

TREATMENT OUTCOMES FOR OLIGOHYDRAMNIOS IN PREGNANT WOMEN AT NGA BAY GENERAL HOSPITAL, HAU GIANG PROVINCE, DURING 2022-2024

Pham Thi Be Ngoc¹, Nguyen Thi Diem Thuy^{1*}

¹ Vo Truong Toan University

Received 31/07/2025

Revised 26/08/2025; Accepted 24/09/2025

ABSTRACT

Introduction: This study evaluated treatment outcomes for oligohydramnios in pregnant women between 28 and 40 weeks' gestation at Nga Bay General Hospital, Hau Giang Province, from 2022 to 2024.

Methods: A cross-sectional study included 95 singleton pregnancies with an amniotic fluid index (AFI) of ≤ 5 cm, hospitalized between December 2022 and June 2024. Data on clinical characteristics, ultrasound findings, management, and neonatal outcomes were collected.

Results: Most cases of oligohydramnios were diagnosed at or after 37 weeks (73.7%), with cephalic presentation in 97.9% of cases and a mean AFI of 4.12 ± 0.87 cm. Elective cesarean section was performed in 74.7% of cases, while 18.9% received conservative treatment. Among those managed conservatively, 75% showed improvement in AFI, and 25% experienced spontaneous labor. Indications for cesarean included previous uterine surgery (31%) and preeclampsia (16.9%). All neonates had a 1-minute Apgar score of 7 or higher, with a low birth weight rate of 7.8% and no perinatal deaths.

Conclusion: Oligohydramnios can be effectively managed when detected early via ultrasound. Conservative treatment is a viable option for mild cases, leading to positive neonatal outcomes.

Keywords: Oligohydramnios, AFI, conservative treatment, pregnancy outcomes.

*Corresponding author

Email: diemthuy3826@vttu.edu.vn Phone: (+84) 908 292 757 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD15.3278>



KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THIẾU ỒI Ở THAI PHỤ TUỔI THAI TỪ 28 ĐẾN 40 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ NGÃ BẢY, TỈNH HẬU GIANG GIAI ĐOẠN 2022-2024

Phạm Thị Bé Ngọc¹, Nguyễn Thị Diễm Thúy^{1*}

¹Trường Đại học Võ Trường Toản - QL 1A, Thạnh Xuân, Thành Phố Cần Thơ

Ngày nhận bài: 31/07/2025

Ngày chỉnh sửa: 26/08/2025; Ngày duyệt đăng: 24/09/2025

TÓM TẮT

Giới thiệu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị thiếu ối ở thai phụ từ 28 đến 40 tuần tại Khoa Sản, Bệnh viện thành phố Ngã Bảy, tỉnh Hậu Giang trong giai đoạn 2022–2024.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu được thực hiện trên 95 thai phụ đơn thai có chỉ số nước ối (AFI) ≤ 5 cm, điều trị nội trú từ tháng 12/2022 đến tháng 6/2024. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, bao gồm đặc điểm lâm sàng, siêu âm, xử trí và kết quả sơ sinh.

Kết quả: Phần lớn thai phụ được chẩn đoán thiếu ối ở tuổi thai ≥ 37 tuần (73,7%), ngôi đầu chiếm ưu thế (97,9%), chỉ số AFI trung bình là $4,12 \pm 0,87$ cm. Mổ lấy thai chủ động là phương pháp xử trí chính (74,7%), trong khi 18,9% được điều trị nội khoa. Trong nhóm điều trị bảo tồn, 75% cải thiện chỉ số nước ối, 25% chuyển dạ tự nhiên. Các chỉ định mổ chủ yếu liên quan đến yếu tố sản khoa như sẹo mổ cũ (31%) và tiền sản giật (16,9%). 100% trẻ sơ sinh có Apgar phút 1 ≥ 7 ; tỷ lệ nhẹ cân (< 2500 g) thấp (7,8%) và không ghi nhận tử vong chu sinh.

