

Hiệu quả của Nifedipine trong điều trị dọa sinh non

Phạm Chí Kông*, Huỳnh Kim Quang

Bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của Nifedipin trong điều trị thai phụ bị dọa sinh non có tuổi thai từ 22 - 36 tuần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 51 thai phụ được chẩn đoán là dọa sinh non tại Khoa Sản Bệnh lý - Bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng từ tháng 03/2022 đến 09/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của thai phụ là $27,34 \pm 6,37$ tuổi. Tuổi thai trung bình là $30,15 \pm 2,61$ tuần. Tỷ lệ cắt được cơn go tử cung là 82,4 %. Tỷ lệ thai kỳ kéo dài tuổi thai ≥ 48 giờ và trên một tuần lần lượt là 82,4% và 78,5%. Tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm có tần số cơn co tử cung < 3 (95,0%) cao hơn so với nhóm có tần số cơn co tử cung ≥ 3 (36,4%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ức chế cơn co tử cung của Nifedipine ở nhóm cổ tử cung đóng (89,6%) và mở 1 cm (63,6%) so với nhóm cổ tử cung mở 2 cm (28,6%) ($p < 0,05$). Nhức đầu là tác dụng không mong muốn chiếm tỷ lệ cao nhất: 11,7%. **Kết luận:** Nifedipine có hiệu quả cao và an toàn trong điều trị dọa sinh non. Tần số cơn go tử cung và độ xóa mở cổ tử cung liên quan đến hiệu quả cắt cơn go.

Từ khóa: cơn go tử cung, dọa sinh non, sinh non.

Efficacy of Nifedipine in the treatment of threatened preterm labor

Pham Chi Kong*, Huynh Kim Quang

Da Nang Hospital for Women and Children, Viet Nam

Abstract

Objectives: To evaluate the effectiveness of Nifedipine in the treatment of pregnant women with threatened preterm labor with a gestational age of 22 - 36 weeks. **Methods:** A cross-sectional descriptive study of 51 pregnant women diagnosed with threatened preterm labor at Da Nang Hospital for Women and Children from March 2022 to September 2023. **Results:** The average age of pregnant women was 27.34 ± 6.37 years. The average gestational age was 30.15 ± 2.61 weeks. The rate of inhibiting uterine contractions was 82.4%. The rate of pregnancies prolonged ≥ 48 hours and over one week in women diagnosed with TPL treated with Nifedipine was 82.4% and 78.5%, respectively. The treatment success rate in the group with uterine contraction frequency < 3 (95.0%) was higher than that in the group with uterine contraction frequency ≥ 3 (36.4%). The difference was statistically significant ($p < 0.0001$). There was a statistically significant difference in the rate of inhibition of uterine contractions by Nifedipine in the closed cervix group (89.6%) and 1 cm dilated cervix group (63.6%) compared to the 2cm dilated cervix group (28.6%) ($p < 0.05$). Headache was the most common adverse effect: 11.7%. **Conclusion:** Nifedipine is highly effective and safe in the treatment of threatened preterm labor. The frequency of uterine contractions and the degree of cervical dilation are related to the effectiveness of inhibiting contractions.

Key words: uterine contractions, threatened premature birth, premature birth.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dọa sinh non là nguyên nhân nhập viện thường gặp nhất tại Mỹ, chiếm 50% các lý do nhập viện trong giai đoạn tiền sản [1]. Tỷ lệ dọa sinh non chiếm 10,2% các trường hợp sinh [2]. Khoảng 30% trường hợp dọa sinh non sẽ tiến triển đến giai đoạn chuyển dạ và sinh non [3].

Tuy nhiên, hơn 50% những sản phụ có tình trạng dọa sinh non vẫn có thể điều trị thành công và kết thúc thai kỳ đủ tháng nếu dự phòng và điều trị tốt [4].

