

OLIGOHYDRAMNIOS: ASSOCIATED FACTORS AND PREGNANCY OUTCOMES AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2024

Do Tuan Dat¹, Thanh Xuan Anh^{1*},
Phan Thi Huyen Thuong¹, Luong Hoang Thanh^{1,2}, Nguyen Xuan My³

¹Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital - 929 La Thanh, Lang Ward, Hanoi City, Vietnam

²University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi -

144 Xuan Thuy, Cau Giay Ward, Hanoi City, Vietnam

³Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital, 106 Cach Mang Thang Tam, Cai Khe Ward, Can Tho City, Viet Nam

Received: 23/10/2025

Revised: 15/11/2025; Accepted: 08/01/2026

ABSTRACT

Objective: To comments factors associated with the degree of oligohydramnios and pregnancy outcomes among affected women.

Subjects and methods: A retrospective descriptive study was conducted on 142 pregnant women diagnosed with oligohydramnios at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital.

Results: Mild oligohydramnios accounted for the highest proportion (44.37%). Factors significantly associated with the degree of oligohydramnios included maternal age ($p = 0.049$), gestational age ($p = 0.000$), and fetal risk factors ($p = 0.000$). Severe oligohydramnios was more common in women aged 25-29 years (40.74%), with gestational age < 28 weeks (59.3%), and in fetuses with combined abnormalities (55.56%). The most frequent structural abnormalities were gastrointestinal (17.61%) and cardiovascular (15.49%) malformations. In the group with anhydramnios, the rates of pregnancy termination and intrauterine fetal death were significantly higher (14.81%), with a statistically significant difference ($p = 0.010$).

Conclusion: Mild oligohydramnios accounted for the highest proportion. Maternal age, gestational age, and certain maternal and fetal conditions that increase pregnancy risk were significantly associated with the severity of oligohydramnios. The most common fetal structural abnormalities were observed in the gastrointestinal and cardiovascular systems. The more severe the oligohydramnios, the higher the likelihood of adverse pregnancy outcomes.

Keywords: Oligohydramnios, associated factors, pregnancy outcomes.

*Corresponding author

Email: xuanh87@gmail.com Phone: (+84) 977985978 DOI: 10.52163/yhc.v67i1.4157

MỨC ĐỘ THIỂU ỒI: CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ KẾT CỤC THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2024

Đỗ Tuấn Đạt¹, Thành Xuân Anh^{1*},
Phan Thị Huyền Thương¹, Lương Hoàng Thành^{1,2}, Nguyễn Xuân Mỹ³

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội - 929 La Thành, P. Láng, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, P. Cầu Giấy, Tp. Hà Nội, Việt Nam.

³Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ - 106 Cách Mạng Tháng Tám, P. Cái Khế, Tp. Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận: 23/10/2025

Ngày sửa: 15/11/2025; Ngày đăng: 08/01/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố liên quan đến mức độ thiếu ối của sản phụ và kết cục thai kỳ của các trường hợp trên.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu được thực hiện trên 142 thai phụ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

Kết quả: Thiếu ối mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (44,37%). Các yếu tố có liên quan đến mức độ thiếu ối bao gồm: tuổi thai phụ, tuổi thai và nguy cơ về phía thai nhi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thiếu ối nặng gặp nhiều ở nhóm thai phụ 25-29 tuổi (40,74%), tuổi thai dưới 28 tuần (59,3%) và các thai có bất thường phối hợp (55,56%). Bất thường hình thái thai nhi thường gặp nhất ở hệ tiêu hóa (17,61%) và tim mạch (15,49%). Ở nhóm hết ối, tỷ lệ đình chỉ thai nghén và thai chết lưu đều cao hơn đáng kể (14,81%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,010$).

Kết luận: Thiếu ối mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất. Tuổi thai phụ, tuổi thai và tình trạng thai nhi là các yếu tố có liên quan đáng kể đến mức độ thiếu ối. Bất thường hình thái thai nhi thường gặp nhất ở hệ tiêu hóa và tim mạch. Mức độ thiếu ối càng nặng, nguy cơ kết cục thai kỳ bất lợi càng cao.

Từ khóa: Thiếu ối, yếu tố liên quan, kết cục thai kỳ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nước ối là một thành phần quan trọng của phần phụ thai, đảm bảo chức năng dinh dưỡng, bảo vệ và che chở phôi thai, nên mọi bất thường về thể tích nước ối đều liên quan đến kết cục thai nghén [1]. Thiếu ối là bất thường thường gặp, được chứng minh liên quan đến thai chậm phát triển trong tử cung và tăng nguy cơ mổ lấy thai, điểm Apgar thấp cũng như tử vong sơ sinh [2]. Tỷ lệ thiếu ối trên thể giới dao động từ 0,4-19% tùy nghiên cứu [3]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Phạm Minh Giang (2014) [2] và Phạm Thị Thu Hồng (2018) [4] cũng chỉ ra thiếu ối làm tăng nguy cơ sinh non và mổ lấy thai. Do đó, việc khảo sát các yếu tố liên quan và đánh giá kết cục thai kỳ ở thai phụ thiếu ối tại các cơ sở sản khoa là cần thiết để hướng dẫn quản lý thai kỳ an toàn và hiệu quả.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

142 hồ sơ bệnh án các thai phụ kết thúc thai kỳ tại Bệnh

viện Phụ Sản Hà Nội thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: tuổi thai từ 22 tuần trở lên (tính theo ngày kinh cuối cùng nếu nhớ rõ hoặc theo dự kiến sinh xác định bởi siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ); có một thai; siêu âm có chỉ số nước ối ≤ 50 mm tại thời điểm nhập viện.

- Tiêu chuẩn loại trừ: thiếu ối do rỉ ối, vỡ ối; hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu.

- Thời gian nghiên cứu: từ ngày 1/1/2024 đến 31/12/2024.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

- Cỡ mẫu: toàn bộ.

- Nội dung nghiên cứu: tuổi thai phụ, tuổi thai, kết quả chỉ số ối, phân loại chỉ số ối. Các yếu tố bệnh lý của thai phụ

*Tác giả liên hệ

Email: xuanh87@gmail.com Điện thoại: (+84) 977985978 DOI: 10.52163/yhc.v67i1.4157

(tăng huyết áp, đái tháo đường...), các bệnh lý của thai (thai dị tật, thai chậm phát triển...), các dị tật của thai (dị tật hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa...). Kết cục thai kỳ (đình chỉ thai, kết thúc thai kỳ hay thai lưu).

Phân độ thiếu ối căn cứ vào chỉ số nước ối (amniotic fluid index - AFI) được chia thành các mức độ như sau: hết ối (AFI $\leq$ 20 mm), thiếu ối mức độ vừa (20 mm < AFI $\leq$ 40 mm), thiếu ối mức độ nhẹ (40 mm < AFI $\leq$ 50 mm).

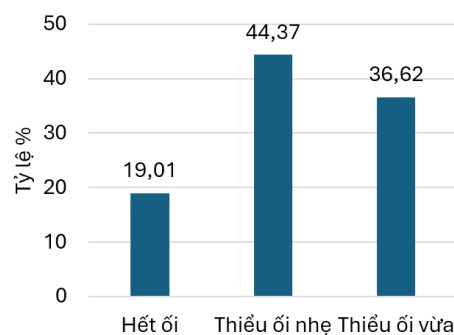
- Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: dữ liệu thu thập qua bệnh án điện tử, xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được mô tả bằng tần số, tỷ lệ phần trăm và kiểm định mối liên hệ bằng Chi-square.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành hồi cứu trên bệnh án, không can thiệp đến quá trình điều trị của bệnh nhân. Các dữ liệu cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng trong mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá mức độ thiếu ối của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân loại mức độ thiếu ối trên siêu âm (n = 142)

Thai phụ bị thiếu ối mức độ nhẹ trên siêu âm chiếm tỷ lệ cao nhất (44,37%). 19,01% thai phụ được chẩn đoán là hết ối.

3.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến mức độ thiếu ối

Bảng 1. Nhận xét ảnh hưởng của một số yếu tố đến mức độ thiếu ối

Yếu tố		Mức độ thiếu ối			Tổng (n = 142)	p
		Nhẹ (n = 63)	Vừa (n = 52)	Hết ối (n = 27)		
Tuổi thai phụ	< 25 tuổi	11 (17,45%)	9 (17,31%)	3 (11,11%)	23 (16,20%)	0,049
	25-29 tuổi	18 (28,57%)	14 (26,92%)	11 (40,74%)	43 (30,30%)	
	30-35 tuổi	25 (39,69%)	21 (40,39%)	9 (33,33%)	55 (38,70%)	
	> 35 tuổi	9 (14,29%)	8 (15,38%)	4 (14,82%)	21 (14,80%)	
Phương pháp thụ thai	Tự nhiên	54 (85,71%)	47 (90,39%)	26 (96,30%)	127 (89,40%)	0,314
	Hỗ trợ sinh sản	9 (14,29%)	5 (9,62%)	1 (3,7%)	15 (10,60%)	
Tuổi thai	< 28 tuần	15 (23,80%)	4 (7,70%)	16 (59,30%)	35 (24,65%)	0,000
	28-37 tuần	13 (20,60%)	11 (21,20%)	2 (7,40%)	26 (18,31%)	
	37-40 tuần	32 (50,80%)	35 (67,30%)	9 (33,30%)	76 (53,52%)	
	> 40 tuần	3 (4,8%)	2 (3,80%)	0	5 (3,52%)	
Tiền sử sản khoa	Con so	39 (61,90%)	27 (51,90%)	15 (55,60%)	81 (57,0%)	0,555
	Con rạ	24 (38,10%)	25 (48,10%)	12 (44,40%)	61 (43,0%)	
Bệnh lý của thai phụ	Tiền sản giật	3 (17,65%)	5 (20,00%)	1 (5,56%)	9 (15,00%)	0,510
	Tiểu đường thai kỳ	8 (47,06%)	8 (32,00%)	5 (27,78%)	21 (35,00%)	
	Tăng huyết áp	0	2 (8,00%)	1 (5,56%)	3 (5,00%)	
	Khác	6 (35,29%)	10 (40,00%)	11 (61,11%)	27 (45,00%)	
Nguy cơ phía thai nhi	Bình thường	32 (50,79%)	38 (73,07%)	10 (37,04%)	80 (56,34%)	0,000
	Thai chậm phát triển trong tử cung	12 (19,05%)	7 (13,46%)	1 (3,70%)	20 (14,08%)	
	Thai bất thường	3 (4,76%)	2 (3,85%)	1 (3,70%)	6 (4,23%)	
	Thai quá ngày sinh	3 (4,76%)	2 (3,85%)	0	5 (3,52%)	
	Phối hợp	13 (20,64%)	3 (5,77%)	15 (55,56%)	31 (21,83%)	

Tỷ lệ thiếu ối nhẹ và vừa chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm thai phụ 30-35 tuổi (lần lượt 39,69% và 40,39%), tỷ lệ hết ối cao nhất ở nhóm 25-29 tuổi (40,74%), sau đó là nhóm 30-35 tuổi (33,33%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,049$). Tỷ lệ hết ối tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi thai dưới 28 tuần (59,30%), không ghi nhận trường hợp nào ở tuổi thai trên 40 tuần. Tỷ lệ thiếu ối nhẹ và vừa gặp nhiều nhất ở nhóm thai 37-40 tuần (lần lượt 50,80% và 67,3%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ thai bình thường gặp chủ yếu ở nhóm thiếu ối nhẹ và vừa (lần lượt 50,79% và 73,07%), trong khi tỷ lệ thiếu ối nặng (hết ối) chỉ chiếm 37,04%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ thiếu ối với phương pháp thụ thai, tiền sử sản khoa và bệnh lý của thai phụ ($p > 0,05$).

3.3. Một số bất thường ở thai nhi của những trường hợp thiếu ối

Bảng 2. Bất thường thai quan sát được ở các trường hợp thiếu ối ($n = 142$)

Tên bất thường	n	%
Bất thường hệ tiết niệu	7	4,93
Bất thường hệ tim mạch	22	15,49
Bất thường hệ thần kinh	5	3,52
Bất thường hệ tiêu hóa	25	17,61
Bất thường hệ cơ xương khớp	0	0
Bất thường nhiễm sắc thể	2	1,41
Bất thường khác	10	7,04

Trong các bất thường hình thái thai nhi quan sát được, bất thường hay gặp nhất là ở hệ tiêu hóa với 25 trường hợp chiếm 17,61%. Các dị tật khác quan sát được chiếm 7,04%

3.4. Kết cục thai kỳ của các thai phụ có tình trạng thiếu ối

Bảng 3. Kết cục thai kỳ trong từng nhóm mức độ thiếu ối

Kết cục thai kỳ			p
Mức độ thiếu ối			
Thiếu ối nhẹ (n = 63)	Thiếu ối vừa (n = 52)	Hết ối (n = 27)	
Kết thúc thai kỳ			0,010
56 (88,89%)	50 (96,15%)	19 (70,38%)	
Đình chỉ thai nghén			
5 (7,94%)	2 (3,85%)	4 (14,81%)	
Thai chết lưu			
2 (3,17%)	0	4 (14,81%)	

Ở nhóm thiếu ối nhẹ, phần lớn có chỉ định kết thúc thai kỳ (88,89%); ở nhóm hết ối, tỷ lệ kết thúc thai kỳ là 70,38%, tỷ lệ đình chỉ thai nghén và thai chết lưu đều là 14,81%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Trong 142 thai phụ được đưa vào nghiên cứu, thai phụ thiếu ối nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (44,37%), tiếp theo là thiếu ối mức độ vừa (36,62%) và hết ối chiếm 19,01%. Đa số các trường hợp thiếu ối nhập viện tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội có mức độ nhẹ đến vừa. So sánh với nghiên cứu của Sharon N.Z và cộng sự (2022) trên 610 trường hợp thai đủ tháng có thiếu ối, ghi nhận tỷ lệ thiếu ối nhẹ 33,1%, vừa 47% và nặng 19,8% [5]. Tỷ lệ thiếu ối nặng trong nghiên cứu này tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tuy nhiên tỷ lệ thiếu ối nhẹ của chúng tôi cao hơn, có thể do đối tượng nghiên cứu bao gồm cả các thai từ 22 tuần trở lên, trong khi nghiên cứu của Sharon N.Z và cộng sự chỉ khảo sát ở thai kỳ đủ tháng. So sánh với nghiên cứu trong nước, kết quả của chúng tôi cho kết quả giống với nghiên cứu của Trần Thị Hằng và cộng sự (2021) tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, trong đó tỷ lệ thai phụ hết ối là 17,5%, thiếu ối vừa là 31,2% và thiếu ối nhẹ chiếm 51,3% [6].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, mức độ thiếu ối có xu hướng liên quan đến tuổi của thai phụ. Cụ thể, thiếu ối nhẹ và vừa chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm thai phụ 30-35 tuổi (lần lượt 39,69% và 40,39%), tiếp theo là nhóm 25-29 tuổi (28,57% và 26,92%). Đáng chú ý, tỷ lệ thiếu ối nặng (hết ối) cao nhất ở nhóm 25-29 tuổi (40,74%), sau đó là nhóm 30-35 tuổi (33,33%), trong khi nhóm dưới 25 tuổi và trên 35 tuổi có tỷ lệ thấp hơn rõ rệt (11,11% và 14,82%). Như vậy, nhóm sản phụ từ 25-35 tuổi có xu hướng gặp thiếu ối, đặc biệt thiếu ối nặng, nhiều hơn so với các nhóm tuổi khác. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), cho thấy tuổi thai phụ là yếu tố liên quan đến mức độ thiếu ối trong nghiên cứu. Một số nghiên cứu quốc tế như của Sharon N.Z và cộng sự (2022), Twesigomwe R và cộng sự (2022) cho thấy xu hướng tương tự, trong đó nhóm sản phụ lớn tuổi có nguy cơ thiếu ối cao hơn do giảm chức năng bánh nhau và lưu lượng máu tử cung [3], [5].

Phương pháp thụ thai không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ thiếu ối ($p > 0,05$). Mặc dù nhóm hỗ trợ sinh sản có tỷ lệ thiếu ối nhẹ cao hơn (14,3%) thiếu ối vừa và hết ối, tuy nhiên khác biệt không đáng kể. Điều này có thể do các trường hợp hỗ trợ sinh sản thường được theo dõi sát và can thiệp sớm khi phát hiện bất thường về nước ối. Một số nghiên cứu trước đây cũng cho kết quả tương tự, như nghiên cứu của Trần Thị Hằng và cộng sự (2021) tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, cho thấy phương pháp thụ thai không ảnh hưởng đáng kể đến tình trạng thiếu ối sau khi đã kiểm soát yếu tố tuổi thai phụ và bệnh lý kèm theo [6].

Nghiên cứu 142 thai phụ, kết quả cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa tuổi thai và mức độ thiếu ối, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000$). Tỷ lệ thiếu ối nặng (hết ối) gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi thai dưới 28 tuần (59,3%), trong khi thiếu ối nhẹ và vừa lại chiếm ưu thế ở nhóm 37-40 tuần. Nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hồng (2018) tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang cũng cho thấy tỷ lệ thiếu ối tăng dần theo tuổi thai, đặc biệt ở nhóm thai đủ tháng và quá ngày sinh, nhưng chủ yếu là thiếu ối mức độ nhẹ. Tác

giải thích đây là hiện tượng cận ối sinh lý do giảm tiết nước tiểu thai và tái hấp thu ối qua màng ối khi thai gần trưởng thành [4]. Kết quả này khác biệt một phần so với nghiên cứu của Ghani N và cộng (2024) được thực hiện tại Pakistan, trong đó đối tượng chủ yếu là thai từ 28 tuần trở lên, với AFI ≤ 5 cm, và các tác giả ghi nhận tỷ lệ thiếu ối cao nhất ở thai kỳ muộn (≥ 37 tuần) [7]. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi tiêu chí lựa chọn mẫu khác nhau: nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả thai dưới 28 tuần, nên phát hiện được nhiều trường hợp thiếu ối sớm liên quan đến bất thường phát triển thai hoặc suy giảm chức năng bánh nhau giai đoạn đầu. Ngược lại, nghiên cứu của Ghani N và cộng sự chỉ khảo sát thiếu ối ở thai ≥ 28 tuần, trong đó thiếu ối thường phản ánh suy nhau thai mạn tính hoặc cận ối sinh lý ở thai đủ tháng, chứ không phải thiếu ối bệnh lý sớm. Tuy vậy, hai nghiên cứu đều thống nhất ở điểm: thiếu ối ở tuổi thai càng nhỏ thì tiên lượng thai càng xấu, với tỷ lệ biến chứng sơ sinh cao.