Kết luận: Thiếu ối ở tuổi thai 28-40 tuần cần được phát hiện sớm và theo dõi để xử trí hiệu quả. Nghiên cứu khuyến cáo việc theo dõi và cá thể hóa điều trị phù hợp cho các thai phụ thiếu ối.

Từ khóa: Thiếu ối, AFI, điều trị bảo tồn, kết cục thai kỳ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nước ối là môi trường sinh lý thiết yếu giúp bảo vệ thai nhi và đảm bảo cho sự phát triển bình thường trong tử cung. Thiếu ối – khi chỉ số nước ối (AFI) ≤ 5 cm – làm tăng nguy cơ biến chứng như suy thai, sinh non, chèn ép dây rốn và mổ lấy thai [1], [2]. Trong thực tế, thiếu ối thường diễn biến âm thầm và được phát hiện muộn, nhất là ở tuyến cơ sở – nơi chưa có chương trình theo dõi siêu âm định kỳ chặt chẽ [3], [4]. Tại Đồng bằng sông Cửu Long, số liệu nghiên cứu về hiệu quả điều trị thiếu ối còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị thiếu ối ở thai phụ từ 28 đến 40 tuần tại Khoa Sản, Bệnh viện thành phố Ngã Bảy, tỉnh Hậu Giang trong giai đoạn 2022–2024.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang thông qua hồi cứu hồ sơ bệnh án.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa TP Ngã Bảy từ 12/2022 đến 06/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên các thai phụ mang thai đơn từ 28 đến 40 tuần, còn sống, màng ối nguyên vẹn, có chỉ số nước ối (AFI) ≤ 5 cm và có hồ sơ bệnh án đầy đủ, điều trị tại Khoa Sản – Bệnh viện thành phố Ngã Bảy trong năm 2024.

*Tác giả liên hệ

Email: diemthuy3826@vttu.edu.vn Điện thoại: (+84) 908 292 757 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD15.3278>

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ với $p = 4,1\%$ theo tác giả Phạm Thị Thu Hồng (2018) [3], cho kết quả là 94,4; được làm tròn thành 95 bệnh nhân. Mẫu được chọn theo phương pháp thuận tiện từ các hồ sơ bệnh án phù hợp tiêu chí nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu: Đặc điểm lâm sàng: lý do vào viện, tuổi thai, cử động thai, bề cao tử cung, vòng bụng, tim thai, ngôi thai, màu sắc và đậm độ nước ối. Đặc điểm siêu âm: chỉ số nước ối (AFI), đường kính lưỡng đỉnh, chiều dài xương đùi.

2.6. Công cụ và quy trình thu thập số liệu: Số liệu được thu thập bằng phương pháp hồi cứu từ hồ sơ bệnh án theo mẫu khảo sát chuẩn. Các biến số được phân loại và mã hóa thống nhất nhằm phục vụ xử lý thống kê.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được trình bày bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, các biến định tính thể hiện dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng Khoa học Trường Đại học Võ Trường Toản thông qua về mặt đạo đức. Thông tin bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm thai kỳ

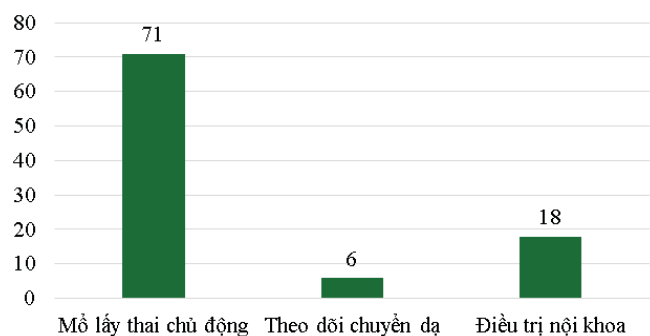
Bảng 1. Đặc điểm thai kỳ

Đặc điểm		Tần số (n=95)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai	28 - < 37 tuần	25	26,3
	37 – 40 tuần	70	73,7
	Trung bình	37 $\pm$ 2,9 tuần	
Ngôi thai	Đầu	93	97,9
	Mông	2	2,1
AFI	AFI $\leq$ 2cm	4	4,2
	2cm < AFI $\leq$ 5cm	91	95,8
	Trung bình	4,12 $\pm$ 0,87 cm	