Sinh non là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong ở trẻ sơ sinh, ước tính có khoảng 15 triệu trẻ sinh non mỗi năm. Việc kéo dài thai kỳ ở những trường hợp dọa sinh non có vai trò rất quan trọng, đặc biệt là trong giai đoạn rất sớm của thai kỳ, vì mỗi tuần thai nhi sống trong tử cung sẽ giúp cải thiện đáng kể các kết cục của thai kỳ [5]. 80% trẻ sinh ra ở tuần thứ 24 sẽ tử vong, trong khi 90% trẻ sinh ra trong tuần thứ 30 của thai kỳ sẽ sống sót. Tỷ lệ tử vong của trẻ sinh ra ở tuần thứ 22, 24 và 26 của thai

* Tác giả liên hệ: Phạm Chí Kông. Email: kongpc@danang.gov.vn

Ngày nhận bài: 20/08/2024; Ngày đồng ý đăng: 15/07/2025; Ngày xuất bản: 25/09/2025

DOI: 10.34071/jmp.2025.5.22

kỳ lần lượt là 54%, 21% và 2%, với tỷ lệ sống sót sau một năm không có bệnh cao hơn 0,02%, 14,1% và 45,9%. Điều này có nghĩa là việc kéo dài thai kỳ làm tăng khả năng sống sót của trẻ sơ sinh [6].

Sinh non là một thách thức đáng kể trong thực hành lâm sàng sản khoa, đòi hỏi các chiến lược hiệu quả để giảm bệnh suất và tử suất cho trẻ sơ sinh. Thuốc cắt cơn go, nhằm ức chế cơn go tử cung, là một khía cạnh quan trọng để giải quyết thách thức này. Nhiều loại thuốc giảm go đã được sử dụng như thuốc chủ vận β , thuốc chẹn kênh canxi, thuốc ức chế tổng hợp prostaglandin, magie sulfat ($MgSO_4$) và thuốc đối kháng thụ thể oxytocin. Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu sâu rộng trong nhiều năm, nhưng hiện nay vẫn chưa xác định được tác nhân nào gây cắt cơn go hiệu quả nhất và ít tác dụng phụ nhất [5, 7].

Thuốc chẹn kênh canxi là loại giãn cơ trơn không đặc hiệu, chủ yếu được sử dụng để điều trị tăng huyết áp và được dùng để cắt cơn go tử cung vào thập niên 1980. Nifedipine ức chế dòng canxi ngoại bào đi vào tế bào cơ tử cung. Nồng độ canxi nội bào giảm ngăn chặn sự hoạt hóa của kinase chuỗi nhẹ myosin và do đó có tác dụng cắt cơn go tử cung. Thử nghiệm ngẫu nhiên mù đôi có nhóm chứng của Songthamwat S cho thấy hiệu quả cắt cơn go của Nifedipin cao hơn so với nhóm chứng (77,6% so với 49,5%, $p < 0,001$) [3]. Mặc dù nifedipine được xem là lựa chọn đầu tiên trong điều trị dọa sinh non-sinh non, nhưng bằng chứng của các thử nghiệm lâm sàng hỗ trợ cho hiệu quả của nifedipine vẫn còn hạn chế [3, 5, 8]. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá hiệu quả của Nifedipin trong điều trị thai phụ bị dọa sinh non có tuổi thai từ 22 - 36 tuần.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm những bệnh nhân được chẩn đoán là dọa sinh non tại khoa Sản Bệnh lý - Bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng từ tháng 03/2022 đến 09/2023.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Đơn thai sống, thai bình thường, tuổi thai từ 22 tuần-36 tuần, được chẩn đoán dọa sinh non: Cơn co tử cung đều đặn, từ 1 - 2 cơn co trong 10 phút và có thể kèm theo một hoặc nhiều dấu chứng sau: có sự xóa, mở cổ tử cung, ra máu âm đạo ít hoặc ra nhầy hồng âm đạo [9].

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Đa thai.
- Các bất thường về thai và phần phụ của thai: Thai bệnh lý, đa ối, thiếu ối, rau tiền đạo, ối vỡ non hoặc ối vỡ sớm.
- CTC mở > 3 cm
- Bất thường về tử cung và cổ tử cung: u xơ tử cung, Polyp cổ tử cung, tử cung dị dạng.
- Tiền sử có phẫu thuật các khối u ở tử cung và cổ tử cung.
- Các trường hợp chống chỉ định của thuốc: huyết áp thấp $< 90/50$ mmHg, bệnh tim (Thiếu máu cơ tim, suy thất trái), rối loạn chức năng gan, thận, đang dùng thuốc hạ huyết áp khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Các bước tiến hành

