

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA THAI PHỤ RA MÁU ÂM ĐẠO TRONG 3 THÁNG ĐẦU CÓ TIỀN SỬ SẢY THAI LIÊN TIẾP ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Đinh Thị Phụng¹, Trần Thị Thu Hạnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thai phụ ra máu 3 tháng đầu có tiền sử sảy thai liên tiếp điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 105 thai phụ ra máu âm đạo 3 tháng đầu có tiền sử sảy thai liên tiếp điều trị tại khoa Phụ nội tiết, Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2021–2024. Thu thập số liệu qua bệnh án phân tích bằng phần mềm SPSS. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng là $31,9 \pm 4,9$; trong đó nhóm <35 tuổi chiếm 72,4%. Phần lớn có tiền sử sảy thai 2–3 lần (60,9% và 21,9%). Bất thường giải phẫu tử cung (27,62%) trong đó vách ngăn tử cung liên quan đáng kể đến tình trạng chưa có con ($p=0,028$), rối loạn nội tiết (đặc biệt là buồng trứng đa nang, suy giáp cận lâm sàng...). Có 20,94% bệnh nhân thụ thai nhờ hỗ trợ sinh sản sau sảy thai liên tiếp. Đa số ra máu ở tuổi thai 6–10 tuần (78,1%), có hoặc không kèm đau bụng gần tương đương nhau. **Kết luận:** Thai phụ có tiền sử sảy thai liên tiếp thường gặp rối loạn nội tiết, bất thường tử cung, và ra máu sớm hay gặp ở 6–10 tuần tuổi thai. Tổng cộng có 92,4% thai phụ được điều trị ổn định và ra viện không còn biểu hiện dọa sảy.

Từ khóa: Ra máu âm đạo, sảy thai liên tiếp, 3 tháng đầu, rối loạn nội tiết, bất thường tử cung.

SUMMARY

EVALUATION OF CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS IN FIRST-TRIMESTER PREGNANT WOMEN WITH VAGINAL BLEEDING AND A HISTORY OF RECURRENT PREGNANCY LOSS TREATED AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To describe the clinical and subclinical characteristics of pregnant women with first-trimester vaginal bleeding and a history of recurrent pregnancy loss treated at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 105 patients from 2021 to 2024. Data were collected from records and analyzed using SPSS. **Results:** The mean age was 31.9 ± 4.9 ; 72.4% were under 35 years old. Most had 2–3 prior miscarriages (60.9% and 21.9%). Uterine anomalies (27.62%), and uterine septum were

significantly associated with nulliparity ($p=0.028$), endocrine disorders (PCOS, subclinical hypothyroidism). Assisted reproduction accounted for 20.94% after experiencing recurrent pregnancy loss.. Bleeding mainly occurred between 6–10 gestational weeks (78.1%), with or without abdominal pain.. **Conclusions:** Patients with recurrent miscarriage history often have endocrine and uterine abnormalities. A total of 92.4% of the pregnant women were successfully managed and discharged in a stable condition, with no persistent symptoms of threatened miscarriage. **Keywords:** Vaginal bleeding, recurrent miscarriage, first trimester, endocrine disorders, uterine anomalies.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ra máu âm đạo trong 3 tháng đầu thai kỳ là dấu hiệu cảnh báo tình trạng dọa sảy, ảnh hưởng đến tiên lượng thai và tâm lý thai phụ. Tình trạng này xảy ra ở khoảng 20–25% các thai kỳ, trong đó một số trường hợp sẽ tiến triển thành sảy thai nếu không được theo dõi và xử trí kịp thời [1],[2].

Sảy thai liên tiếp (Recurrent Pregnancy Loss – RPL), định nghĩa là ≥ 2 lần sảy thai liên tiếp, ảnh hưởng đến 1–2% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản [3]. Nhóm thai phụ này có nguy cơ sảy thai cao hơn ở các lần mang thai sau, đồng thời thường gặp các bất thường nội tiết, miễn dịch, cấu trúc tử cung và yếu tố di truyền, huyết học [4],[5].

