác sĩ lâm sàng. Arabin pessary gần đây được lựa chọn là một trong những phương

pháp dự phòng sinh non trên những đối tượng kênh cổ tử cung ngắn hoặc hở eo tử cung. Chúng có thể áp dụng trên đơn thai hoặc song thai. Để đánh giá hiệu quả của Arabin pessary trên dự phòng sinh non như thế nào, chúng ta sẽ đi tìm hiểu các chứng cứ y học nói về nó.

Một nghiên cứu mô tả phân tích hệ thống của Agustin Conde-Agudelo đánh giá hiệu quả của vòng nâng cổ tử cung trên đối tượng thai phụ nguy cơ cao không triệu chứng. So sánh hiệu quả việc có đặt vòng nâng cổ tử cung và không đặt vòng nâng cổ tử cung trên đối tượng đơn thai có chiều dài kênh cổ tử cung  $\leq 25$  mm, không làm giảm đáng kể tỷ lệ sinh non <34 tuần (11,3% và 15,0%; RR, 0,80; KTC 95%, 0,43 – 1,49), không có sự khác biệt về tỷ lệ sinh non của nhóm đặt vòng nâng cổ tử cung và nhóm không đặt vòng nâng cổ tử cung trên thai <37 tuần, <32 tuần và <28 tuần. Tuổi thai trung bình cũng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm: 0,87 tuần; KTC 95%, 0,52 – 2,26. Việc sử dụng vòng nâng làm tăng nguy cơ tiết dịch âm đạo (RR, 2,15; KTC 95%, 1,67 – 2,78) và khó chịu ở vùng sàn chậu ở thai phụ ((RR, 3,28; KTC 95%, 1,96 – 5,50), vòng nâng cổ tử cung có làm giảm sử dụng thuốc giảm gò tử cung (RR, 0,63; KTC 95%, 0,50 – 0,81). Khi so sánh giữa nhóm vòng nâng cổ tử cung phối hợp progesterone âm đạo và nhóm chỉ sử dụng progesterone thì không làm giảm tỷ lệ sinh non hơn so với nhóm còn lại (15,2% và 16,1%; RR, 0,91; KTC 95%, 0,47 – 1,76). Thêm vào đó vòng nâng cổ tử cung không làm giảm tỷ

lệ sinh non <34 tuần trên thai phụ có ít nhất 1 lần sinh non trước đó (RR, 0,53; KTC 95%, 0,23 – 1,20) và thai phụ có kênh cổ tử cung  $\leq 10$  mm (RR, 0,58; KTC 95%, 0,10 – 3,23). Trên song thai không chọn lọc thì nhóm có vòng nâng và không có vòng nâng tỷ lệ sinh non <37, <34, <32, <28 tuần không có sự khác biệt. Trên song thai có chiều dài kênh cổ tử cung  $\leq 38$  mm, thì không có sự khác biệt tỷ lệ sinh non tự nhiên <34 tuần (RR, 0,75; KTC 95%, 0,41 – 1,36). Đối với song thai có chiều dài kênh cổ tử cung  $\leq 25$  mm cũng không có sự khác biệt về tỷ lệ sinh non <37 tuần. Tác giả còn báo cáo hiệu quả của vòng nâng cổ tử cung và progesterone trên đơn thai có chiều dài kênh cổ tử cung  $\leq 25$  mm là như nhau (14,2% và 14,3%; RR, 0,99; KTC 95%, 0,54 – 1,83). Thai phụ có song thai và chiều dài kênh cổ tử cung  $\leq 38$  mm thì cũng không có sự khác biệt về tỷ lệ sinh non tự nhiên <34 tuần (16,2% và 22,1%; RR, 0,73; KTC 95%, 0,46 – 1,18), nhưng vòng nâng cổ tử cung có thể giảm tỷ lệ sinh non <37 tuần.