Chọn vào mẫu nghiên cứu các bệnh nhân được chẩn đoán dọa sinh non theo tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Bước 1: Hỏi tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng (ghi nhận các triệu chứng cơ năng như đau bụng, ra máu âm đạo và các triệu chứng thực thể như tần số cơn go tử cung, xóa mở CTC), cận lâm sàng (biểu đồ theo dõi tim thai cơn go tử cung trong 30 phút, siêu âm)

Bước 2: điều trị dọa sinh non bằng Nifedipine (20mg ngâm dưới lưỡi trong 20 phút, tối đa 03 liều. Sau khi cắt cơn go duy trì Nifedipin chậm 20 mg, uống 4 - 6 giờ/lần trong 24 - 48 giờ. Không dùng thuốc khi huyết áp $< 90/50$ mmHg) [10].

Bước 3: Ghi nhận diễn tiến quá trình điều trị

- Tiêu chuẩn đánh giá thành công và thất bại [11]

Thành công:

- + Cắt hoặc giảm cơn go tử cung, tim thai tốt
- + Kéo dài tuổi thai trên 48 giờ

Thất bại:

- + Cơn go tử cung không giảm hoặc tăng
- + Có tác dụng phụ mà bệnh nhân không chịu đựng được
- + Phải chuyển sang phác đồ khác hoặc cuộc đẻ diễn ra trong vòng 48 giờ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 03/2022 đến 09/2023, có 51 trường hợp dọa sinh non đáp ứng tiêu chuẩn chọn và loại trừ được đưa vào mẫu nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi (năm)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
≤ 19	4	7,8
20 - 29	30	58,8
30 - 39	14	27,5
≥ 40	3	5,9
Tổng	51	100
Số con		
Chưa có con	26	51,0
1 con	16	31,4
≥ 2 con	9	17,6
Tổng	51	100
Tiền sử sinh non	n	Tỉ lệ %
Có	8	15,7
Không	43	84,3
Tổng	51	100

Nhóm sản phụ có độ tuổi từ 20 - 29 chiếm tỷ lệ cao nhất là 58,0%. Tuổi trung bình của thai phụ là $27,34 \pm 6,37$ tuổi. Tỷ lệ sản phụ con so chiếm cao nhất: 51%. Sản phụ có tiền sử sinh non chiếm 15,7%.

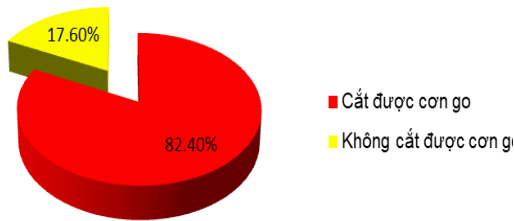
3.2. Đặc điểm lâm sàng của dọa sinh non

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của dọa sinh non

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tuổi thai khi nhập viện		
22 - 28	6	11,8
29 - 31	16	31,4
32 - < 37	29	56,9
Tổng	51	100
Triệu chứng cơ năng	n	Tỉ lệ (%)
Đau bụng	23	45,1
Ra máu	11	21,6
Đau bụng và ra máu	17	33,3
Tổng	51	100
Tần số CCTC		
< 3	40	78,4
≥ 3	11	21,6
Tổng	51	100
Độ mở CTC		
Đóng	29	56,9
1	15	43,1
2	07	
Tổng	51	100

Đau bụng là triệu chứng cơ năng chiếm tỉ lệ cao nhất: 45,1%. Đa số bệnh nhân có số cơn go tử cung lúc vào viện < 3 cơn/10 phút: 78,4%. Đa số trường hợp dọa sinh non có tuổi thai > 28 tuần: 88,3%. Tuổi thai trung bình là $30,15 \pm 2,61$ tuần.

3.3. Hiệu quả của Nifedipin trên cơn go tử cung



Hình 1. Hiệu quả của Nifedipin trên cơn go tử cung

Tỷ lệ cắt được cơn go tử cung là 82,4 %. 9 trường hợp không cắt được cơn go chiếm 17,6%.