Việc nhận diện đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm thai phụ ra máu sớm có tiền sử RPL là cần thiết để phát hiện nguyên nhân tiềm ẩn và định hướng điều trị. Nhiều nghiên cứu cho thấy các yếu tố như tuổi mẹ cao, BMI bất thường, PCOS, suy giáp cận lâm sàng và dị dạng tử cung (đặc biệt là vách ngăn tử cung) có liên quan đến RPL và ra máu sớm [6],[7],[8].

Tại Việt Nam, nghiên cứu chuyên sâu về vấn đề này còn hạn chế, nhất là tại các bệnh viện tuyến trung ương – nơi tiếp nhận nhiều ca bệnh phức tạp. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: “Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thai phụ ra máu âm đạo trong 3 tháng đầu có tiền sử sảy thai liên tiếp điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương”, nhằm góp phần hoàn thiện cơ sở khoa học cho việc sàng lọc, theo dõi và điều trị sớm nhóm bệnh nhân nguy cơ cao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Thu Cúc

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thu Hạnh

Email: t3hanh2004@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.7.2025

Ngày duyệt bài: 15.8.2025

tả cắt ngang, hồi cứu hồ sơ bệnh án.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Từ tháng 01/2021 đến 12/2024 tại Khoa Phụ nội tiết – Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

2.3. Đối tượng nghiên cứu. Thai phụ dọa sảy thai có ra máu âm đạo trong 3 tháng đầu và có tiền sử sảy thai liên tiếp (≥ 2 lần), điều trị tại khoa Phụ nội tiết, Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Thai ≤ 12 tuần đang phát triển trong buồng tử cung.

+ Có ra máu âm đạo và được chẩn đoán là dọa sảy thai.

+ Có tiền sử sảy thai liên tiếp ≥ 2 lần.

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Đang sảy thai, sảy thai khó tránh.

+ Dọa sảy trên bệnh nhân IVF/IUI xin noãn/tinh trùng.

+ Ra máu do nguyên nhân khác: chửa trứng, chửa ngoài tử cung, polyp, ung thư CTC,...

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã thông qua Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội và được Ban giám đốc Bệnh viện Phụ sản Trung Ương cho phép tiến hành. Nghiên cứu hồi cứu, sử dụng các số liệu có sẵn trên hồ sơ bệnh án chứ không can thiệp trực tiếp vào đối tượng nên các đối tượng tham gia vào nghiên cứu là hoàn toàn công bằng.

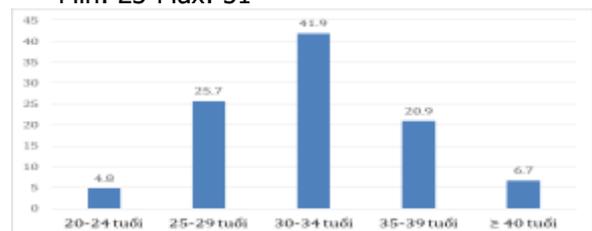
III KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	N	%	Trung bình \pm SD
< 35	76	72,4	29,47 \pm 3,079
≥ 35	29	27,6	38,17 \pm 3,095
Tổng số	105	100	31,9 \pm 4,9

Min: 23-Max: 51



Biểu đồ 1. Nhóm tuổi mẹ

Đặc điểm tuổi mẹ: Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 31,9 \pm 4,9, dao động từ 23 đến 51 tuổi. Trong đó, 72,4% nằm ở nhóm dưới 35 tuổi. Biểu đồ phân bố cho thấy nhóm tuổi 30–34 chiếm tỷ lệ cao nhất (41,9%).