Thai phụ bị thiếu ối trong nghiên cứu chủ yếu ở tuổi thai 37–40 tuần (73,7%), ngôi đầu chiếm đa số (97,9%), và chỉ số nước ối trung bình là 4,12 $\pm$ 0,87 cm. Điều này cho thấy thiếu ối thường xuất hiện vào cuối thai kỳ, ở mức độ nhẹ đến trung bình, và nhấn

mạnh tầm quan trọng của siêu âm theo dõi trong tam cá nguyệt thứ ba để phát hiện kịp thời.

3.2. Phương pháp điều trị



Biểu đồ 1. Phương pháp điều trị

Phần lớn sản phụ được chỉ định mổ lấy thai chủ động ngay khi nhập viện (74,7%), trong khi 6,4% được theo dõi chuyển dạ và 18,9% điều trị nội khoa. Điều này phản ánh xu hướng ưu tiên xử trí sớm bằng phẫu thuật nhằm giảm thiểu nguy cơ biến chứng thai kỳ trong các trường hợp thiếu ối ở tuổi thai từ 28–40 tuần.

Bảng 2. Kết quả điều trị nội khoa

Kết quả điều trị nội khoa		Tần số (n=24)	Tỷ lệ (%)
Có chuyển dạ		6	25
Chưa chuyển dạ	CSO cải thiện	18	75
	CSO không cải thiện	0	0

Trong số 24 sản phụ được điều trị nội khoa, có 25% (6 trường hợp) khởi phát chuyển dạ tự nhiên trong quá trình theo dõi. Đáng chú ý, 75% còn lại chưa chuyển dạ nhưng chỉ số nước ối (CSO) đã cải thiện, cho thấy hiệu quả tích cực của phương pháp điều trị bảo tồn trong việc ổn định tình trạng thiếu ối trước khi can thiệp sản khoa.

Bảng 3. Kết thúc thai kỳ

Kết thúc thai kỳ	Tần số (n=77)	Tỷ lệ (%)
Mổ lấy thai chủ động	71	92,2
Sanh thường	6	7,8

Trong số 77 trường hợp kết thúc thai kỳ, phần lớn được mổ lấy thai chủ động (92,2%), trong khi tỷ lệ sinh thường chỉ chiếm 7,8%. Điều này phản ánh xu hướng can thiệp ngoại khoa chiếm ưu thế trong xử trí thiếu ối, nhằm giảm thiểu nguy cơ cho thai nhi khi chỉ số nước ối thấp.

Bảng 4. Lý do mổ lấy thai

Lý do mổ lấy thai	Tần số (n=71)	Tỷ lệ (%)
Vô ối	0	0
Thiếu ối có suy thai	2	2,8
Sẹo mổ cũ	22	31
Tiền sản giật	12	16,9
Con so lớn tuổi	1	1,4
Khác	34	47,9

Trong số các trường hợp mổ lấy thai, nguyên nhân phổ biến nhất thuộc nhóm “khác” (47,9%), tiếp theo là sẹo mổ cũ (31%) và tiền sản giật (16,9%). Chỉ có 2,8% mổ do thiếu ối kèm suy thai, và không có trường hợp nào mổ vì vô ối. Điều này cho thấy thiếu ối thường là yếu tố đi kèm, trong khi chỉ định mổ chủ yếu phụ thuộc vào các yếu tố sản khoa khác như tiền căn phẫu thuật và bệnh lý thai kỳ.