3.4. Thời gian kéo dài tuổi thai

Bảng 3. Thời gian kéo dài tuổi thai

Thời gian (ngày)	n	%
< 2	9	17,6
2 - 7	2	3,9
> 7	40	78,5
Tổng	51	100,0

Thời gian kéo dài tuổi thai ≥ 48 giờ và trên một tuần chiếm tỷ lệ lần lượt là 82,4% và 78,5%.

3.5. Liên quan giữa hiệu quả của Nifedipin với tần số cơn co tử cung

Bảng 4. Liên quan giữa hiệu quả của Nifedipin với tần số cơn co tử cung

Tần số CCTC	Hiệu quả	Thành công	Thất bại	Tổng	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
< 3		38 (95,0)	2 (5,0)	40 (100,0)	<0,001
≥ 3		4 (36,4)	7 (63,6)	11 (100,0)	

Tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm có tần số CCTC < 3 (95,0%) cao hơn so với nhóm có tần số CCTC ≥ 3 (36,4%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,0001).

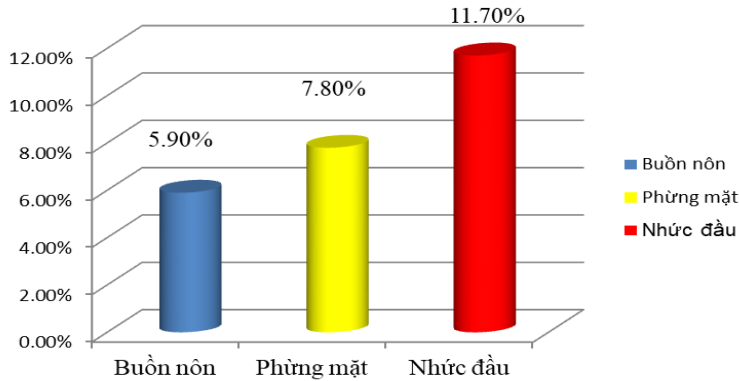
3.6. Liên quan giữa hiệu quả của Nifedipin với độ mở cổ tử cung

Bảng 5. Liên quan giữa hiệu quả của Nifedipin với độ mở cổ tử cung

Độ mở CTC	Hiệu quả	Thành công	Thất bại	Tổng	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Đóng		26 (89,6)	3 (10,4)	29 (100)	0,0003
1		14 (63,6)	1 (26,4)	15 (100)	
2		2 (28,6)	5 (71,4)	07 (100,)	

Tỷ lệ ức chế CCTC của Nifedipine ở nhóm CTC đóng (89,6%) và mở 1 cm (63,6%) cao hơn so với nhóm CTC mở 2 cm (28,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,0003).

3.7. Các tác dụng không mong muốn của thuốc



Hình 2. Các tác dụng không mong muốn

Có 11 trường hợp bị tác dụng không mong muốn, chiếm 25,4%, trong đó buồn nôn chiếm 5,9%, phờng mặt chiếm 7,8% và nhức đầu chiếm 11,7%. Không ghi nhận các tác dụng không mong muốn của Nifedipine đến huyết áp của mẹ và tim thai.

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của mẫu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, dọa sinh non thường gặp ở nhóm tuổi trẻ (dưới 30 tuổi, chiếm 66,6%. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Hồ Thuyền và cs [8], Ragunath và cs [12] tại Ấn Độ, Klauser và cs [13] tại Iran, Ashraf B [14] tại Pakistan.

Tuổi thai trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $30,15 \pm 2,61$ tuần. Tuổi thai trung bình trong nghiên cứu của Ashraf B [14], Dương Công Bằng và cs [15], Roos C và cs [16] lần lượt là $31,7 \pm 2,84$ tuần, $29,2 \pm 1,7$ tuần và $32,01 \pm 1,92$ tuần. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi thai từ 32 - 36 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất 56,9%, tuổi thai từ 29 - 31 tuần và 22 - 28 tuần lần lượt là 31,4% và 11,8%.

Hiệu quả của thuốc trên cơ sở tử cung

Tỉ lệ thành công kéo dài thai kỳ ≥ 48 h trong nghiên cứu của chúng tôi là 82,4%. Tỉ lệ này cũng tương đương với nghiên cứu của Bùi Đăng Minh Trí và cs: 80,5% [11], Dương Công Bằng và cs: 80,3% [12], Habib S và cs: 73,3% [17]. Tỉ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Spring Walsh B và cs: 58,9% [18] nhưng thấp hơn nghiên cứu của Gowda VBT và cs: 96% [8], và Hồ Thuyền và cs: 89,5% [9]. Sự khác nhau về tỉ lệ thành công giữa các nghiên cứu do sự khác nhau về đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu liên quan đến tỉ lệ thành công như tần suất CCTC, độ xóa/mở CTC.