3.2. Tiền sử sảy thai

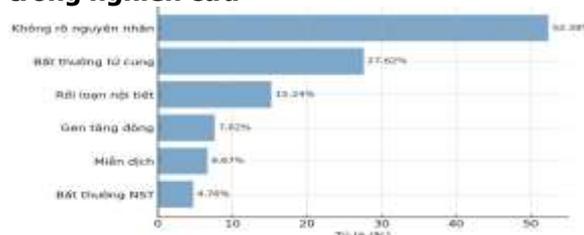
Bảng 2: Tiền sử sảy thai

Số lần sảy/lưu thai	N	%
2 lần	64	60,9

3 lần	23	21,9
≥ 4 lần	18	17,2
Trung bình \pm SD	2,7 \pm 1,2	
Min-Max	Min:2-Max:7	

Trong tiền sử sảy thai thì số thai phụ có 2 lần sảy thai chiếm tỷ lệ 60,9%, thai phụ có số lần sảy nhiều nhất là 7 lần.

3.3. Các nguyên nhân sảy thai liên tiếp trong nghiên cứu



Biểu đồ 2: Phân bố nguyên nhân sảy thai liên tiếp (n=105)

Nhóm nguyên nhân thường gặp gồm bất thường tử cung (27,62%), bất thường nhiễm sắc thể (6,67%), rối loạn nội tiết (15,24%) và không rõ nguyên nhân (52,38%). Một thai phụ có thể có từ 1 đến nhiều nguyên nhân gây sảy thai liên tiếp.

Bảng 3 : Mọi liên quan thai phụ có vách ngăn tử cung và tình trạng có con

Tình trạng vách ngăn tử cung	Chưa có con		Đã có con		Tổng
	N	%	N	%	
Không	57	58,2	41	41,8	98
Có	7	100	0	0	7
Tổng	64	61,0	41	39,0	105

$p=0,028$

Trong nhóm thai phụ có vách ngăn tử cung, 100% chưa từng có con, trong khi ở nhóm không có vách ngăn, có đến 41,8% đã từng sinh con.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,028$), cho thấy vách ngăn tử cung có thể liên quan đến vô sinh hoặc giảm khả năng sinh sản, cần được phát hiện và can thiệp sớm.

3.4. Đặc điểm lâm sàng

3.4.1. Phân bố tuổi thai dọa sảy

Bảng 4. Phân bố theo tuổi thai dọa sảy

Tuổi thai	N	%
<6 tuần	14	13,3
6- <10 tuần	82	78,1
10-12 tuần	9	8,6
Tổng	105	100

Trong nghiên cứu, phần lớn thai phụ nhập viện do dọa sảy xảy ra ở tuổi thai 6–<10 tuần, chiếm 78,1%. Tỷ lệ dọa sảy trước 6 tuần và từ 10–12 tuần lần lượt là 13,3% và 8,6%.

3.4.2. Phân bố tình trạng đau bụng khi vào viện

Bảng 5: Phân bố tình trạng đau bụng

khí vào viện

Dấu hiệu đau bụng	N	%
Có	52	49,5
Không	53	50,5
Tổng số	105	100

Trong số 105 thai phụ dọa sảy, có 49,5% có đau bụng và 50,5% không đau bụng khi nhập viện.

3.4.3. Phương pháp mang thai**Bảng 6. Phương pháp mang thai**

Phương pháp mang thai	N	%
Tự nhiên	83	79,1
IVF	18	17,1
IUI	4	3,8
Tổng	105	100

Trong nghiên cứu, đa số thai phụ mang thai tự nhiên (79,1%), tuy nhiên có đến 20,9% mang thai nhờ các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

3.5. Đặc điểm cận lâm sàng**3.5.1. Tình trạng có tim thai, dịch màng nuôi trên siêu âm lúc vào viện****Bảng 7. Tình trạng có tim thai, dịch màng nuôi trên siêu âm lúc vào viện**

Đặc điểm cận lâm sàng	N	%	
Tim thai	Có	74	70,4
	Không	31	29,6
Dịch dưới màng nuôi	Có	44	41,9
	Không	61	58,1

Có 70,4% thai phụ vào viện đã có tim thai dương tính, trong khi 29,6% chưa thấy tim thai qua siêu âm

41,9% thai phụ có hình ảnh tụ dịch dưới màng nuôi, trong khi 58,1% không có.