Trong nghiên cứu đăng trên tạp chí SMFM vào năm 2017, tác giả so sánh hiệu quả của vòng nâng cổ tử cung và quản lý chờ đợi thì vòng nâng cổ tử cung làm giảm tỷ lệ sinh non trên đơn thai có chiều dài kênh cổ tử cung  $\leq 25$  mm (6% và 27%, RR, 0,18, KTC 95%, 0,08 – 0,37), giảm các biến chứng trên thai nhi (3% và 16 %; RR, 0,14; KTC 95%, 0,04 – 0,39). Đối với song thai không chọn lọc thì tỷ lệ sinh non giữa nhóm có vòng nâng và không có vòng nâng là giống nhau, thai phụ có chiều dài kênh cổ tử cung  $\leq 25$  mm

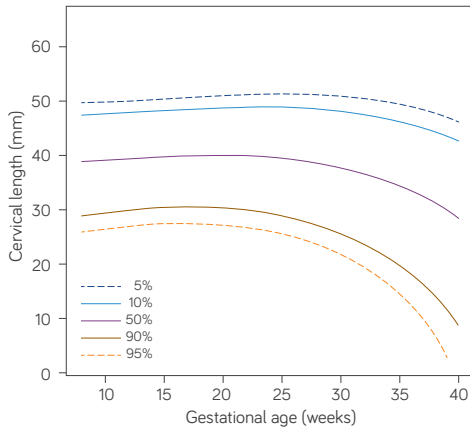
ở nhóm có vòng nâng cổ tử cung có giảm tỷ lệ sinh non <34 tuần (16,2% và 39,4%; RR, 0,41; KTC 95%, 0,22 – 0,76). Khi phân tích dưới nhóm thì trong nghiên cứu của Nicolaidis trên thai phụ có chiều dài kênh cổ tử cung <25 mm có tỷ lệ sinh non <34 tuần là 31% so với 26% ở nhóm không có vòng nâng cổ tử cung. Ngược lại ở nghiên cứu ProTwin trên thai phụ có kênh cổ tử cung <38 mm thì giảm tỷ lệ sinh non <32 tuần so với nhóm không có vòng nâng (14% và 29%; RR, 0,49; KTC 95%, 0,24 – 0,97) và giảm các biến chứng cho thai nhi (12% và 40%; RR, 0,40; KTC 95%, 0,19 – 0,83).

Chiều dài kênh cổ tử cung cũng thay đổi tùy theo tuổi thai, số lần mang thai, cân nặng và chiều cao thai phụ. Việc chọn lựa điểm cut off để can thiệp dự phòng sinh non là một vấn đề khó khăn. Nhiều tác giả đưa ra những nghiên cứu khác nhau để chọn lựa điểm cut off trên lâm sàng. Các tác giả sử dụng bách phân vị để xác định kênh cổ tử cung ngắn, nhưng cũng chưa đồng thuận giữa các nghiên cứu trên các quốc gia khác nhau. Nghiên cứu đăng trên tạp chí Sản phụ khoa Hoa Kỳ vào tháng 3 năm 2021, tiến hành trên 8.226 thai phụ đến từ người Mỹ gốc Phi, người da trắng, châu Á, Tây Ban Nha và các nơi khác. (Bảng 1, biểu đồ 1)

Tác giả kết luận rằng so với chiều dài kênh cổ tử cung <25 mm và bách phân vị chiều dài kênh cổ tử cung thứ 10 đã hiệu chỉnh thì chẩn đoán được nhiều thai phụ có nguy cơ sinh non tự nhiên hơn và sự khác biệt giữa nhóm sắp sinh non xảy ra hoặc có một đợt nguy cơ sinh non.

Bảng 1. Độ nhạy và đường cong AUC về sinh non cho từng tuổi thai.