Thời gian kéo dài tuổi thai trên 1 tuần trong nghiên cứu của chúng tôi là 78,5%. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Hồ Thuyền và cs: 82,5% [9], Maher và cs [19]: 68,6%. Trong 30 năm qua, Nifedipine được khuyến cáo mạnh và sử dụng có hiệu quả trong việc ức chế go tử cung nhằm trì

hoãn việc chuyển dạ trong ít nhất 48 giờ, với mục đích có đủ thời gian để dùng corticosteroid, giảm tử suất và bệnh suất cho trẻ sinh non cũng như chuyển mẹ đến cơ sở y tế có điều kiện để chăm sóc trẻ sơ sinh tốt hơn sau khi sinh [19]. Ngoài ra, việc sử dụng nifedipine giúp làm giảm nguy cơ sinh non trong vòng 7 ngày kể từ khi bắt đầu điều trị và sinh trước 34 tuần thai. Điều này giúp cải thiện các kết cục lâm sàng quan trọng ở trẻ sơ sinh, ví dụ giảm bệnh suất liên quan đến hội chứng suy hô hấp, xuất huyết não thất, viêm ruột hoại tử và vàng da ở trẻ sơ sinh [14].

Sự hiểu biết về tính an toàn và hiệu quả của những loại thuốc giảm go có vai trò quan trọng nhằm tối ưu hóa hiệu quả điều trị với ít tác dụng phụ nhất. Có nhiều nghiên cứu đã được thực hiện để so sánh nifedipine với các thuốc giảm co tử cung khác (ritodrine, nitroglycerine và magnesium sulfate). Ritodrine hydrochloride là loại thuốc duy nhất được FDA chấp thuận để điều trị chuyển dạ sinh non. Một số nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt đáng kể giữa hai loại thuốc về hiệu quả. Ngược lại, một số nghiên cứu cho thấy nifedipine có hiệu quả hơn ritodrine. Khi so sánh giữa nifedipine với nitroglycerine hoặc magnesium sulfate, kết quả cũng còn trái ngược nhau. Một phân tích gộp gần đây (2024) của Zamani M. và cs nhằm so sánh hiệu quả của nifedipine với ritodrine, nitroglycerine và magnesi sulfat trong điều trị chuyển dạ sinh non cho thấy nifedipine có hiệu quả hơn magnesium sulfate trong việc trì hoãn chuyển dạ sinh non trong vòng 48 giờ. Tuy nhiên, Nifedipine có hiệu quả tương đương trong việc trì hoãn sinh non so với các thuốc giảm co thất khác, bao gồm nitroglycerin và ritodrine trong 48h đầu tiên. Mặt khác, hiệu quả của nifedipine

không khác biệt so với các thuốc giảm co khác trong việc trì hoãn chuyển dạ trong khoảng thời gian từ 48 giờ đến một tuần. Ngoài ra, hiệu quả của nifedipine trong việc phòng ngừa sinh non lâu dài trong hơn một tuần và hơn 34 tuần cao hơn ritodrine nhưng bằng magnesium sulfate và nitroglycerin. Các tác giả cho rằng phân tích gộp của họ còn nhiều hạn chế, vì vậy, cần có nhiều nghiên cứu hơn nữa để xác định hiệu quả của các loại thuốc giảm co trong điều trị dọa sinh non [20].

Hiệu quả của thuốc theo tần số cơn co tử cung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm có tần số CCTC < 3 (95,0%) cao hơn so với nhóm có tần số CCTC ≥ 3 (36,4%) ($p < 0,001$). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Hồ Thuyền và cs: tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm có tần số CCTC < 3 (100,0%) cao hơn so với nhóm có tần số CCTC ≥ 3 (71,4%) ($p = 0,003$) [9], nghiên cứu của Bùi Đăng Minh Trí và cs: tỷ lệ thành công ở nhóm có tần số CCTC < 3 cao hơn so với nhóm có tần số CCTC ≥ 3 (90,4% so với 9,6%, $p < 0,001$) [11].

