

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION CASES FROM 37 WEEKS AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Vu Thai Phuong Nam³, Phan Thi Huyen Thuong^{1,3*},
Do Tuan Dat^{1,2}, Trương Quang Vinh^{1,3}, Tran Van Cuong¹

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

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

³VNU University of Medicine and Pharmacy - 144 Xuan Thuy, Cau Giay Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 21/10/2025

Revised: 08/11/2025; Accepted: 25/11/2025

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics in cases of intrauterine growth restriction from 37 weeks at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital.

Objects and methods: A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on 139 pregnant women from 37 weeks of gestation who were diagnosed with intrauterine growth restriction. These patients were then monitored and evaluated for clinical and paraclinical characteristics among those who were indicated for hospitalization, treatment, and termination of pregnancy at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital.

Results: The mean maternal age was 29.69 ± 5.8 years, with the majority belonging to the 20-34 age group. The mean gestational age at delivery was 38.09 ± 0.73 weeks, and the mean birth weight was 2310 ± 145.5 grams. Most cases (90.6%) showed no abnormalities on fetal monitoring, while only 9.3% presented abnormal fetal heart rate patterns. The majority of cases had a cerebroplacental ratio ≥ 1 (96.4%), whereas only 3.6% had cerebroplacental ratio < 1 . The incidence of oligohydramnios was relatively low (6.5%), while 93.5% of cases had a normal amniotic fluid volume.

Conclusion: The ultrasound findings accurately reflected the condition of fetuses with intrauterine growth restriction. It is essential to detect intrauterine growth restriction in a timely manner and to properly assess the fetal status in utero in order to determine the optimal timing for delivery.

Keywords: Intrauterine growth restriction, clinical and paraclinical characteristics.

*Corresponding author

Email: phanhuyenthuong@mail.com Phone: (+84) 989330139 Doi: 10.52163/yhc.v66iCD23.3965

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CÁC TRƯỜNG HỢP THAI CHẬM PHÁT TRIỂN TRONG TỬ CUNG TỪ 37 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Vũ Thái Phương Nam³, Phan Thị Huyền Thương^{1,3*},
Đỗ Tuấn Đạt^{1,2}, Trương Quang Vinh^{1,3}, Trần Văn Cường¹

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

²Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, P. Cầu Giấy, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 21/10/2025

Ngày sửa: 08/11/2025; Ngày đăng: 25/11/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các trường hợp thai chậm phát triển trong tử cung từ 37 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 139 sản phụ từ 37 tuần được chẩn đoán thai chậm phát triển trong tử cung. Sau đó theo dõi và đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ có chỉ định nhập viện điều trị và chấm dứt thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

Kết quả: Độ tuổi trung bình của sản phụ là $29,69 \pm 5,8$ tuổi, trong đó phần lớn thuộc nhóm 20-34 tuổi. Tuổi thai lúc sinh trung bình $38,09 \pm 0,73$ tuần. Cân nặng lúc sinh trung bình $2310 \pm 145,5$ gam. Phần lớn các trường hợp chưa phát hiện bất thường trên monitoring, chiếm tỷ lệ rất cao là 90,6%. Chỉ có 9,3% trường hợp có tim thai bất thường. Nhóm chỉ số não rốn ≥ 1 chiếm đa số (96,4%), ngược lại nhóm chỉ số não rốn < 1 chỉ chiếm 3,6%. Tỷ lệ thiếu ối khá thấp, chỉ 6,5%, trong khi đa số các trường hợp không thiếu ối (93,5%).

Kết luận: Đặc điểm trên siêu âm phản ánh đúng tình trạng thai chậm phát triển trong tử cung. Cần phát hiện kịp thời thai chậm phát triển trong tử cung và đánh giá đúng tình trạng thai nhi trong bụng mẹ để đưa ra thời điểm chấm dứt thai kỳ phù hợp.

Từ khóa: Thai chậm phát triển trong tử cung, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai chậm phát triển trong tử cung là nguyên nhân của nhiều kết cục thai kỳ bất lợi. Nhiều nghiên cứu cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa thai chậm phát triển và tình trạng thai chết lưu [1]. Nhóm thai đủ tháng có trọng lượng dưới bách phân vị thứ 3 so với tuổi thai, nguy cơ thai chết lưu tăng gấp 6,4 lần; thai có trọng lượng từ bách phân vị thứ 3 đến bách phân vị thứ 10 so với tuổi thai sẽ tăng nguy cơ thai chết lưu 2,4 lần [2].