Bảng 5. Kết quả sơ sinh

Đặc điểm		Tần số (n=95)	Tỷ lệ (%)
Apgar của trẻ sơ sinh phút 1	< 7 điểm	0	0%
	≥ 7 điểm	95	100%
Cân nặng của trẻ sơ sinh	< 2500g	6	7,8%
	2500 - < 3500g	63	81,8%
	≥ 3500g	8	10,4%
	Trung bình	2962 ± 396 g	

Kết quả sơ sinh cho thấy 100% trẻ có điểm Apgar phút 1 ≥ 7, phản ánh tình trạng sơ sinh tốt ngay sau sinh. Đa số trẻ có cân nặng trong khoảng 2500–<3500g (81,8%), chỉ có 7,8% trẻ nhẹ cân (<2500g) và 10,4% trẻ ≥3500g. Điều này cho thấy phần lớn thai nhi trong nhóm nghiên cứu phát triển bình thường dù có thiếu ối, và không ghi nhận biến chứng sơ sinh nghiêm trọng.

4. BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

4.1. Đặc điểm thai kỳ

Kết quả cho thấy phần lớn trường hợp thiếu ối xuất hiện ở tuổi thai ≥ 37 tuần (73,7%) với ngôi đầu chiếm ưu thế (97,9%) và chỉ số nước ối trung bình 4,12 ± 0,87 cm. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Dương (2017), trong đó đa số thai phụ thiếu ối được phát hiện vào giai đoạn cuối thai kỳ với chỉ số AFI trong khoảng 2–5 cm [4]. Tương tự,

Phạm Thị Thu Hồng (2018) cũng ghi nhận tỉ lệ thiếu ối cao nhất ở thai đủ tháng, nhấn mạnh vai trò của siêu âm trong tam cá nguyệt ba [3]. Ngoài ra, theo Gorker Sel (2020), thiếu ối mức độ nhẹ đến trung bình thường không ảnh hưởng nhiều đến tư thế ngôi thai nếu không có bệnh lý kết hợp [1]. Sự phát hiện muộn thiếu ối ở tuổi thai lớn có thể do sản phụ nhập viện khi có dấu hiệu chuyển dạ, thay vì được tầm soát chủ động. Điều này cho thấy cần cải thiện chương trình theo dõi thai kỳ cuối để sớm phát hiện và xử trí hiệu quả.

4.2. Phương pháp điều trị

Tỷ lệ mổ lấy thai chủ động chiếm đa số (74,7%) phản ánh xu hướng ưu tiên can thiệp sớm để phòng ngừa các biến chứng như suy thai, sinh non hoặc thai chết lưu – đặc biệt trong bối cảnh thiếu ối cuối thai kỳ. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Cấn Bá Quát và cộng sự (2023) tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, trong đó mổ lấy thai là lựa chọn chính ở nhóm thiếu ối đủ tháng nhằm đảm bảo an toàn cho thai nhi [5]. Theo Sandhyasri P. et al (2017), thiếu ối làm tăng nguy cơ chèn ép dây rốn và thiếu oxy thai, do đó mổ lấy thai được cân nhắc sớm nếu không có chỉ số tiên lượng tốt [2]. Trong khi đó, tỷ lệ điều trị nội khoa (18,9%) và theo dõi chuyển dạ tự nhiên (6,4%) cho thấy vẫn có một số trường hợp được đánh giá có thể theo dõi bảo tồn, phù hợp với khuyến cáo bảo tồn khi thai đủ trưởng thành và tim thai ổn định [1]. Sự phân bố phương pháp xử trí như trên phản ánh tính linh hoạt trong lâm sàng, tùy thuộc vào tuổi thai, mức độ thiếu ối, và tình trạng thai nhi khi nhập viện.