Tần số cơn co càng dày thì hiệu quả cắt cơn co càng thấp, thời gian cắt được cơn co càng dài, thời gian điều trị càng cao. Điều này có thể giải thích như sau: với các trường hợp có tần số cơn co ít, hay gặp ở những sản phụ đến sớm hoặc tác nhân kích thích cơn tử cung còn ở mức độ vừa phải, cơn co tử cung còn thưa và nhẹ nên khi dùng thuốc ức chế cơn co thì có tác dụng nhanh. Đối với các trường hợp có tần số cơn co tử cung lớn, cơn tử cung đã bị co giãn nhiều nên thời gian để cắt cơn co cũng dài hơn, khả năng cắt được cơn co cũng thấp hơn [9].

Hiệu quả của thuốc theo độ mở cổ tử cung

Độ xóa mở CTC cũng là một trong những yếu tố liên quan đến sự thành công của việc ức chế cơn co. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ ức chế CCTC của Nifedipine ở nhóm CTC đóng (89,6%) và mở 1cm

(63,6%) cao hơn so với nhóm CTC mở 2 cm (28,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,0003$). Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự kết quả của Hồ Thuyền và cs: tỷ lệ thành công ở nhóm có CTC mở < 2 cm cao hơn so với nhóm có CTC mở ≥ 2 cm (90,9% so với 50,0%, $p < 0,05$) [9]. Nghiên cứu của Huỳnh Thị Mỹ Liên cho thấy khả năng thất bại tăng lên 6 lần khi CTC xóa trên 80% và tăng lên 26 lần khi CTC mở thêm 1 cm [21].

Các tác dụng không mong muốn

Các nghiên cứu cho thấy nifedipine ít gây tác dụng phụ lên mẹ và thai hơn so với các loại thuốc cắt cơn co khác. Tổng quan trên thư viện Cochrane của Flenady V và cs cho thấy nifedipine ít có tác dụng phụ hơn so với các thuốc chủ vận β -adrenergic (Nguy cơ tương đối trung bình 0,36, KTC 95% 0,24 - 0,53) và MgSO₄ (Nguy cơ tương đối trung bình 0,52, KTC 95% 0,40 - 0,68) [22]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tác dụng không mong muốn gặp nhiều nhất là nhức đầu, kể đến là phù nề mắt do tác động giãn mạch của thuốc. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào hạ huyết áp ở mẹ và biến đổi tim thai trên CTG. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Gowda VBT và cs [8].

Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu

Điểm mạnh của nghiên cứu là được thực hiện tại bệnh viện chuyên ngành Phụ Sản có quy mô lớn, uy tín, phác đồ điều trị chuẩn vì vậy các số liệu và kết quả nghiên cứu đáng tin cậy. Hạn chế của nghiên cứu là cỡ mẫu tương đối nhỏ, không theo dõi lâu dài để ghi nhận các kết cục lúc sinh và kết cục trẻ sơ sinh.

5. KẾT LUẬN

Nifedipine có hiệu quả cao và an toàn trong điều trị dọa sinh non. Tần số cơn co tử cung và độ xóa mở cổ tử cung liên quan đến hiệu quả cắt cơn co.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Waks AB, Martinez-King LC, Santiago G, Laurent LC, Jacobs MB. Developing a risk profile for spontaneous preterm birth and short interval to delivery among patients with threatened preterm labor. Am J Obstet Gynecol MFM. 2022 Nov;4(6):100727.
2. Crowther CA, Brown J, McKinlay CJD, Middleton P. Magnesium sulphate for preventing preterm birth in threatened preterm labour. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Aug 15;2014(8):CD001060.
3. Songthamwat S, Na Nan C, Songthamwat M. Effectiveness of nifedipine in threatened preterm labor: a randomized trial. Int J Womens Health. 2018 Jun 15;10:317-23.
4. Lê Lam Hương, Trương Thị Linh Giang, Võ Hoàng Lâm, Ngô Thị Minh Thảo, Đặng Văn Tân, Nguyễn Minh Thắng. Khảo sát một số yếu tố nguy cơ dọa sinh non. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế. 2020; 5(10): 18-23.
5. Arman BM, Binder NK, de Alwis N, Nguyen HP, Vollenhoven B, Tong S, et al. Assessment of the tocolytic nifedipine in preclinical primary models of preterm birth. Sci Rep. 2023;13:5646.

