

THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF STILLBIRTHS OVER 3 MONTHS AT THE OBSTETRICS DEPARTMENT - A THAI NGUYEN HOSPITAL

Nguyen Thi Huyen^{1*}, Nguyen Minh Hong², Bui Thanh Thuy¹

¹Thai Nguyen University of Medicine And Pharmacy -

284 Luong Ngoc Quyen, Thai Nguyen City, Thai Nguyen Province, Vietnam

²Thai Nguyen National Hospital - 479 Luong Ngoc Quyen, Thai Nguyen City, Thai Nguyen Province, Vietnam

Received: 10/10/2024

Revised: 29/10/2024; Accepted: 22/02/2025

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and subclinical characteristics of stillbirth over 3 months at the Obstetrics Department of A Thai Nguyen Hospital from January 2019 to December 2023.

Research subjects and methods: Descriptive cross-sectional study method, retrospective descriptive research method on 102 patients with medical records diagnosed with stillbirth from 13 weeks or more to the hospital and treated at the Obstetrics Department - A Thai Nguyen Hospital from January 1, 2019 to the end of December 2023.

Results: The average age of pregnant women with stillbirth is 29.09 ± 5.716 years old. The rate of vaginal bleeding was 25.5%; abdominal pain 14.7%; loss of fetal movement 18.6%, pregnancy examination 34.3%. Stillbirth age ranges from 13 to 21 weeks, accounting for 56.9%. Signs of no fetal heart activity on ultrasound accounted for 100%, signs of skull overlap were 9.8%, and the rate of polyhydramnios and oligohydramnios was 13.7%. The rate of stillbirth with fibrinogenesis ≥ 2 is 100%, Prothrombin $\geq 70\%$ is 100%. Stillbirth with hemoglobin $\geq 110\text{g/l}$ accounts for 95.1%, less than 110g/l accounts for 4.9%.

Conclusion: Mainly pregnant women of reproductive age. Stillbirth age over 3 months is mainly in the 13 - 21 weeks group. 100% of stillbirth have no fetal heart activity on ultrasound. No patient had a coagulation disorder.

Keywords: Gestational age, fetal ultrasound, stillbirth.

*Corresponding author

Email: huyen96vybg@gmail.com Phone: (+84) 353292385 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i2.2084>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG THAI CHẾT LƯU TRÊN 3 THÁNG TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN A THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Huyền^{1*}, Nguyễn Minh Hồng², Bùi Thanh Thủy¹

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, Đại học Thái Nguyên - 284 Lương Ngọc Quyến, Tp. Thái Nguyên, Tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên - 479 Lương Ngọc Quyến, TP. Thái Nguyên, Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/10/2024

Chỉnh sửa ngày: 29/10/2024; Ngày duyệt đăng: 22/02/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thai chết lưu trên 3 tháng chết lưu tại khoa Sản Bệnh viện A Thái Nguyên từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 102 bệnh nhân có hồ sơ bệnh án được chẩn đoán là thai chết lưu trong tử cung từ 13 tuần trở lên vào viện và được xử trí tại Khoa Sản - Bệnh viện A Thái Nguyên từ ngày 1/1/2019 đến hết tháng 12/2023.

Kết quả: Tuổi trung bình của thai phụ có thai chết lưu là $29,09 \pm 5,716$ tuổi. Tỷ lệ ra huyết âm đạo 25,5%; đau bụng 14,7%; mất cử động thai 18,6%, khám thai 34,3%. Tuổi thai chết lưu từ 13 – 21 tuần chiếm tỷ lệ 56,9%. Dấu hiệu không thấy hoạt động tim thai trên siêu âm chiếm 100%, dấu hiệu chông khớp sọ là 9,8%, và tỷ lệ đa ối, thiếu ối là 13,7%. Tỷ lệ thai chết lưu có sinh sợi huyết ≥ 2 là 100%, Prothrombin $\geq 70\%$ là 100%. Thai chết lưu có lượng huyết sắc tố $\geq 110g/l$ chiếm tỷ lệ 95,1%, dưới 110g/l là 4,9%.