Tuổi thai	Số ca %/ sinh non	AUC			Độ nhạy với 10% sai số				
		Không điều chỉnh	Điều chỉnh	P	Không điều chỉnh		Điều chỉnh		
					Cut off (mm)	Độ nhạy	Cut off (mm)	Độ nhạy	P
20 – 23 <sup>6/7</sup>	4169 (12,0%)	71%	72%	0,001	28	40%	15	50%	< 0,001
24 – 27 <sup>6/7</sup>	4338 (11,7%)	71%	72%	< 0,001	25	36%	14	50%	< 0,001
28 – 31 <sup>6/7</sup>	4209 (10,7%)	70%	72%	< 0,001	21	33%	16	53%	< 0,001
32 – 35 <sup>6/7</sup>	3956 (7,5%)	67%	71%	< 0,001	18	29%	21	54%	< 0,001

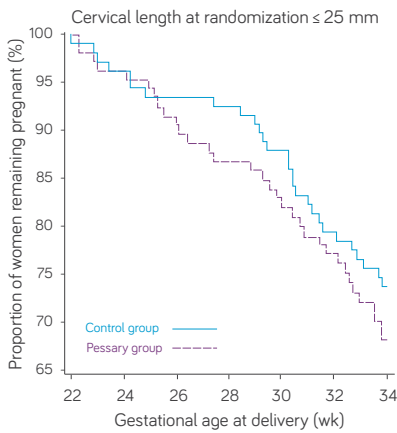


Hình 1. Bách phân vị chiều dài kênh cổ tử cung và tuổi thai.

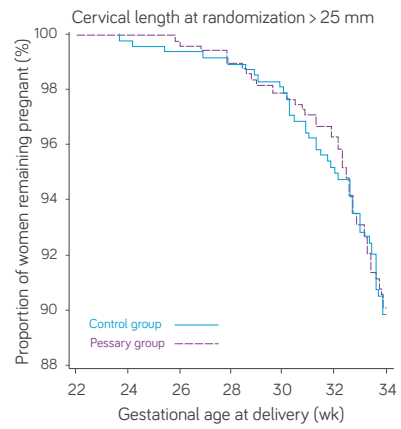
Từ đó đưa vào can thiệp lâm sàng trên từng nhóm cụ thể.

Một nghiên cứu tổng quan có hệ thống và mô tả phân tích vào năm 2020 của tác giả Yi-Quan Xiong cho rằng hiệu quả của vòng nâng cổ tử cung để dự phòng sinh non trên đối tượng có kênh cổ tử cung ngắn là không chắc chắn. Cần các nghiên cứu bổ sung để khẳng định hiệu quả. (Bảng 2)

Nghiên cứu năm 2016 trên song thai có chiều dài kênh cổ tử cung ngắn thì việc đặt vòng nâng cổ tử cung không làm giảm tỷ lệ sinh non sớm được thể hiện qua hình 2.



	22	24	26	28	30	32	34
Control group	106	103	100	95	94	85	77
Pessary group	106	102	96	92	86	79	67



	22	24	26	28	30	32	34
Control group	481	480	478	475	463	450	410
Pessary group	482	482	480	477	469	457	417

Hình 2. Hiệu quả của vòng nâng cổ tử cung trên thai phụ.

Bảng 2. Hiệu quả của vòng nâng cổ tử cung trên đơn thai và song thai.

Đặc điểm	Nghiên cứu	Vòng nâng	Nhóm chứng	RR	KTC 95%
<b>Trên đơn thai có kênh cổ tử cung ngắn</b>					
Sinh non < 34 tuần	6	120/991	162/991	0,73	0,42-1,28
Sinh non < 37 tuần	5	122/526	213/524	0,69	0,43-1,09
Sinh non < 28 tuần	5	50/918	57/920	0,79	0,42-1,48
Sinh non tự nhiên < 34 tuần	4	97/860	139/862	0,64	0,30-1,36
Sinh non tự nhiên < 37 tuần	3	94/400	181/398	0,62	0,33-1,12
Sinh non tự nhiên < 28 tuần	4	44/860	53/862	0,75	0,38-1,49
<b>Trên song thai có kênh cổ tử cung ngắn</b>					
Sinh non < 34 tuần	5	72/261	85/250	0,81	0,49-1,35
Sinh non < 37 tuần	6	207/339	198/305	0,93	0,83-1,05
Sinh non < 28 tuần	6	31/339	37/305	0,72	0,38-1,38
Sinh non tự nhiên < 34 tuần	3	51/197	61/197	0,79	0,39-1,63
Sinh non tự nhiên < 37 tuần	3	114/197	110/197	1,03	0,87-1,22
Sinh non tự nhiên < 28 tuần	3	11/197	22/197	0,50	0,25-0,99