4.3. Kết quả điều trị nội khoa

Trong nghiên cứu hiện tại, 25% sản phụ điều trị nội khoa có chuyển dạ tự nhiên và 75% còn lại cải thiện chỉ số ối (AFI), không cần can thiệp phẫu thuật ngay. Kết quả này cho thấy hiệu quả đáng khích lệ của điều trị bảo tồn trong thiếu ối mức độ nhẹ đến trung bình. So sánh với nghiên cứu của Phạm Thái Tú Châu (2014) tại Bệnh viện Đa khoa TP Cần Thơ, tỷ lệ cải thiện AFI sau điều trị nội khoa cũng cao, đặc biệt ở nhóm thai đủ tháng, giúp trì hoãn sinh mổ và hỗ trợ theo dõi sinh thường nếu không có biến chứng [6]. Tương tự, Đặng Khánh Ly (2015) ghi nhận phần lớn sản phụ được theo dõi bảo tồn cải thiện chỉ số nước ối, cho thấy vai trò tích cực của nghỉ ngơi, bù dịch và giám sát sát sao [7]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Chu Tiểu Yến và cộng sự (2023) tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên nhấn mạnh rằng hiệu quả điều trị nội khoa thường thấp hơn ở nhóm thiếu ối non tháng và dễ phải can thiệp mổ sớm hơn do nguy cơ biến

chứng tăng [8]. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu khác nhau: nghiên cứu hiện tại chủ yếu gồm thai đủ tháng (73,7%), trong khi nghiên cứu [8] tập trung vào thiếu ối non tháng. Ngoài ra, theo đánh giá của Gorker Sel (2020), điều trị nội khoa chỉ hiệu quả trong các trường hợp không có dấu hiệu suy thai hoặc bệnh lý nhau thai đi kèm, và cần được kết hợp chặt chẽ với siêu âm theo dõi AFI định kỳ để phát hiện sớm dấu hiệu cần can thiệp [1]. Tổng hợp từ các dẫn liệu trên cho thấy điều trị bảo tồn là lựa chọn hợp lý và có hiệu quả trong các trường hợp thiếu ối nhẹ, đặc biệt ở thai đủ tháng, giúp giảm tỷ lệ mổ lấy thai và cải thiện kết quả thai kỳ nếu được giám sát đúng cách.

4.4. Kết thúc thai kỳ

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mổ lấy thai chủ động lên tới 92,2%, trong khi chỉ 7,8% trường hợp sinh thường. Tỷ lệ này phản ánh xu hướng xử trí chủ động bằng phẫu thuật khi phát hiện thiếu ối, nhằm phòng ngừa các biến chứng như suy thai, chuyển dạ kéo dài hoặc biến đổi nhịp tim do thiếu đệm bảo vệ từ nước ối. So với nghiên cứu của Cấn Bá Quát và cộng sự (2023) tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, tỷ lệ mổ lấy thai trong nhóm thiếu ối đủ tháng cũng cao (khoảng 85%), chủ yếu do yếu tố chỉ số nước ối thấp và kèm bệnh lý thai kỳ như tiền sản giật hoặc sẹo mổ cũ [5]. Tác giả nhận định rằng siêu âm phát hiện thiếu ối là chỉ định quan trọng thúc đẩy quyết định can thiệp sớm, ngay cả khi chưa có dấu hiệu chuyển dạ. Tương tự, theo Sandhyasri et al. (2017) và Singhal et al. (2015), các nghiên cứu tại Ấn Độ cũng ghi nhận tỷ lệ mổ lấy thai tăng đáng kể trong nhóm thiếu ối, với lý do chính là tiền lượng kém nếu tiếp tục theo dõi sinh thường khi AFI < 5 cm [2], [9]. Trong các nghiên cứu này, mổ chủ động thường được thực hiện ở tuổi thai đủ tháng hoặc có dấu hiệu suy thai nhẹ để giảm thiểu rủi ro chu sinh. Tuy nhiên, theo Phạm Thái Tú Châu (2014), nếu thiếu ối không kèm suy thai hay bất thường nhau thai, vẫn có thể theo dõi sinh thường với điều kiện giám sát sát sao nhịp tim thai và tiến triển chuyển dạ [6]. Vì vậy, tỷ lệ sinh thường thấp trong nghiên cứu hiện tại cho thấy còn sự dè dặt trong chỉ định sinh ngã âm đạo ở tuyến cơ sở, nhằm đảm bảo an toàn tối đa cho thai nhi. Tóm lại, tỷ lệ mổ lấy thai cao phản ánh chiến lược ưu tiên an toàn trong xử trí thiếu ối, đặc biệt ở nhóm thai đủ tháng và chỉ số ối thấp. Tuy nhiên, việc cá thể hóa điều trị – dựa trên mức độ thiếu ối, diễn tiến lâm sàng và điều kiện theo dõi – vẫn là xu hướng cần hướng tới để tránh can thiệp không cần thiết [2], [5], [9].