Để có một chiến lược quản lý thai kỳ cho thai chậm phát triển trong tử cung (CPTTTC), việc chẩn đoán, xử trí thai CPTTTC vẫn đang là một thách thức cho các bác sĩ sản khoa. Hiện tại chưa có phương pháp dự phòng hay điều trị nào có thể giúp cải thiện được kết cục của thai CPTTTC. Quản lý thai hiệu quả nhất

là phát hiện sớm và theo dõi sát để lựa chọn đúng thời điểm chấm dứt thai kỳ phù hợp nhằm giảm các kết cục bất lợi về phía mẹ và thai. Theo dõi thai CPTTTC là nhằm cân bằng giữa việc tiếp tục kéo dài nuôi dưỡng thai phát triển trong tử cung có lợi ích hơn hay không so với việc chấm dứt thai kỳ để đưa ra môi trường ngoài tử cung tiếp tục nuôi dưỡng khi có mối đe dọa thiếu hụt về trao đổi chất và khí máu có thể dẫn đến toan hóa máu thai và tử vong của thai nhi trong tử cung.

Để đánh giá sự phát triển và tình trạng sức khỏe thai nhi, cần sử dụng các phương pháp thăm dò thai, trong đó siêu âm là phương pháp thăm dò không xâm lấn được áp dụng rộng rãi nhất. Siêu âm giúp đo đặc kích thước của thai, khảo sát hình thái thai

*Tác giả liên hệ

Email: phanhuynhthuong@mail.com Điện thoại: (+84) 989330139 Doi: 10.52163/yhc.v66iCD23.3965

nhi cũng như ứng dụng siêu âm Doppler trong thăm dò hệ thống mạch máu để chẩn đoán tình trạng tuần hoàn thai, tình trạng sức khỏe thai nhi, rất có giá trị trong các trường hợp có nguy cơ cao suy thai như thai CPTTTC [3].

Tuy nhiên, thai CPTTTC là một vấn đề sản khoa phức tạp với các tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau, tỷ lệ chẩn đoán sớm thấp trong khi các lựa chọn điều trị và phòng ngừa còn rất hạn chế. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các trường hợp thai CPTTTC từ 37 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2025 đến tháng 10/2025 tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Chúng tôi đã thu thập số liệu của 139 sản phụ theo tiêu chuẩn sau:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: đơn thai, tuổi thai từ 37 tuần 0 ngày được xác định chính xác tuổi thai dựa vào ngày dự kiến sinh của kết quả siêu âm quý I từ tuần thai 10+0 đến tuần 13+6 (theo Hiệp hội Siêu âm Sản phụ khoa Thế giới). Thai được siêu âm, có dự đoán cân nặng thai nằm dưới bách phân vị thứ 10 theo công thức của Hadlock F.P và cộng sự với sai số 9% [4].

- Tiêu chuẩn loại trừ: song thai, thai dị tật bẩm sinh, thai bất thường nhiễm sắc thể, thai lưu trước sinh, hồ sơ không đầy đủ dữ liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện 139 trường hợp đủ tiêu chuẩn, được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ (hồi cứu hồ sơ bệnh án).

- Phương pháp thu thập số liệu: dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án lưu trữ tại Phòng Kế hoạch Tổng hợp, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Thông tin được tổng hợp vào phiếu thu thập số liệu có cấu trúc, bao gồm: thông tin mẹ, đặc điểm lâm sàng, cân nặng lâm sàng, phương pháp sinh. Các biến số được mã hóa và nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Excel.

- Phương pháp xử lý số liệu: dữ liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Phân tích mô tả dùng để tính tần suất, tỷ lệ phần trăm, trung bình và độ lệch chuẩn.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Vì là nghiên cứu hồi cứu hồ sơ, danh tính bệnh nhân được mã hóa để đảm bảo bí mật thông tin cá nhân. Dữ liệu chỉ được sử dụng phục vụ mục tiêu nghiên cứu khoa học, không gây ảnh hưởng đến quyền lợi của người bệnh.