Kết luận: Chủ yếu thai phụ trong độ tuổi sinh sản. Tuổi thai chết lưu trên 3 tháng chủ yếu trong nhóm 13 -21 tuần. 100% thai chết lưu không có hoạt động tim thai trên siêu âm. Không có bệnh nhân nào bị rối loạn đông máu.

Từ khóa: Tuổi thai, siêu âm thai, thai chết lưu.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong suốt thời gian sống trong tử cung mặc dù được người mẹ bảo vệ nhưng thai vẫn có thể bị chết ở bất kỳ tuổi thai nào và ở bất kỳ thai phụ nào với nhiều nguyên nhân khác nhau[1]. Do vậy thai chết lưu (TCL) luôn là nỗi ám ảnh đối với nhiều bà mẹ, nhất là khi đã có tiền sử TCL.

Thai chết lưu là một bệnh lý sản khoa, thường gặp với tỷ lệ khá cao. Theo tổ chức Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2015 trên thế giới có khoảng 2,6 triệu trường hợp TCL, phần lớn xuất hiện ở các nước đang phát triển, thu nhập thấp và trung bình[2].

Hậu quả của TCL không chỉ là một sang chấn tâm lý tình cảm đối với người mẹ và gia đình mà còn gây ra nhiều nguy cơ lớn đe dọa đến tính mạng bà mẹ như: Chảy máu do rối loạn đông máu, nhiễm khuẩn nhanh và nặng đối với các trường hợp thai phụ bị vỡ ối lâu. Nghiên cứu của Gold, K. J. và cộng sự thấy tỉ lệ mẹ bị tai biến là 6%. Trong đó dễ khó do vai, viêm màng ối, xuất huyết sau sinh và sót rau thai ở phụ nữ TCL chiếm

tỉ lệ cao. Ba mươi ba phụ nữ (6%) đã trải qua ít nhất một biến chứng nghiêm trọng ở người mẹ[3].

Tại khoa Sản Bệnh viện A Thái Nguyên hàng năm cũng đã tiếp nhận và xử trí rất nhiều trường hợp TCL. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào tổng kết một cách có hệ thống về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng về TCL đầy đủ. Để góp phần tìm hiểu rõ hơn về vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thai chết lưu trên 3 tháng tại khoa Sản – Bệnh viện A Thái Nguyên*” với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thai chết lưu trên 3 tháng tại khoa Sản Bệnh viện A Thái Nguyên từ tháng 1/2019 đến hết tháng 12/2023.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm tất cả các bệnh nhân có hồ sơ bệnh án được chẩn đoán thai chết lưu trong tử cung có tuổi thai từ 13 tuần trở lên vào viện và được xử

*Tác giả liên hệ

Email: huyen96vybg@gmail.com Điện thoại: (+84) 353292385 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i2.2084>

trí tại Khoa Sản – Bệnh viện A Thái Nguyên từ tháng 1/2019 đến hết tháng 12/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn:**

- + Siêu âm chẩn đoán là thai chết lưu trong tử cung.
- + Tuổi thai được tính theo ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng với kinh nguyệt đều hoặc theo dự kiến sinh của siêu âm 3 tháng đầu.

+ Hồ sơ đầy đủ thông tin nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + Thai đôi chết lưu (1 thai chết lưu 1 thai sống).
- + Thai chết lưu vào viện đang sảy, đã sảy hoặc đã đẻ ở nơi khác chuyển đến.
- + Thai chết trong chuyển dạ.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

- Địa điểm: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Sản Bệnh viện A Thái Nguyên.

- Thời gian: Nghiên cứu được tiến hành từ ngày 1 tháng 1 năm 2019 đến ngày 31 tháng 12 năm 2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu là mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu, cách chọn mẫu

Kỹ thuật chọn mẫu: áp dụng kỹ thuật chọn mẫu toàn bộ. Tất cả các bệnh nhân có thai chết lưu trên 3 tháng được điều trị tại Khoa Sản – Bệnh viện A Thái Nguyên trong thời gian nghiên cứu, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ. Nghiên cứu của chúng tôi có 102 trường hợp đáp ứng đủ điều kiện.