Khi nghiên cứu về tiền sử sản khoa của đối tượng nghiên cứu, kết quả thu được là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử sản khoa và mức độ thiếu ối ($p = 0,555$). Tỷ lệ thiếu ối nhẹ, vừa và hết ối ở nhóm con so và con rạ tương đối tương đồng, cho thấy số lần mang thai trước đó không ảnh hưởng đáng kể đến nguy cơ thiếu ối trong thai kỳ hiện tại. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Thị Hằng và cộng sự (2021) tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, trong đó các tác giả cũng không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa tiền sử sản khoa và mức độ thiếu ối [6]. Tương tự, nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hồng (2018) tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang cũng ghi nhận tỷ lệ thiếu ối ở sản phụ con so (54,5%) và con rạ (45,5%) không có khác biệt rõ rệt ($p > 0,05$) [4].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa bệnh lý của thai phụ và mức độ thiếu ối ($p = 0,510$). Tuy nhiên, quan sát cho thấy tỷ lệ thiếu ối nặng (hết ối) thường gặp hơn ở nhóm thai phụ có bệnh lý khác (61,11%), đặc biệt là các bệnh lý liên quan đến tuần hoàn - bánh nhau hoặc rối loạn huyết động thai kỳ, trong khi nhóm thai phụ có đái tháo đường thai kỳ hay tiền sản giật chiếm tỷ lệ thấp hơn. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Thị Hằng và cộng sự (2021) tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương cũng ghi nhận mối liên quan giữa thiếu ối và bệnh lý thai phụ không đạt ý nghĩa thống kê, mặc dù nhóm thai phụ có tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật có xu hướng thiếu ối nhiều hơn [6]. Trong khi đó, các nghiên cứu quốc tế như Ndiaye N và cộng sự (2024) tại Senegal và Ghani N và cộng sự (2024) tại Pakistan lại cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa bệnh lý thai phụ (đặc biệt là tăng huyết áp, tiền sản giật) và thiếu ối, với OR lần lượt là 7,7 và 5,1 [8-9]. Điều này có thể được lý giải bởi quy mô mẫu lớn hơn và tiêu chuẩn chọn bệnh chặt chẽ trong các nghiên cứu quốc tế, cũng như tỷ lệ bệnh lý mạn tính ở các nước này cao hơn.

Trong 142 thai phụ được đưa vào nghiên cứu, có 80 thai kỳ bình thường phân bố chủ yếu ở nhóm thiếu ối nhẹ và vừa, chiếm tỷ lệ lần lượt 50,79% và 73,07%, trong khi tỷ lệ thiếu ối nặng (hết ối) chỉ chiếm 37,04%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu cho

thấy mức độ thiếu ối có mối liên quan chặt chẽ và có ý nghĩa thống kê với nguy cơ phía thai nhi ($p = 0,000$). Trong đó, nhóm thai bình thường chiếm tỷ lệ cao ở mức thiếu ối nhẹ và vừa (50,79% và 73,07%), trong khi tỷ lệ thiếu ối nặng (hết ối) tăng rõ rệt ở nhóm thai có bất thường phổi hợp (55,56%) và thai chậm phát triển trong tử cung (3,7%). Kết quả này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của thiếu ối, khi nguồn nước ối chủ yếu được tạo ra từ nước tiểu thai nhi. Các bất thường ở thai như thiếu sản thận, bất sản thận, tắc nghẽn đường tiết niệu hoặc chậm phát triển trong tử cung do suy nhau thai mạn tính đều làm giảm bài tiết nước tiểu, dẫn tới giảm thể tích ối. Ngoài ra, các bất thường nặng của hệ thần kinh trung ương (như vô sọ, thoát vị não - màng não) hoặc bất thường nhiễm sắc thể (trisomy 13, 18) thường đi kèm thiếu ối nặng xuất hiện sớm, tiên lượng rất xấu cho thai nhi. Nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hồng (2018) cũng nhận thấy mối liên quan giữa thiếu ối và thai chậm phát triển trong tử cung, với nguy cơ tăng gấp 3,1 lần so với nhóm thai bình thường [4]. Các nghiên cứu của Sharon N.Z và cộng sự (2022), Ghani N và cộng sự (2024) và Ndiaye N và cộng sự (2024) cũng ghi nhận tỷ lệ thiếu ối nặng cao hơn đáng kể ở nhóm thai có bất thường cấu trúc hoặc kết hợp đa yếu tố [5], [8-9].