Nghiên cứu RCT năm 2021 về hiệu quả arabin trên song thai có cổ tử cung ngắn <35 mm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ sinh non <34 tuần trên nhóm có sử dụng arabin và không sử dụng ( $p=0,542$ ). Đối với các trường hợp chiều dài kênh cổ tử cung <28 mm, và <25 mm cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p>0,05$ . Nghiên cứu của Đỗ Quang Vinh so sánh hiệu quả dự phòng sinh non của arabin và progesterone trên song thai có chiều dài kênh cổ tử cung <38 mm. Kết quả của nghiên cứu cho thấy rằng hiệu quả của 2 phương pháp là tương tự nhau trong việc dự phòng sinh non khi thai <34 tuần. Nghiên cứu của Da Un Jung trên tạp chí khoa học sản phụ khoa năm 2020, về việc vòng nâng cổ tử cung arabin trên song thai có chiều dài kênh cổ tử cung  $\leq 15$  mm thì không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi thai sinh <34 tuần ( $p=0,058$ ), nhưng thời gian kéo dài tuổi thai ở nhóm có đặt arabin lâu hơn so với nhóm chứng ( $60,7 \pm 28,3$  và  $22,6 \pm 24,5$  ngày,  $p=0,001$ ).

### TÓM LẠI

Dự phòng sinh non vô cùng quan trọng, để có thể kéo dài tuổi thai và kéo dài sự sống

cho thai nhi. Nhưng hiệu quả của vòng nâng cổ tử cung chưa cao trong việc dự phòng sinh non <34 tuần trên thai phụ có chiều dài kênh cổ tử cung ngắn đặc biệt trên song thai. Chưa thống nhất giữa các nghiên cứu đã báo cáo. Việc lựa chọn thời điểm can thiệp và phối hợp các phương pháp với nhau có thể xem xét để nhằm đạt mục tiêu kéo dài tuổi thai hơn. Các nhà lâm sàng cần cân nhắc đưa ra quyết định can thiệp trên thai phụ.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Conde-Agudelo (2020). Cervical pessary to prevent preterm birth in asymptomatic high-risk women: a systematic review and meta-analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 0, S0002937819330856.
2. Da Un Jung (2020). Cervical pessary for preterm twin pregnancy in women with a short cervix, Obstet Gynecol Sci 2020;63(3):231-238.
3. Dang, Vinh Q (2019). Pessary Compared With Vaginal Progesterone for the Prevention of Preterm Birth in Women With Twin Pregnancies and Cervical Length Less Than 38 mm. Obstetrics & Gynecology, 133(3), 459-467.
4. Gudicha Dereje W (2020). Personalized assessment of cervical length improves prediction of spontaneous preterm birth: a standard and a percentile calculator. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 0, S0002937820310590-.
5. K. H. Nicolaidis (2015). Cervical pessary placement for prevention of preterm birth in unselected twin pregnancies: a randomized controlled trial.
6. Jane E Norman (2021). The Arabin pessary to prevent preterm birth in women with a twin pregnancy and a short cervix: the STOPPIT 2 RCT, Health Technology Assessment, Volume 25, ISSN 1366-5278.
7. SMFM (2017). The role of cervical pessary placement to prevent preterm birth in clinical practice. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 216(3), B8-B10
8. Xiong Yi-Quan (2020). Cervical pessary for preventing preterm birth in singletons and twin pregnancies: an update systematic review and meta-analysis. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 0, 1-10.