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ, có chủ đích.

2.5. Biến số (chỉ số) nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi mẹ, nghề nghiệp, khu vực sinh sống).

- Đặc điểm lâm sàng phát hiện TCL (ra huyết âm đạo, đau bụng, mất cử động thai, bụng bé đi, khám thai, khác).

- Đặc điểm siêu âm thai của đối tượng nghiên cứu (không thấy hoạt động tim thai, chông khớp sọ, đa ối/thiểu ối, hình ảnh khác)

- Xét nghiệm máu của đối tượng nghiên cứu (Hemoglobin, sinh sợi huyết, Prothrombin).

- Tuổi thai chết lưu (13 – 21 tuần, 22 - 31 tuần, 32 – 36 tuần, ≥ 37 tuần).

2.6. Quy trình thu thập số liệu

Hồi cứu bệnh án của bệnh nhân theo phiếu thu thập số liệu đã chuẩn bị trước.

2.7. Xử lý số liệu

- Số liệu được xử lý và phân tích bằng chương trình thống kê y học SPSS Statistics 25.

- Phương pháp thống kê y học và tính giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu này được sự đồng ý và phê duyệt của Hội đồng Y đức Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên số 1630/ ĐHYD – HĐĐĐ V/v chấp thuận các vấn đề đạo đức đối với đề tài của HV BSNT khóa 15 và được sự cho phép của Bệnh viện A Thái Nguyên.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi (năm)	< 18	4	3,9
	18 – 34	78	76,5
	≥ 35	20	19,6
	Tuổi trung bình	29,09 $\pm$ 5,716	
Địa dư	Thành thị	46	45,1
	Nông thôn	56	54,9
Nghề nghiệp	Cán bộ, viên chức	15	14,7
	Công nhân	32	31,4
	Nông dân	41	40,2
	Khác	14	13,7

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 29,09 $\pm$ 5,716 tuổi. Đa số bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 18 - 34 chiếm 76,5%. Tỷ lệ bệnh nhân sống tại nông thôn là 54,9%. Nghề nghiệp chủ yếu là nông nhân chiếm 40,2%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 2. Tỷ lệ thai chết lưu theo nhóm tuổi thai

Tuổi thai (tuần)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
13-21	58	56,9
22-31	23	22,5
32-36	17	16,7
≥ 37	4	3,9
Tổng	102	100

Nhận xét: Bệnh nhân có TCL từ 13 - 21 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất 56,9%, thấp nhất là nhóm tuổi từ 37 tuần trở lên chiếm 3,9%.

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng phát hiện thai chết lưu

Tuổi thai (tuần) Triệu chứng	13-21		22-31		32-36		≥ 37		Tổng	
	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)
Ra máu âm đạo	24	41,4	1	4,3	1	5,9	0	0	24	25,5
Mất cử động thai	3	5,2	8	34,8	6	35,3	2	50	18	18,6
Bụng bé đi	0	0	3	13	1	5,9	0	0	4	3,9
Đau bụng	9	15,5	2	8,7	3	17,6	1	25	15	14,7
Khám thai	22	37,9	7	30,4	5	29,4	1	25	38	34,3
Khác	0	0	2	8,7	1	5,9	0	0	3	2,9
Tổng	58	100	23	100	17	100	4	100	102	100

Nhận xét: Bệnh nhân phát hiện thai lưu khi tới khám thai định kì chiếm tỷ lệ cao nhất 34,4% trong tổng số trường hợp TCL. Tỷ lệ ra huyết âm đạo, mất cử động thai, đau bụng lần lượt là 25,5%, 18,6% và 14,7%.