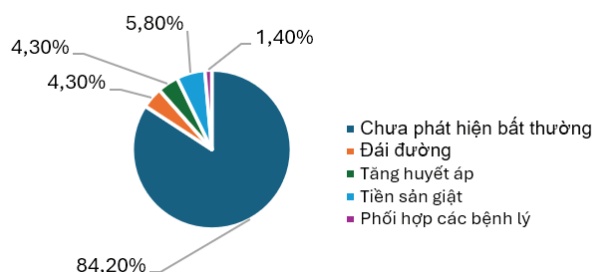
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của sản phụ với thai CPTTTC

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của sản phụ (n = 139)

Đặc điểm	Phân loại	Tần số	Tỷ lệ (%)
Khu vực sinh sống	Thành thị	72	51,8
	Nông thôn	67	48,2
Nghề nghiệp	Cán bộ	64	46,0
	Công nhân	40	28,8
	Học sinh, sinh viên	3	2,2
	Khác	32	23,0
Tuổi sản phụ	< 20 tuổi	3	2,2
	20-34 tuổi	108	77,7
	≥ 35 tuổi	28	20,1
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	29,69 ± 5,8	
Tuổi thai khi sinh	37 tuần	28	20,1
	38 tuần	73	52,5
	39 tuần	35	25,2
	40 tuần	3	2,2
	$\bar{X} \pm SD$ (tuần)	38,09 ± 0,73	
Số con	Con so	89	64,0
	Con rạ	50	36,0
Cân nặng trẻ lúc sinh	$\bar{X} \pm SD$ (gam)	2310 ± 145,5	
	Min-max (gam)	1600-2500	

Sản phụ nằm trong độ tuổi sinh đẻ (20-34 tuổi) chiếm 77,7%. Sản phụ có tuổi dưới 20 chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,2%). Tuổi trung bình của sản phụ là 29,69 ± 5,8 tuổi. Tỷ lệ sản phụ sống ở thành thị (51,8%) gần như tương đương sản phụ sống ở nông thôn (48,2%). Về nghề nghiệp, nhóm cán bộ chiếm tỷ lệ cao nhất (46%). Nhóm sản phụ mang thai con so chiếm tỷ lệ cao hơn (64%) so với nhóm mang thai con rạ (36%). Tuổi thai khi sinh chiếm tỷ lệ cao nhất là 38 tuần (52,5%), thấp nhất là 40 tuần (2,2%). Tuổi thai trung bình lúc sinh là 38,09 ± 0,73 tuần. Cân nặng trẻ lúc sinh trung bình 2310 ± 145,5 (gam), trong đó cân nặng thấp nhất là 1600g.

**Biểu đồ 1. Bệnh lý kèm theo của sản phụ (n = 139)**

Phần lớn sản phụ trong nghiên cứu chưa phát hiện bất thường về bệnh lý kèm theo trong thai kỳ, chiếm tỷ lệ rất cao là 84,2%. Các bệnh lý cụ thể được ghi nhận như tiền sản giật chiếm tỷ lệ cao nhất trong các bệnh lý đơn lẻ là 5,8%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của sản phụ với thai CPTTC

Bảng 2. Siêu âm thai (n = 139)

Đặc điểm	Phân loại	Tần số	Tỷ lệ (%)
Cân nặng ước lượng thai theo bách phân vị (BPV)	BPV < 3rd	69	49,6
	BPV từ 3rd-10th	70	50,4
Thiếu ối	Có	9	6,5
	Không	130	93,5
Chỉ số não rốn	< 1	5	3,6
	≥ 1	134	96,4
Bất thường bánh rau và dây rốn (rau tiền đạo, dây rốn 1 động mạch...)	Có	6	4,3
	Không	133	95,7

Theo BPV, hai nhóm thai CPTTC có tỷ lệ gần như đồng đều: nhóm có BPV < 3rd chiếm 49,6% và nhóm có BPV từ 3rd-10th chiếm 50,4%. Tỷ lệ thiếu ối khá thấp (chỉ 6,5%), trong khi đa số các trường hợp không thiếu ối (93,5%). Chỉ có 4,3% sản phụ phát hiện bất thường về bánh rau hay dây rốn, 95,7% không có bất thường về bánh rau hay dây rốn. Nhóm chỉ số não rốn ≥ 1 chiếm đa số (96,4%), ngược lại nhóm chỉ số não rốn < 1 chỉ chiếm 3,6%.