4.5. Lý do mổ lấy thai

Trong nghiên cứu này, đa số các trường hợp mổ lấy thai không xuất phát trực tiếp từ tình trạng thiếu ối đơn thuần, mà liên quan đến các yếu tố sản khoa khác như sẹo mổ cũ (31%), tiền sản giật (16,9%), và nhóm lý do “khác” chiếm 47,9% – bao gồm bất thường ngôi, không thuận lợi chuyển dạ hoặc lý do xã hội/yêu cầu cá nhân. Chỉ 2,8% trường hợp mổ do thiếu ối kèm suy thai và không có trường hợp nào mổ do vô ối hoàn toàn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Cấn Bá Quát và cộng sự (2023), trong đó ghi nhận thiếu ối hiếm khi là nguyên nhân duy nhất dẫn đến mổ lấy thai, mà thường đi kèm các chỉ định sản khoa như sẹo mổ cũ, tăng huyết áp thai kỳ hoặc thất bại chuyển dạ [5]. Tương tự, Đặng Khánh Ly (2015) cũng nhận định rằng trong điều kiện thiếu ối nhẹ đến trung bình và không có biến chứng, chỉ định mổ thường phụ thuộc vào yếu tố đi kèm như tiền sử mổ lấy thai hoặc thai to [7]. Mặt khác, theo Gorker Sel (2020), thiếu ối không có suy thai thường không bắt buộc phải mổ lấy thai nếu có thể theo dõi kỹ tình trạng tim thai và tiến triển chuyển dạ [1]. Tuy nhiên, ở tuyến cơ sở – như trong nghiên cứu hiện tại – quyết định mổ có xu hướng “an toàn hóa” bằng cách dựa vào nhiều chỉ định phối hợp, nhằm hạn chế biến chứng sơ sinh trong điều kiện hạn chế về theo dõi sát. Tóm lại, thiếu ối thường là yếu tố đi kèm hơn là nguyên nhân chính dẫn đến mổ lấy thai. Các yếu tố sản khoa như sẹo mổ cũ và tiền sản giật vẫn là nguyên nhân chính, nhấn mạnh sự cần thiết của đánh giá toàn diện khi quyết định kết thúc thai kỳ bằng phẫu thuật [1], [5], [7].

4.6. Kết quả sơ sinh

Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% trẻ sơ sinh có điểm Apgar phút 1 ≥ 7 , cho thấy không có trường hợp suy hô hấp ngay sau sinh, đồng thời phản ánh tình trạng sơ sinh tốt trong bối cảnh mẹ bị thiếu ối. Cân nặng trung bình $2962 \pm 396\text{g}$, với phần lớn trẻ nằm trong khoảng $2500 - <3500\text{g}$ (81,8%), 7,8% nhẹ cân ($<2500\text{g}$) và 10,4% $\geq 3500\text{g}$, cho thấy sự tăng trưởng bào thai vẫn duy trì ổn định. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Chu Tiểu Yến và cộng sự (2023), khi đánh giá kết cục thai kỳ của thai phụ thiếu ối non tháng, tác giả ghi nhận đa số trẻ có điểm Apgar đạt yêu cầu và cân nặng không bị ảnh hưởng nhiều nếu thiếu ối không kèm suy thai hay bệnh lý khác [8]. Tương tự, Phạm Thái Tú Châu (2014) cũng nhận thấy các trường hợp thiếu ối mức độ nhẹ – trung bình không làm tăng đáng kể tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân hay suy hô hấp sơ sinh nếu được theo dõi và xử trí đúng