6. Salazar-Castelblanco L, Restrepo-Jiménez P, Lasalvia P, Hernández-Tarapués F, Castañeda-Cardona C, Rosselli D. Efficacy and safety of atosiban in pregnant women diagnosed with threatened preterm labor: a systematic review of the literature with network meta-analysis. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2018;69(4):270-302.
7. van Winden T, Roos C, Mol BW, Pajkrt E, Oudijk MA. A historical narrative review through the field of tocolysis in threatened preterm birth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2024 Apr 29;22:100313.
8. Gowda VBT, Kalidoss M. Efficacy of oral nifedipine as a tocolytic agent. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2021;10:3450-4.
9. Hồ Thuyên, Nguyễn Vũ Quốc Huy. Hiệu quả của hai phác đồ Magnesium Sulphate và Nifedipine trong điều trị dọa sinh non. *Tạp Chí Phụ Sản*. 2012;10(3);p.90-100.
10. Bộ Y tế. Dọa đẻ non và đẻ non. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Nhà xuất bản Y học. 2015;tr.270-273.
11. Bùi Đăng Minh Trí, Bùi Đăng Lan Hương, Nguyễn Việt Thành. Hiệu quả cắt cơn gò tử cung và tác dụng không mong muốn của Nifedipine trong điều trị dọa sinh non. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2023, 64(5): 19-26.
12. Ragunath MP, Sasmal D, Dhanaraj M. A study of nifedipine in the treatment of preterm labor of South Indian origin. *Int J Pharm Res Scholar*. 2012;1:34-8.
13. Klauser CK, Briery CM, Martin RW, Langston L, Magann EF, Morrison JC. A comparison of three tocolytics for preterm labor: a randomized clinical trial. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2014;27:801-6.
14. Ashraf B. Efficacy and safety of oral nifedipine with or without vaginal progesterone in the management of threatened preterm labor. *Int J Reprod Biomed (Yazd)*. 2019 Sep;17(9):629-36.
15. Dương Công Bằng, Trần Thị Liên Hương, Lê Quang Thanh, Vương Thị Ngọc Lan. Hiệu quả cắt cơn gò tử cung của Nifedipine trong điều trị dọa sinh non tại Bệnh viện Từ Dũ. *Y Học TP. Hồ Chí Minh*. 2021; 25(1): 132-136.
16. Roos C, Spaanderman MEA, Schuit E, Bloemenkamp K, Bolte AC, Cornette J, et al. Effect of maintenance tocolysis with nifedipine in threatened preterm labor on perinatal outcomes: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2013;309(1):41-7.
17. Habib S, Sadruddin S, Younus S. Study to determine the efficacy of nifedipine in inhibiting preterm labor. *Pak J Med Health Sci*. 2020;14(4):1380-5.
18. Walsh BS, Gardiner FW, Bloxsome D, Ford D, Mills BW, Laws SM. A cohort comparison study on women in threatened preterm labor given nifedipine or nifedipine and salbutamol tocolysis in air medical retrieval. *Air Med J*. 2022 May-Jun;41(3):298-302.
19. Maher MA, Sayyed TM, El-Khadry SW. Nifedipine alone or combined with sildenafil citrate for management of threatened preterm labour: a randomised trial. *BJOG*. 2019 May;126(6):729-35.
20. Zamani M, Alimi R, Arabi SM, Hosseini F, Aghaei A, Salehi E, et al. Comparison of the efficacy of nifedipine with ritodrine, nitroglycerine and magnesium sulfate for the management of preterm labor: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24:318.
21. Huỳnh Thị Mỹ Liên, Phạm Thành Đức, Nguyễn Ngọc Thoa. Hiệu năng của Nifedipine trong điều trị dọa sinh non, *Tạp Chí Phụ Sản*. 2001; tr. 5 – 10.
22. Flenady V, Wojcieszek AM, Papatsonis DN, Stock OM, Murray L, Jardine LA, Carbonne B. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jun 5;2014(6):CD002255.