Bảng 3. Mức độ thai CPTTC và chỉ số não rốn

Chỉ số não rốn	Nhóm BPV < 3 rd (n = 69)		Nhóm BPV từ 3 rd -10 th (n = 70)	
	n	%	n	%
< 1	5	7,2	0	0
> 1	64	92,8	70	100
Tổng	69	100	70	100

Trong nhóm chỉ số não rốn < 1, tỷ lệ trẻ có cân nặng dưới BPV 3 chiếm 7,2%, trong khi không có trường hợp nào ở nhóm có cân nặng từ BPV 3-10. Ngược lại, nhóm chỉ số não rốn > 1 chiếm đa số (92,8% ở BPV < 3 và 100% ở BPV từ 3-10).

Bảng 4. Monitoring sản khoa (n = 139)

Đặc điểm	Phân loại	Tần số	Tỷ lệ (%)
Monitoring	Bình thường	126	90,6
	Nhịp chậm	11	7,9
	Nhịp phẳng	2	1,4

Phần lớn các trường hợp chưa phát hiện bất thường trên monitoring, chiếm tỷ lệ rất cao là 90,6%. Chỉ có 9,3% trường hợp có tim thai bất thường (bao gồm 7,9% nhịp chậm và 1,4% nhịp tim thai phẳng).

Bảng 5. So sánh cân nặng trẻ lúc sinh và cân nặng ước lượng thai

Cân nặng trẻ lúc sinh	Nhóm BPV < 3 rd (n = 69)		Nhóm BPV từ 3 rd -10 th (n = 70)	
	n	%	n	%
BPV < 3 rd	44	63,8	25	35,7
BPV 3 rd -10 th	25	36,2	45	64,3

Trong nhóm có cân nặng ước lượng trên siêu âm < BPV 3, tỷ lệ trẻ sinh ra có cân nặng thực tế < bách phân vị 3 chiếm 63,8%, cao hơn đáng kể so với nhóm cân nặng ước lượng trên siêu âm BPV từ 3-10 (36,2%), kết quả này có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

Ngày nay trên thế giới vẫn chưa có những đồng thuận về định nghĩa, tiêu chuẩn chẩn đoán cũng như quản lý thai chậm tăng trưởng trong tử cung và thời điểm chấm dứt thai kỳ lý tưởng. Để phát hiện sớm và đánh giá đúng nhất tình trạng thai nhi trong bụng mẹ để đưa ra thời điểm chấm dứt thai kỳ lý tưởng, cho ra đời một em bé vừa có khả năng sống tốt, vừa không bị ngạt chu sinh luôn là một thách thức lớn đối với các nhà sản khoa lâm sàng. Hiện nay trên thế giới vẫn chưa có một phương pháp điều trị nào được cho là có hiệu quả đối với thai CPTTC, ngoại trừ việc quyết định đưa ra thời điểm chấm dứt thai

kỳ thích hợp mà thời điểm này lại khác nhau tùy tình trạng sức khỏe của mỗi thai nhi. Vì vậy, việc nhận diện sớm thai CPTTTC, quản lý tốt thai kỳ sẽ giúp cải thiện kết cục thai kỳ, giảm thiểu tối đa các nguy cơ chu sinh.

Trong trường hợp thai phụ không có biểu đồ tăng trưởng thai nhi, chúng tôi chọn ngưỡng BPV thứ 3 để chẩn đoán thai CPTTTC tại một thời điểm để hạn chế việc chẩn đoán nhầm thai nhỏ hơn so với tuổi thai. Theo nghiên cứu PORTO đa trung tâm (2012), Shah P.S đã cho thấy những thai có cân nặng ước lượng dưới BPV 3 có kết cục thai kỳ xấu hơn thai có cân nặng ước lượng dưới BPV 10 với $p < 0,05$ [5].