3.5.2: Các phát hiện bất thường trên xét nghiệm**Bảng 8: Các phát hiện bất thường trên xét nghiệm**

Các phát hiện bất thường trên xét nghiệm	n/N	%
Suy giáp cận lâm sàng	5/54	9,26%
Cường giáp	3/54	5,56%
Đái tháo đường	3/105	2,86%
Hội chứng anti phospholipid	5/37	13,51%

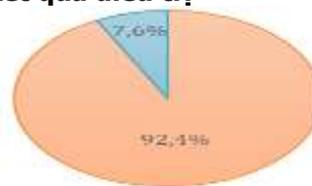
Hội chứng antiphospholipid (APL) được phát hiện ở 13,51% trường hợp (5/37), là bất thường phổ biến nhất. Suy giáp cận lâm sàng chiếm 9,26% (5/54), cho thấy vai trò đáng kể của rối loạn chức năng tuyến giáp, đặc biệt là khi triệu chứng lâm sàng mờ nhạt và chỉ phát hiện qua xét nghiệm. Cường giáp chiếm 5,56% và đái tháo đường chiếm 2,86%, tuy ít gặp hơn nhưng vẫn là các yếu tố nguy cơ đáng chú ý.

3.5.3. Môi liên quan giữa thể trạng thai phụ (BMI) và yếu tố rối loạn nội tiết**Bảng 9: Đánh giá môi liên quan thể trạng thai phụ với yếu tố rối loạn nội tiết**

Thể trạng thai phụ (BMI)	Rối loạn nội tiết				Tổng	
	Không		Có		N	%
	N	%	N	%		
Gầy (<18,5)	7	100	0	0	7	100
Bình thường (18,5-24,9)	75	87,2	11	12,8	86	100
Béo phì (>25)	7	58,3	5	41,7	12	100
Tổng	89	84,8	16	15,2	105	100

$p=0,008$

Kết quả cho thấy tỷ lệ rối loạn nội tiết tăng dần theo chỉ số BMI, từ 0% ở nhóm gầy, 12,8% ở nhóm bình thường, đến 41,7% ở nhóm béo phì, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,008$). Phân tích hồi quy logistic xác định BMI ≥ 25 là yếu tố nguy cơ độc lập, làm tăng nguy cơ rối loạn nội tiết gấp 5,97 lần so với nhóm BMI bình thường (OR = 5,97; 95% CI: 1,61–22,13).

3.6. Kết quả điều trị**Biểu đồ 3: Kết quả điều trị chung**

Nhận xét: Trong tổng số 105 thai phụ dọa sảy thai 3 tháng đầu có tiền sử sảy thai liên tiếp được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, có 97 trường hợp (92,4%) điều trị thành công, nghĩa là thai phụ ra viện trong tình trạng ổn định không còn dấu hiệu dọa sảy. Chỉ có 8 trường hợp (7,6%) điều trị không thành công, trong đó thai ngừng tiến triển hoặc sảy thai.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm tuổi mẹ và số lần sảy thai.**

Tuổi trung bình của nhóm thai phụ trong nghiên cứu là $31,9 \pm 4,9$, trong đó có tới 72,4% dưới 35 tuổi. Đây là độ tuổi sinh sản phổ biến tại Việt Nam, tuy nhiên vẫn ghi nhận tỷ lệ sảy thai liên tiếp đáng kể. Nghiên cứu của Jurkovic et al. (2013) cho thấy sảy thai có thể xảy ra ở mọi nhóm tuổi, không chỉ giới hạn ở phụ nữ ≥ 35 tuổi, trong đó nhóm <35 tuổi vẫn chiếm đến gần 60% các ca sảy thai sớm [2]. Trung bình số lần sảy thai trong nghiên cứu là $2,7 \pm 1,2$, phần lớn thai phụ có tiền sử sảy thai 2 lần, chiếm 60,9%, tỉ lệ sảy 3 lần là 21,9%, và ≥ 4 lần là 17,2%. Điều này phù hợp với hướng dẫn của ESHRE (2022), trong đó nhấn mạnh cần đánh giá đa yếu tố bên cạnh tuổi mẹ như nội tiết, miễn dịch, di truyền, tử cung học

để tìm nguyên nhân RPL^[3].