[6]. Ngoài ra, theo phân tích của Sandhyasri P. et al. (2017) và Singhal et al. (2015), thiếu ối chỉ làm tăng biến chứng chu sinh rõ rệt trong trường hợp có AFI < 2 cm, suy thai đi kèm hoặc không theo dõi sát [2], [9]. Với đa số trường hợp trong nghiên cứu hiện tại có AFI từ 2–5 cm, kết quả sơ sinh tích cực là hợp lý. Tóm lại, các kết quả sơ sinh tích cực trong nghiên cứu hiện tại phản ánh hiệu quả của việc xử trí thiếu ối khi được phát hiện kịp thời và không kèm yếu tố nguy cơ cao. Điều này cũng cho thấy rằng không phải mọi trường hợp thiếu ối đều dẫn đến tiên lượng xấu nếu được theo dõi – can thiệp phù hợp [2], [6].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phần lớn các trường hợp thiếu ối được phát hiện ở tuổi thai ≥ 37 tuần, chủ yếu ở mức độ nhẹ đến trung bình, với chỉ số AFI từ 2–5 cm. Đặc điểm lâm sàng thường kín đáo và không có dấu hiệu suy thai rõ rệt. Phương pháp xử trí chủ yếu là mổ lấy thai chủ động, chiếm tỷ lệ cao, tuy nhiên điều trị bảo tồn vẫn đạt hiệu quả ở nhóm có chỉ số ối cải thiện và không kèm biến chứng. Kết quả sơ sinh nhìn chung tích cực, với điểm Apgar ≥ 7 ở tất cả trẻ và tỷ lệ nhẹ cân thấp, phản ánh hiệu quả của việc theo dõi và can thiệp đúng thời điểm. Các yếu tố như tiền sử mổ lấy thai và bệnh lý thai kỳ là nguyên nhân phổ biến hơn so với thiếu ối đơn thuần. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh vai trò của siêu âm trong phát hiện và phân loại thiếu ối, từ đó khuyến nghị cần tăng cường giám sát nước ối trong tam cá nguyệt ba – đặc biệt ở tuyến cơ sở – nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc thai kỳ và giảm thiểu biến chứng sản khoa.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Gorker Sel (2020), “Amniotic Fluid Anomalies”, Practical Guide to Oral Exams in Obstetrics and Gynecology, pp. 63 – 66.

[2] Sandhyasri P, et al (2017), “Oligoamnios and perinatal outcome”, The Journal of Obstetrics and Gynecology of India, 67(2), pp.104-108.

[3] Phạm Thị Thu Hồng (2018), “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 tỉnh An Giang”, Tạp chí Y dược học Cần Thơ, số 16.

[4] Nguyễn Thị Kim Đường (2017), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ở các thai phụ thiếu ối tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2016 – 2017, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y dược Cần Thơ.

[5] Cấn Bá Quát, Hoàng Thị Ngọc Trâm và cộng sự (2023), “Nghiên cứu xử trí thiếu ối ở tuổi thai đủ tháng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên”, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 527, số 1B, tr. 197 – 200.

[6] Phạm Thái Tú Châu (2014), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thai phụ thiếu ối nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ 2013-2014, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y dược Cần Thơ.

[7] Đặng Khánh Ly (2015), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí ở thai phụ mang thai thiếu ối, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y dược Huế.

[8] Chu Tiểu Yến, Phạm Mỹ Hoài và cộng sự (2023), “Kết cục thai kỳ của các thai phụ thiếu ối non tháng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên”, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 531, số 1B, tr. 242 – 246.

[9] Singhal S.R., Gupta R., et al (2015), “Low Amniotic Fluid Index as a predictor of adverse perinatal outcomes: an Indian perspective”, Clinics in Mother and Child Health, 12(4).