4.1. Đặc điểm lâm sàng của sản phụ có thai CPTTTC

Phần lớn sản phụ nằm trong độ tuổi 20-34 (77,7%) và 64% là mang thai con so. Tỷ lệ sản phụ mang thai lần đầu (con so) làm tăng nguy cơ thai có trọng lượng dưới BPV thứ 10 [6]. Nghiên cứu của Thạch Thảo Đan Thanh và cộng sự ghi nhận tuổi mẹ trung bình là $30,06 \pm 5,81$ tuổi, trong đó nhóm trong độ tuổi từ 20-34 cũng chiếm tỷ lệ cao nhất là 71,63% [7]. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có lẽ là do đây chính là độ tuổi sinh sản của người phụ nữ Việt Nam.

Về mức độ thai CPTTTC, trong nghiên cứu của chúng tôi, hai nhóm dưới BPV 3 và BPV 3-10 có tỷ lệ gần bằng nhau, lần lượt là 49,6% và 50,4%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Thạch Thảo Đan Thanh và cộng sự, khi nhóm dưới BPV 3 chiếm 45,4% [7].

Tuổi thai trung bình lúc sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là $38,6 \pm 1,1$ tuần, khá tương đồng với nghiên cứu của Thạch Thảo Đan Thanh và cộng sự [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cân nặng trung bình lúc sinh là $2310 \pm 145,5$ (gam), cân nặng thấp nhất là 1600g, nặng nhất là 2500g. Nghiên cứu của Shah P.S ghi nhận cân nặng trung bình lúc sinh là 2496 ± 671 (gam) [5], như vậy cân nặng trung bình lúc sinh trong nghiên cứu này cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Tiền sản giật, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh phổi mạn tính, suy tim trái, bệnh hệ thống, u xơ tử cung là những bệnh lý của mẹ trong thai kỳ ảnh hưởng đến tuần hoàn tử cung-nhau thai, gây nhồi máu ở gai nhau dẫn đến thai CPTTTC [8]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 84,2% sản phụ chưa phát hiện bất thường về bệnh lý kèm theo. Tỷ lệ tiền sản giật là 5,8%. Tỷ lệ các bệnh lý nặng của mẹ thấp củng cố đặc điểm của thai CPTTTC khởi phát muộn (sau 37 tuần), vốn ít liên quan đến các bệnh lý suy chức năng bánh rau nghiêm trọng buộc phải chấm dứt thai kỳ non tháng [9].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng sản phụ có thai CPTTTC

Siêu âm vẫn là phương pháp tốt nhất để đánh giá thai CPTTTC. Khoảng thời gian tối ưu cho việc đánh

giá thai nhi và điều trị có thể thực hiện siêu âm mỗi 3-4 tuần một lần. Đánh giá tăng trưởng qua siêu âm không nên thực hiện thường xuyên mỗi 2 tuần một lần vì sai số nội tại có liên quan với việc đo đặc qua siêu âm có thể tác động vào độ chính xác khi đánh giá tăng trưởng của thai [8]. Xét riêng từng mức độ chậm phát triển, tỷ lệ trẻ sơ sinh CPTTTC dưới BPV 3 được phát hiện thai CPTTTC trên siêu âm từ BPV 3-10 là 36,2%, thấp hơn tỷ lệ này ở nhóm sơ sinh CPTTTC từ BPV 3-10 (64,3%). Tỷ lệ trẻ sơ sinh thai CPTTTC dưới BPV 3 được phát hiện trên siêu âm thai chậm phát triển dưới BPV 3 là 63,8%, cao hơn tỷ lệ này ở nhóm sơ sinh thai CPTTTC từ BPV 3-10 (35,7%). Như vậy, có thể nói những trẻ CPTTTC dưới BPV 3 ở mức độ nặng hơn nên thường có biểu hiện rõ ràng. Do đó khả năng tiên đoán dựa vào cân nặng trên siêu âm cũng có giá trị hơn.