Triệu chứng lâm sàng phát hiện thai chết lưu ở nhóm tuổi 13 – 21 tuần phổ biến là ra máu âm đạo chiếm tỷ lệ 41,4%.

Trong nhóm tuổi thai từ 22 tuần trở lên triệu chứng lâm sàng mất cử động thai là chủ yếu chiếm tỷ lệ 40,9%.

Bảng 4. Dấu hiệu thai chết lưu trên siêu âm

Dấu hiệu trên siêu âm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không thấy hoạt động tim thai	102	100
Chồng khớp sọ	8	7,8
Đa ối/ Thiếu ối	14	13,7
Hình ảnh bất thường khác	3	2,9

Nhận xét: 100% bệnh nhân không thấy hoạt động tim thai. Dấu hiệu chồng khớp sọ là 7,8%, đa ối/ thiếu ối chiếm 13,7%, hình ảnh bất thường khác 2,9%.

Bảng 5. Kết quả xét nghiệm của đối tượng nghiên cứu

Xét nghiệm		Tuổi thai (tuần)								Tổng	
		13-21		22-31		32-36		≥ 37			
		SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)
Sinh sợi huyết (≥ 2g/l)		78	76,5	13	12,7	8	7,8	3	2,9	102	100
Prothrombin (≥ 70%)		78	76,5	13	12,7	8	7,8	3	2,9	102	100
Hemoglobin (g/l)	< 110	4	3,9	0	0	1	1	0	0	5	4,9
	≥ 110	74	72,5	13	12,7	7	6,9	3	2,9	97	95,1

Nhận xét: 100% bệnh nhân có sinh sợi huyết > 2g/l. 100% bệnh nhân đều có Prothrombin ≥ 70% và có 5 bệnh nhân xét nghiệm Hb < 110g/l chiếm 4,5%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm thai phụ có TCL ở lứa tuổi từ 18 – 34 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 76,5%, nhóm thai phụ dưới 18 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,9%. Có thể lý giải do lứa tuổi từ 18 – 34 là độ tuổi phù hợp cả về sinh lý và xã hội cho việc sinh đẻ. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Lê Đức Sơn nhóm tuổi thai phụ từ 20 - 34 có TCL là 74,9%[4]. Tuổi trung bình của thai phụ là $29,09 \pm 5,716$ tuổi, trong đó trẻ nhất là 17 tuổi, lớn nhất là 41 tuổi.

Phần lớn các thai phụ đến từ vùng nông thôn với tỷ lệ 54,2%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Duy tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên với tỷ lệ thai phụ ở nông thôn là 53,7% và thành thị là 46,3%[5]. Nguyên nhân là do nơi tiến hành nghiên cứu của chúng tôi thuộc thành phố, Bệnh viện A Thái Nguyên là bệnh viện tuyến tỉnh thuận lợi cho việc tiếp nhận và xử trí bệnh nhân từ nhiều nơi trong tỉnh Thái Nguyên có những trường hợp bệnh nhân nặng, khó khăn ở các bệnh viện huyện chuyển tới hoặc những bệnh nhân tự nguyện đến khám và điều trị nên tỉ lệ bệnh nhân ở nông thôn cao hơn.