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ các loại dị tật thai trong nhóm thiếu ối như sau: bất thường hệ tiêu hóa 17,61%, hệ tim mạch 15,49%, hệ tiết niệu 4,93%, hệ thần kinh 3,52% và nhiễm sắc thể 1,41%. Như vậy, bất thường hệ tiêu hóa và tim mạch là hai nhóm chính trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này phù hợp với đặc điểm sinh lý bệnh của thiếu ối, vì nước ối chủ yếu được tạo ra từ nước tiểu thai và dịch hô hấp, do đó các bất thường ảnh hưởng đến đường tiết niệu hoặc tiêu hóa có thể làm giảm lượng nước ối.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kết thúc thai kỳ cao nhất ở nhóm thiếu ối vừa (96,15%), tiếp đến là nhóm thiếu ối nhẹ (88,89%), trong khi nhóm hết ối có tỷ lệ thấp nhất (70,38%). Ngược lại, tỷ lệ đình chỉ thai nghén và thai chết lưu lại cao nhất ở nhóm hết ối (14,81% và 14,81%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$. Điều này cho thấy khi lượng nước ối giảm nghiêm trọng, nguy cơ thai bất thường và tử vong trong tử cung tăng rõ rệt. Cơ chế có thể do giảm lượng nước ối dẫn đến chèn ép dây rốn, làm suy giảm tuần hoàn tử cung-nhau và gây suy thai mạn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Hằng và cộng sự (2021) tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, khi nhóm thai hết ối có tỷ lệ thai chết lưu và phải chấm dứt thai nghén cao hơn đáng kể so với nhóm thiếu ối vừa và nhẹ ($p < 0,05$) [6]. Tương tự, Twesigomwe R và cộng sự (2022) ghi nhận thiếu ối là yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai, suy thai trong chuyển dạ và tử vong chu sinh [3].

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, thiếu ối mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất. Tuổi thai phụ, tuổi thai và tình trạng thai nhi là các yếu tố có liên quan đáng kể đến mức độ thiếu ối. Bất thường hình thái thai nhi thường gặp nhất ở hệ tiêu hóa và tim mạch. Mức độ thiếu ối càng nặng, nguy cơ kết cục thai kỳ bất lợi càng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Đức Hình. Nước ối một số vấn đề cần thiết đối với bác sỹ sản khoa. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2007, tr. 3-5.
- [2] Phạm Minh Giang. Nghiên cứu một số nguyên nhân gây thiếu ối ở tuổi thai từ 13 đến 37 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Trường Đại học Y Hà Nội, 2016.
- [3] Twesigomwe R, Nakubulwa S, Nakimuli A et al. Prevalence, risk factors and perinatal outcomes of oligohydramnios at term pregnancy in a low-resource setting: a cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth, 2022, 22 (1): 711. doi:10.1186/s12884-022-05053-8.
- [4] Phạm Thị Thu Hồng. Tình hình, mức độ thiếu ối và một số yếu tố liên quan ở sản phụ mang thai đủ tháng tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang. Tạp chí Y dược học Cần Thơ, 2018, tr. 5-12.
- [5] Sharon N.Z et al. Oligohydramnios: how severe is severe? J Matern Fetal Neonatal Med, 2022, 35 (25): 5754-5760. doi:10.1080/14767058.2021.1971000.
- [6] Trần Thị Hằng, Nguyễn Thị Hồng, Nguyễn Duy Ánh. Mối liên quan giữa mức độ thiếu ối và kết cục sơ sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam, 2021, 509 (4): 134-140. <https://doi.org/10.51298/vmj.v527i1B.5772>.
- [7] Ghani N, Rehman C, Noushin N, Afsar N, Bashir S. Risk factors and outcome of oligohydramnios: our experience at a tertiary care hospital. JPUMHS, 2024, 14 (4): 250-257. <https://doi.org/10.70749/ijbr.v3i5.1858>.
- [8] Ghani S, Naqvi S, Shaikh S. Risk factors and outcome of oligohydramnios: our experience at a tertiary care hospital. Journal of Peoples University of Medical & Health Sciences Nawabshah, 2024, 14 (1): 25-31. <https://doi.org/10.70749/ijbr.v3i5.1858>.
- [9] Ndiaye N, Diallo A, Diouf A et al. Factors associated with oligohydramnios and related neonatal morbidity and mortality: A nested case-control study in a cohort. Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 2024, 14 (11): 739-751. doi:10.4236/ojog.2024.1411073.