Chỉ số não rốn là một yếu tố quan trọng tiên lượng kết cục xấu thai kỳ và cũng là một yếu tố để đánh giá sức khỏe thai của những thai được chẩn đoán thai CPTTTC. Chỉ số não rốn được tính bằng cách lấy chỉ số Doppler của động mạch não giữa/động mạch rốn, có thể dùng 1 trong 3 chỉ số: tỷ số tâm thu/tâm trương (S/D), chỉ số dao động (PI) và chỉ số trở kháng (RI), nhưng thường được lựa chọn nhất là PI. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 3,6% trường hợp có chỉ số não rốn bất thường (< 1). 100% các trường hợp có chỉ số não rốn bất thường đều nằm trong nhóm thai CPTTTC nặng (BPV $< 3rd$). Kết quả này khẳng định rằng, ngay cả khi các chỉ số Doppler động mạch rốn có thể bình thường ở thai CPTTTC khởi phát muộn, chỉ số não rốn bất thường vẫn là chỉ điểm mạnh cho tình trạng thiếu oxy mạn tính và mức độ nghiêm trọng của thai CPTTTC, đặc biệt đối với nhóm dưới BPV thứ 3 [9].

Thiếu ối trong tam cá nguyệt thứ nhất liên quan với bất thường của phát triển phôi thai, dự báo một thai nghén thất bại sớm. Nguyên nhân của bất thường thể tích ối trong tam cá nguyệt thứ hai là dị tật bào thai còn tam cá nguyệt thứ ba là bất thường tăng trưởng thai. Thiếu ối kèm phân su trong nước ối sẽ làm cho tiên lượng của thai nhi càng xấu, có thể suy thai trong chuyển dạ [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 9 trường hợp được chẩn đoán là thiếu ối (chiếm tỷ lệ 6,5%). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Trương Mỹ Ngọc và cộng sự là 14,6% [11].

5. KẾT LUẬN

Trong thời gian từ tháng 1/2025 đến tháng 10/2025 qua theo dõi 139 thai phụ có thai CPTTTC từ 37 tuần, chúng tôi rút ra một số kết luận: độ tuổi trung bình của sản phụ là $29,69 \pm 5,8$ tuổi, trong đó phần lớn thuộc nhóm 20-34 tuổi. Tuổi thai lúc sinh trung bình $38,09 \pm 0,73$ tuần. Cân nặng lúc sinh trung bình $2310 \pm 145,5$ gam. Phần lớn các trường hợp chưa phát hiện bất thường trên monitoring, chiếm tỷ lệ rất cao là 90,6%. Chỉ có 9,3% trường hợp có tim thai bất

thường. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy siêu âm có giá trị nhất định trong đánh giá thai CPTTTC, đặc biệt đối với những trẻ CPTTTC dưới BPV 3 ở mức độ nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Ego A, Zeitlin J, Batailler P et al. Stillbirth classification in population-based data and role of fetal growth restriction: the example of RECODE. BMC Pregnancy Childbirth, 2013, 13: 182.
- [2] Kady S.M, Gardosi J. Perinatal mortality and fetal growth restriction. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2004, 18 (3): 397-410.
- [3] Marsal K. Obstetric management of intrauterine growth restriction. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2009, 23: 857-870.
- [4] Hadlock F.P, Harrist R.B, Sharman R.S. Estimation of fetal weight with the use of head, body and femur measurements. A andrea Dall'Asta prospective study. Am J Obset Gynecol, 1985, 151: 333-337.
- [5] Shah P.S. Parity and low birth weight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses. Obstet Gynecol Scand, 2010, 89 (7): 862-75.
- [6] Thạch Thảo Đan Thanh, Bùi Chí Thương. Kết cục thai chậm tăng trưởng trong tử cung có chỉ định chấm dứt thai kỳ tại Bệnh viện Từ Dũ. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2017, 21 (1): 97-101.
- [7] Julia U, Sean D, Patrick G.M et al. Optimizing the definition of intrauterine growth restriction: The multicenter prospective PORTO study. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2013, 208 (4): 290.
- [8] American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin No.134: Fetal growth restriction. Obstet Gynecol, 2013, 121 (5): 1122-1133.
- [9] Figueras F, Gratacós E. Update on the diagnosis and classification of fetal growth restriction and proposal of a stage-based management protocol. Fetal Diagn Ther, 2014, 36 (2): 86-98.
- [10] Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh. Bài giảng sản khoa: Các tình trạng bất thường về thể tích nước ối, suy thai trong chuyển dạ. Nhà xuất bản Y học. 2021: 157-161, 400-409.
- [11] Trương Mỹ Ngọc và cộng sự. Kết cục thai kỳ trong những trường hợp thai nhỏ so với tuổi thai tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ. Tạp chí Phụ sản, 2018, 18 (1): 32-37.