Trong nghiên cứu này, số thai phụ có TCL thường gặp phổ biến ở các thai phụ là nông dân (40,2%) và công nhân (31,4%). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Dung tại Bệnh viện Phụ Sản Thanh Hóa năm 2014 với tỷ lệ thai phụ làm nông nhân là 35,6%[6]. Nghề nghiệp nông dân và công nhân là chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi có thể lý giải là do sự phát triển mạnh mẽ của các khu công nghiệp với quy mô lớn trên địa bàn tỉnh trong những năm gần đây, đồng thời Bệnh viện A là một trong những bệnh viện trọng yếu của tỉnh nên lượng bệnh nhân là nông dân ở các huyện chuyển tới cũng như đến khám sẽ tăng lên.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Qua kết quả bảng 2 cho thấy bệnh nhân có TCL từ 13 – 21 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất 56,9%, nhóm tuổi 22 – 31 tuần và 32 – 36 tuần lần lượt là 22,5% và 16,7%. Thấp nhất là nhóm tuổi từ 37 tuần trở lên chiếm 3,9%. Theo Nguyễn Thị Dung cũng cho kết quả tương đương, nhóm tuổi thai 13 đến dưới 22 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất 45,4%, nhóm tuổi thai từ 37 tuần trở lên là thấp nhất chiếm tỷ lệ 2,8%[6]. Các kết quả đều cho thấy tuổi thai càng cao thì tỷ lệ TCL càng thấp. Đây có thể là một hiện tượng chọn lọc tự nhiên, trong đó các bất thường nặng, xuất hiện sớm sẽ gây chết thai sớm hơn. Cũng có giả thuyết khi tuần thai trên 28 tuần, do có thể đánh giá thai kỳ bằng monitoring sản khoa cũng như những can thiệp sản khoa để cứu con trong giai đoạn này được đặt ra, do vậy tỷ lệ TCL cũng giảm xuống.

Bệnh nhân phát hiện TCL khi tới khám thai có tỷ lệ cao nhất 34,4%. Tỷ lệ ra huyết âm đạo, mất cử động thai, đau bụng lần lượt là 25,5%, 18,6% và 14,7%. Kết quả

của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Nông Thị Hồng Lê với tỷ lệ phát hiện TCL khi đi khám thai là cao nhất[7]. Ngày nay, xã hội ngày càng phát triển, nhu cầu và ý thức của con người tăng cao. Đồng thời các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản càng được đẩy mạnh thì việc phát hiện TCL qua khám thai định kì chiếm tỉ lệ cao khi thai phụ không có dấu hiệu bất thường gì là có thể hiểu được.

Triệu chứng lâm sàng phát hiện TCL ở nhóm tuổi 13 – 21 tuần phổ biến là ra máu âm đạo chiếm tỷ lệ 41,4%. Trong nhóm tuổi thai từ 22 tuần trở lên mất cử động thai là dấu hiệu chủ yếu chiếm tỷ lệ 40,9%. So với nghiên cứu của Đàm Thị Bảo Lợi tỷ lệ này thấp hơn: 61,6% TCL $\leq$ 20 tuần có ra huyết âm đạo, 49,7% TCL $\leq$ 20 tuần có đau bụng, 44,1% TCL $>$ 20 tuần mất cử động thai[8]. Có thể giải thích là hiện nay thai phụ được quản lý thai nghén tốt, phát hiện TCL sớm bằng siêu âm, vào viện sớm nên tỷ lệ gặp ra huyết âm đạo, đau bụng hay mất cử động thai thấp hơn các nghiên cứu trước đó.

Có 100% trường hợp TCL được phát hiện trên siêu âm do không thấy hoạt động tim thai. Ngoài ra, còn các dấu hiệu khác như chùng khớp sọ 7,8%, thiếu ối/đa ối 13,7%, hình ảnh thai bất thường 2,9%. Theo Nguyễn Thị Dung và Đàm Thị Bảo Lợi kết quả của chúng tôi là tương đồng 100% không thấy hoạt động của tim thai trên siêu âm[6],[8]. Tuy nhiên một số dấu hiệu có sự khác biệt. Kết quả của Đàm Thị Bảo Lợi dấu hiệu chùng khớp sọ là 4,6%, thiếu ối/đa ối 3,9%[8]. Hay nghiên cứu của Nguyễn Thị Dung chùng khớp sọ là 51,4%, thiếu ối/đa ối 1%[6].