4.2. Nguyên nhân sảy thai liên tiếp.

Trong nghiên cứu, có 44,62% trường hợp tìm được nguyên nhân rõ ràng, tương đương với tỷ lệ trong nhiều nghiên cứu quốc tế (ESHRE 2022: khoảng 40–50% có nguyên nhân xác định^[3]).

- Bất thường tử cung chiếm 27,62%, đặc biệt vách ngăn tử cung là dị dạng hay gặp và có mối liên quan đáng kể với tình trạng chưa có con ($p = 0,028$). Theo Taylor & Gomel (2008), tỷ lệ bất thường tử cung ở phụ nữ RPL là 19–27%, và Saravelos & Li (2012) ghi nhận dị dạng tử cung chiếm khoảng 12,6–24%^{[6],[8]}.

- Rối loạn nội tiết chiếm 15,24%, bao gồm: Suy giáp cận lâm sàng: 9,26%, Buồng trứng đa nang (PCOS): 2,86%, Đái tháo đường: 2,86%. Theo Ford & Schust (2009), rối loạn nội tiết là nguyên nhân của 8–12% các trường hợp RPL, và ASRM (2012) cũng xác định các bệnh nội tiết (đặc biệt là suy giáp, suy giáp cận lâm sàng...) là yếu tố cần sàng lọc sớm^{[4],[5]}.

- Trong nghiên cứu này, Hội chứng antiphospholipid (APS) được phát hiện ở 5/37 thai phụ được xét nghiệm, chiếm tỷ lệ 13,51%, là bất thường xét nghiệm miễn dịch phổ biến nhất trong nhóm bệnh nhân có tiền sử sảy thai liên tiếp. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó, cho thấy APS là nguyên nhân thường gặp trong sảy thai liên tiếp không do bất thường nhiễm sắc thể hay bất thường tử cung. Theo Practice Committee of ASRM (2012), tỷ lệ phát hiện APS ở các bệnh nhân sảy thai liên tiếp dao động từ 5–20%, tùy tiêu chuẩn chẩn đoán và dân số nghiên cứu. [5] APS là một rối loạn tự miễn đặc trưng bởi sự hiện diện của kháng thể kháng phospholipid (anticardiolipin, lupus anticoagulant, anti- β 2 glycoprotein I), làm tăng nguy cơ hình thành huyết khối trong mạch máu nhỏ nhau thai, dẫn đến suy giảm tưới máu nuôi thai, gây sảy thai, thai lưu, tiền sản giật hoặc hạn chế tăng trưởng thai. Việc phát hiện và điều trị APS đúng cách mang lại hiệu quả điều trị rõ rệt. Theo khuyến cáo của ESHRE RPL Guideline 2022, sử dụng phối hợp aspirin liều thấp và heparin trọng lượng phân tử thấp (LMWH) giúp cải thiện tỷ lệ thai sống từ <30% lên >70% ở nhóm bệnh nhân có APS đã sảy thai ≥ 3 lần^[3].

- Yếu tố di truyền chiếm 4,76%, chủ yếu là bất thường NST ở vợ hoặc chồng. Tỷ lệ này gần tương đương với dữ liệu của ACOG (2020) và ASRM (2012), khuyến cáo xét nghiệm nhiễm sắc thể khi không tìm được nguyên nhân rõ ràng, với tỷ lệ bất thường NST được báo cáo là 3–6%^{[1],[5]}.

- Đặc biệt, 52,38% không rõ nguyên nhân –

phù hợp với nghiên cứu của Bashiri et al. (2018), cho thấy tỷ lệ RPL không rõ nguyên nhân chiếm tới 50–60%^[7].

4.3. Mối liên quan giữa BMI và rối loạn nội tiết.

Kết quả phân tích cho thấy mối liên quan giữa BMI và rối loạn nội tiết có ý nghĩa thống kê ($p = 0,008$). Phân tích cho thấy BMI ≥ 25 là yếu tố nguy cơ độc lập, làm tăng nguy cơ rối loạn nội tiết gấp 5,97 lần so với nhóm BMI bình thường (OR = 5,97). Điều này phù hợp với các nghiên cứu cho thấy béo phì ảnh hưởng đến trục hạ đồi - tuyến yên - buồng trứng, gây mất cân bằng nội tiết như tăng androgen, kháng insulin – từ đó làm tăng nguy cơ sảy thai. Vì vậy, việc kiểm soát cân nặng trước và trong thai kỳ là cần thiết, đặc biệt ở nhóm có tiền sử sảy thai liên tiếp. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trước, trong đó PCOS và suy giáp cận lâm sàng thường gặp ở phụ nữ có BMI ≥ 25 ^{[4],[7]}.

4.4. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Phần lớn thai phụ nhập viện ở tuần thai 6–10 (78,1%), đây là giai đoạn phôi thai đang làm tổ, rất nhạy cảm với bất thường nội tiết, miễn dịch và di truyền. Theo ESHRE (2022) và ASRM (2012), khoảng 75–80% sảy thai xảy ra trong giai đoạn này^{[3],[5]}. Tỷ lệ có tim thai trên siêu âm là 70,4%, tương tự nghiên cứu của Ford & Schust (2009) (tỷ lệ 68–72%)^[4]. Có dịch dưới màng nuôi: 41,9% – được coi là dấu hiệu tiên lượng xấu theo nhiều nghiên cứu, đặc biệt trong tam cá nguyệt đầu^[4]. Ra máu kèm đau bụng: 49,5% – phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán sảy thai của ACOG (2020), trong đó các dấu hiệu chính gồm ra máu âm đạo + đau bụng^[1].

4.5. Hỗ trợ sinh sản.

Trong nghiên cứu này, 20,9% thai phụ mang thai nhờ các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản như IVF hoặc IUI. Tỷ lệ này tương đương với báo cáo của ESHRE (2022) và Bashiri et al. (2018), trong đó ghi nhận khoảng 18–25% bệnh nhân có tiền sử sảy thai liên tiếp (RPL) đã sử dụng hỗ trợ sinh sản (assisted reproductive technology -ART) như một chiến lược hỗ trợ điều trị^{[3],[7]}. Việc áp dụng ART trong nhóm RPL ngày càng phổ biến, đặc biệt ở những trường hợp không rõ nguyên nhân, do kỹ thuật này cho phép sàng lọc phôi bất thường (PGT-A), tối ưu hóa nội mạc tử cung và hỗ trợ hoàng thể. Ngoài ra, nhiều nghiên cứu cho thấy ART kết hợp với hỗ trợ nội tiết, aspirin liều thấp hoặc heparin có thể làm tăng tỷ lệ thành công ở nhóm bệnh nhân RPL. Kết quả của nghiên cứu này phù hợp với xu hướng quốc tế, góp phần khẳng định vai trò của hỗ trợ sinh sản trong cải thiện tiên lượng thai kỳ ở nhóm thai phụ có nguy cơ cao.

4.6. Kết quả điều trị. Trong số 105 trường hợp nghiên cứu, có 92,4% thai phụ được điều trị thành công và ra viện trong tình trạng ổn định, không còn triệu chứng của dọa sảy. Tỷ lệ điều trị thành công cao này phản ánh hiệu quả can thiệp tại cơ sở tuyến trung ương, nơi có điều kiện trang thiết bị hiện đại và khả năng xử trí kịp thời.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm nổi bật của nhóm bệnh nhân gồm: tuổi trung bình khoảng 32 tuổi, phần lớn có từ 2–3 lần sảy thai, 72,4% dưới 35 tuổi, tỉ lệ điều trị thành công 92,4%.

2. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ sảy thai liên tiếp bao gồm: bất thường tử cung (đặc biệt là vách ngăn tử cung), rối loạn nội tiết (suy giáp cận lâm sàng, PCOS), chỉ số BMI cao.

3. Tỷ lệ mang thai nhờ hỗ trợ sinh sản tương đối cao (20,9%) cho thấy vai trò quan trọng của can thiệp y học hiện đại trong cải thiện kết cục thai kỳ cho nhóm RPL.

4. Có đến 52,38% trường hợp không xác định được nguyên nhân, đặt ra yêu cầu phải tiếp tục nghiên cứu chuyên sâu hơn về các cơ chế bệnh sinh chưa rõ ràng, bao gồm yếu tố di

truyền phức tạp, miễn dịch nội tại tử cung và phản ứng màng rụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American College of Obstetricians and Gynecologists.** (2020). Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss.
2. **Jurkovic D, Overton C, Bender-Atik R.** (2013). Diagnosis and management of first trimester miscarriage. *BMJ*, 346:f3676.
3. **ESHRE Early Pregnancy Guideline Development Group.** (2022). Recurrent Pregnancy Loss Guideline.
4. **Ford HB, Schust DJ.** (2009). Recurrent pregnancy loss: etiology, diagnosis, and therapy. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 2(2), 76–83.
5. **Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (ASRM).** (2012). Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 98(5), 1103–1111.
6. **Taylor E, Gomel V.** (2008). The uterus and fertility. *Fertility and Sterility*, 89(1), 1–16.
7. **Bashiri A, Halper KI, Orvieto R.** (2018). Recurrent pregnancy loss—update and new therapeutic approach. *Human Reproduction Update*, 24(6), 1–16.
8. **Saravelos SH, Li TC.** (2012). Unexplained recurrent miscarriage: how can we explain it?. *Human Reproduction*, 27(7), 1882–1886.

BIẾN CHỨNG GIÃN NÃO THẮT Ở BỆNH NHÂN LAO MÀNG NÃO ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG

Thân Mạnh Hùng^{1,2}, Nguyễn Trung Cấp¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Giãn não thắt là một trong những biến chứng thần kinh phổ biến và nghiêm trọng nhất của lao màng não (TBM), đóng vai trò quan trọng trong việc xác định tiên lượng và kết cục của bệnh nhân. Mô tả biến chứng giãn não thắt và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân lao màng não điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung Ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả trên các bệnh nhân được chẩn đoán lao màng não được chụp CLVT/MRI tại Bệnh viện Nhiệt đới Trung Ương từ tháng 03/2022 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ giãn não thắt ở bệnh nhân lao màng não là 31,1%. Triệu chứng hôn mê gặp ở nhóm giãn não thắt cao hơn nhóm không giãn não thắt (64,3% so với 16,1%, $p = 0,001$). Dịch não tủy màu ánh vàng, lượng Protein cao ở nhóm giãn não thắt cao hơn so với nhóm không giãn não thắt lần lượt

là 38,5% so với 16,1%, ($p = 0,048$) và 2,04 so với 1,37, ($p < 0,048$). Dịch não tủy màu ánh vàng là yếu tố tiên lượng giãn não thắt ở bệnh nhân lao màng não ($OR = 3,9$, $p = 0,048$). **Kết luận:** Màu sắc ánh vàng và lượng protein trong dịch não tủy có ý nghĩa tiên lượng ở bệnh nhân lao màng não

Từ khóa: Lao màng não, giãn não thắt.

SUMMARY

HYDROCEPHALUS COMPLICATION IN TUBERCULOUS MENINGITIS PATIENTS TREATED AT THE NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

Objectives: Hydrocephalus is one of the most common and severe neurological complications of tuberculous meningitis (TBM), playing a crucial role in determining patient prognosis and outcome. To describe hydrocephalus complications and associated risk factors in TBM patients treated at the National Hospital for Tropical Diseases. **Methods:** A retrospective study was conducted to analyze the incidence of complications and risk factors for hydrocephalus in TBM patients. **Results:** The incidence of hydrocephalus in tuberculous meningitis patients was 31.1%. Coma was observed significantly more frequently in the hydrocephalus group compared

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thân Mạnh Hùng

Email: hungkykhoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.7.2025

Ngày duyệt bài: 18.8.2025