Trên thực tế có nhiều trường hợp thai chết âm thầm, không có triệu chứng, làm cho chẩn đoán khó khăn. Do đó việc áp dụng siêu âm sẽ có giá trị quan trọng trong chẩn đoán sớm và chính xác. Các hình ảnh quan sát trên siêu âm cho phép chẩn đoán chính xác TCL (không có hoạt động tim thai), có thể cho biết một số nguyên nhân dẫn đến TCL, dự đoán thời gian tiềm tàng, các hình ảnh siêu âm không đặc hiệu vì cấu trúc của thai và buồng ối chưa thay đổi, dấu hiệu đặc trưng là thai không vận động, không thấy tim thai.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 100% bệnh nhân có sinh sợi huyết (SSH) $\geq$ 2 g/l. 100% bệnh nhân đều có Prothrombin $\geq$ 70 %. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Duy không có bệnh nhân nào có SSH $<$ 2 g/l, 100% bệnh nhân có PT $\geq$ 70 %[5]. Tỷ lệ bệnh nhân có TCL bị rối loạn đông máu hiện nay không cao do quản lý tốt, phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Có 5 bệnh nhân xét nghiệm lượng huyết sắc tố (Hb) $<$ 110 g/dl chiếm 4,5 %, trong đó có 4 bệnh nhân có Hb $>$ 90 g/dl và 1 bệnh nhân có Hb $<$ 70 g/dl mang gen alpha Thalasemia cần phải truyền máu. Xét nghiệm Hemoglobin đánh giá tình trạng thiếu máu của thai phụ, vừa với mục đích chẩn đoán và điều trị, vừa giúp cho bác sĩ tìm căn nguyên của TCL và đưa ra hướng xử trí, chuẩn bị các phương án điều trị cho thích hợp, dự phòng biến chứng chảy máu sau can thiệp.

5. KẾT LUẬN

Đa số các thai phụ có TCL nằm trong độ tuổi sinh đẻ từ 18 – 34 tuổi chiếm tỷ lệ 76,5%, tuổi trung bình là $29,09 \pm 5,716$ tuổi.

Tuổi TCL phổ biến từ 13 – 21 tuần chiếm 56,9%, thấp nhất là từ 37 tuần trở lên chiếm 3,9%. Triệu chứng lâm sàng phát hiện TCL ở nhóm tuổi 13 – 21 tuần là ra máu âm đạo có tỷ lệ cao nhất (41,4%). Tuổi thai từ 22 tuần trở lên triệu chứng lâm sàng mất cử động thai là chủ yếu (40,9%).

Có 100% trường hợp TCL được phát hiện trên siêu âm do không thấy hoạt động tim thai. Các dấu hiệu khác như chông khớp sọ 7,8%, thiếu ối/đa ối 13,7%, hình ảnh thai bất thường 2,9%. Có 4,5% trường hợp lượng huyết sắc tố (Hb) < 110 g/dl. Không có bệnh nhân nào bị rối loạn đông máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Đức Hình (2020), “Thai chết lưu trong tử cung”, Bài giảng Sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 156-163.
- [2] The LANCET (2016), “Ending preventable stillbirths”, An Executive Summary for The Lancet’s Series.
- [3] Gold, K. J., Mozurkewich, E. L., Puder, K. S. & Treadwell, M. C (2016), “Maternal compli-

cations associated with stillbirth delivery: A cross-sectional analysis”, J Obstet Gynaecol. 36(2), tr. 208 - 212.

- [4] Lê Đức Sơn (2022), Nghiên cứu về xử trí thai chết lưu từ 22 tuần trở nên tại bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, ĐH Y Hà Nội.
- [5] Nguyễn Văn Duy (2022), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí thai chết lưu dưới 22 tuần tại khoa Phụ Sản - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên.
- [6] Nguyễn Thị Dung (2014), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí thai chết lưu tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa năm 2013, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
- [7] Nông Thị Hồng Lê, Lê Hoàng, Hoàng Minh Nam, Đào Trọng Quân, (2023), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thai chết lưu từ tuần 22 trở lên tại trung tâm Sản khoa - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên”, Tạp chí khoa học và công nghệ Đại học Thái Nguyên. 229(5), tr. 98-104.
- [8] Đàm Thị Bảo Lợi (2018), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả xử trí thai chết lưu tại Khoa Sản - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên.