

PREGNANCY OUTCOMES OF SINGLETON PREGNANCIES WITH POLYHYDRAMNIOS AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Vu Thi Hang*, Do Tuan Dat, Mai Trong Hung, Nguyen Tai Duc

Hanoi Obstetrics & Gynecology Hospital - 929 La Thanh, Ngoc Ha Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 22/09/2025

Revised: 18/10/2025; Accepted: 04/12/2025

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and laboratory characteristics of singleton polyhydramnios cases; to evaluate pregnancy outcomes in the studied cases.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 140 pregnant women diagnosed with singleton polyhydramnios and treated at the Department of Pathological Obstetrics, Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital, from January 1, 2024 to December 31, 2024.

Results: The rates of mild, moderate, and severe polyhydramnios were 95.7% and 4.3%, respectively. Polyhydramnios of unknown cause accounted for 72.9%, diabetes-related cases for 19.3%, and congenital anomalies for 9.3%. The cesarean section rate was 74.3%. The average birth weight of the infants was 3222.9 ± 480.8 (gr), with newborns in the moderate/severe polyhydramnios group weighing less than those in the mild group ($p < 0.05$). An APGAR score < 7 points was observed in 5.7% of cases, with a significant difference across polyhydramnios severity levels ($p < 0.05$). Common neonatal complications included preterm birth (17.1%), premature rupture of membranes (7.9%) and postpartum hemorrhage (5.3%).

Conclusions: Mild polyhydramnios and cases of unknown etiology were predominant. There were significant differences in neonatal birth weight and Apgar scores between mild and moderate/severe polyhydramnios groups ($p < 0.05$).

Keywords: Polyhydramnios, singleton pregnancy, pregnancy outcome.

*Corresponding author

Email: hangvt17@gmail.com Phone: (+84) 979204069 DOI: 10.52163/yhc.v66i6.4016

NGHIÊN CỨU KẾT CỤC THAI KỲ CỦA CÁC TRƯỜNG HỢP ĐƠN THAI ĐA ỒI ĐẸ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Vũ Thị Hằng*, Đỗ Tuấn Đạt, Mai Trọng Hưng, Nguyễn Tài Đức

Bệnh viện Phụ sản Hà Nội - 929 La Thành, P. Ngọc Hà, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 22/09/2025

Ngày sửa: 18/10/2025; Ngày đăng: 04/12/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trường hợp đơn thai đa ối; nhận xét kết cục thai kỳ ở các trường hợp được nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 140 thai phụ được chẩn đoán đơn thai đa ối điều trị tại Khoa Sản bệnh lý, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong khoảng thời gian từ 1/1/2024 đến 31/12/2024.

Kết quả: Tỷ lệ đa ối mức độ nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 95,7% và 4,3%. Nguyên nhân đa ối do vô căn (72,9%), do đái tháo đường (19,3%) và do bất thường bẩm sinh (9,3%). Tỷ lệ mổ lấy thai là 74,3%. Trọng lượng trung bình của trẻ sơ sinh là $3222,9 \pm 480,8$ (g), trong đó nhóm đa ối vừa/nặng trẻ nhẹ cân hơn so với nhóm đa ối nhẹ với $p < 0,05$. Tỷ lệ chỉ số APGAR < 7 điểm chiếm 5,7%, trong đó tỷ lệ này có sự khác biệt giữa các mức độ đa ối ($p < 0,05$). Các biến chứng thường gặp của thai kỳ: đẻ non (17,1%), ối vỡ non/sớm (7,9%) và chảy máu sau đẻ (5,3%).

Kết luận: Đa ối mức độ nhẹ và đa ối chưa rõ nguyên nhân chiếm đa số. Có sự khác biệt về trọng lượng trẻ sơ sinh và chỉ số điểm APGAR giữa các mức độ đa ối nhẹ và đa ối vừa/nặng ($p < 0,05$).

Từ khóa: Đa ối, đơn thai, kết cục thai kỳ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nước ối là phần phụ của thai, đóng vai trò thiết yếu đối với sự sống và phát triển của thai nhi trong tử cung, cung cấp dinh dưỡng, bảo vệ thai khỏi sang chấn và nhiễm trùng, điều hòa thân nhiệt, hỗ trợ cử động của thai nhi, và góp phần vào quá trình xóa mờ cổ tử cung khi chuyển dạ [1]. Khảo sát nước ối là bước quan trọng trong theo dõi và quản lý thai kỳ nhằm đánh giá gián tiếp sức khỏe thai nhi trong tử cung.

Đa ối là bệnh lý do thể tích nước ối tăng lên quá mức bình thường với khoảng 1-2% trong thai kỳ và thường được phát hiện tình cờ ở những trường hợp không có triệu chứng khi siêu âm và khám sản khoa trong 3 tháng cuối thai kỳ. Một nghiên cứu lớn hơn trên 10.000 sản phụ, phát hiện 348 trường hợp đa ối, trong đó đa ối nhẹ chiếm 78,74% (274 trường hợp), và đa ối vừa/nặng chiếm 21,26% (74 trường hợp) [2]. Các triệu chứng lâm sàng cũng như mức độ nặng của đa ối phụ thuộc vào thể tích ối và căn nguyên. Chẩn đoán đa ối dựa vào siêu âm đánh giá góc ối

sâu nhất ≥ 8 cm. Nguyên nhân đa ối có thể xác định hoặc không rõ nguyên nhân. Thai dị tật bẩm sinh thường liên quan đến đa ối nặng, trong khi bệnh lý của mẹ (như đái tháo đường, đa thai) và các yếu tố chưa rõ nguyên nhân thường gặp ở đa ối nhẹ hơn. Đa ối có thể dẫn đến nhiều biến chứng cho cả mẹ và thai trong thai kỳ cũng như khi chuyển dạ. Một nghiên cứu cũng đã chỉ ra đa ối làm tăng tỷ lệ nhập Khoa Chăm sóc tích cực sơ sinh (AOR: 3,71, 95% CI: 2,77-4,99), xuất huyết sau sinh (AOR: 15,81, 95% CI: 7,82-31,96), thai to (AOR: 3,41, 95% CI: 2,61-4,47), điểm APGAR 5 phút thấp (AOR: 2,60, 95% CI: 1,57-4,30) và sinh non (AOR: 2,16, 95% CI 1,74-2,69) [2].

Trên thế giới và trong nước, đa ối đã được nghiên cứu nhiều về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như mối liên quan giữa tình trạng đa ối và kết cục thai kỳ. Tuy nhiên, việc tìm hiểu nguyên nhân của đa ối cũng như chiến lược theo dõi, thái độ xử trí còn nhiều tranh cãi, đặc biệt khi nguyên nhân gây đa ối chỉ có thể xác định ở 60% trường hợp. Trong những

*Tác giả liên hệ

Email: hangvt17@gmail.com Điện thoại: (+84) 979204069 DOI: 10.52163/yhc.v66i6.4016

năm gần đây, sự phát triển của kỹ thuật siêu âm, các phương tiện chẩn đoán, sàng lọc trước sinh đã làm tăng tỷ lệ phát hiện nguyên nhân đa ối và từ đó giúp quá trình quản lý và điều trị đa ối có nhiều thay đổi. Chẩn đoán, theo dõi và xử trí đa ối ở giai đoạn sớm có ý nghĩa quan trọng nhằm giảm tỷ lệ biến chứng trong thai kỳ.

Chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trường hợp đơn thai đa ối và nhận xét kết cục thai kỳ ở các trường hợp được nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án điện tử của các trường hợp sản phụ đa ối đã được chẩn đoán, điều trị và đẻ tại Khoa Sản bệnh lý, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: thai phụ đơn thai, thai sống; tuổi thai từ 22-37 tuần (tính theo ngày đầu của chu kỳ kinh cuối cùng nếu kinh nguyệt đều và nhớ rõ, hoặc theo dự kiến sinh được xác định bởi siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ); siêu âm: đo góc ối sâu nhất ≥ 8 cm.

- Tiêu chuẩn loại trừ: hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Sản bệnh lý, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong khoảng thời gian từ 1/1/2024 đến 31/12/2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang hồi cứu.

- Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Tính cỡ mẫu của nghiên cứu theo công thức ước lượng một tỉ lệ với độ chính xác tuyệt đối:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

+ n là cỡ mẫu ước lượng (đơn vị: người);

+ $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là hệ số tin cậy của $\alpha = 0,05$ tương ứng với khoảng tin cậy 95% CI;

+ p là tỷ lệ thai phụ đa ối không có triệu chứng lâm sàng trên tổng số bệnh nhân đa ối trong 3 tháng cuối tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế với $p = 0,676$ (67,6%) [5];

+ d là sai số tuyệt đối mong muốn, nghiên cứu này

lấy $d = 0,1$.

- Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 140 hồ sơ bệnh án đạt đủ tiêu chuẩn tiêu chọn vào nghiên cứu.

- Biến số, chỉ số nghiên cứu: đặc điểm lâm sàng; cận lâm sàng; nguyên nhân gây đa ối; triệu chứng lâm sàng bất thường; phân loại đa ối; kết cục thai kỳ (tuổi thai kết thúc thai nghén, phương pháp kết thúc thai kỳ, biến chứng thai kỳ, trọng lượng sơ sinh, chỉ số APGAR phút thứ 1).

- Phương pháp thu thập số liệu: sử dụng bệnh án nghiên cứu.

- Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: số liệu được mã hóa, nhập vào máy vi tính, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh Viện Phụ Sản Hà Nội. Đối tượng hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu và mọi thông tin đều bảo mật, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân nhóm nguyên nhân theo mức độ đa ối

Nguyên nhân						
Đa ối nhẹ		Đa ối vừa, nặng		Tổng		p
n	%	n	%	n	%	
Đái tháo đường						
27	20,1	0	0	27	19,3	> 0,05
Bất thường bẩm sinh						
9	6,7	4	66,7	13	9,3	< 0,05
Chưa rõ nguyên nhân						
100	74,6	2	33,3	102	72,9	< 0,05
Tổng						
134	100	6	100	140	100	-

Tỷ lệ đa ối nhẹ chiếm 95,7% (134/140 trường hợp); đa ối vừa và nặng 43,3% (6/140 trường hợp). Tỷ lệ đa ối nhẹ do đái tháo đường và bất thường bẩm sinh lần lượt là 20,1% và 6,7%. Nhóm nguy cơ thai có bất thường bẩm sinh ở nhóm đa ối vừa và nặng cao hơn so với nhóm đa ối nhẹ ($p < 0,05$).

Bảng 2. Tuổi thai tại thời điểm chuyển dạ

Tuổi thai						
Đa ối nhẹ		Đa ối vừa, nặng		Tổng		p
n	%	n	%	n	%	
28 đến dưới 34 tuần						
2	1,5	2	33,3	4	2,9	< 0,05
34 đến dưới 37 tuần						
19	14,2	1	16,7	20	14,3	< 0,05
≥ 37 tuần						
113	84,3	3	50,0	116	82,9	< 0,05
Tổng						
134	95,7	6	4,3	140	100	< 0,05
X̄ ± SD (tuần)						
38,1 ± 1,8		36,3 ± 3,9		38,0 ± 1,9		> 0,05

Tuổi thai thời điểm chuyển dạ trung bình là 38,0 ± 1,9 tuần. Tỷ lệ sinh non chiếm 17,2%. Có sự khác biệt giữa mức độ đa ối với nhóm tuần thai chuyển dạ ($p < 0,05$).

Bảng 3. Phương pháp kết thúc thai kỳ

Phương pháp						
Đẻ đường âm đạo		Đẻ mổ		Tổng		p
n	%	n	%	n	%	
Chuyển dạ tự nhiên						< 0,001
34	94,4	0	0	34	24,3	
Gây chuyển dạ						
2	5,6	104	100	106	75,7	
Tổng						
36	100	104	100	140	100	

Tỷ lệ đẻ mổ là 74,3% (104/140). Tỷ lệ gây chuyển dạ ở nhóm đẻ mổ cao hơn so với nhóm đẻ đường âm đạo ($p < 0,05$).

Bảng 4. Các biến chứng của thai kỳ

Biến chứng						
Đa ối nhẹ (n = 134)		Đa ối vừa, nặng (n = 6)		Tổng (n = 140)		p
n	%	n	%	n	%	
Ối vỡ non/sớm						
10	7,5	1	16,7	11	7,9	> 0,05
Ngôi bất thường						
2	1,5	1	16,7	3	2,1	> 0,05
Đẻ non						
21	15,7	3	50,0	24	17,1	0,03
Chảy máu sau đẻ						
7	5,2	1	16,7	8	5,3	> 0,05
Nhiễm trùng						
3	2,2	1	16,7	4	2,9	> 0,05
Đờ tử cung						
3	2,2	1	16,7	4	2,9	> 0,05

Trong nhóm đa ối nhẹ, sản phụ đẻ non chiếm tỷ lệ cao nhất (15,7%), tiếp đó là ối vỡ non/sớm (7,5%).

Bảng 5. Cân nặng trẻ sơ sinh

Cân nặng của trẻ						
Đa ối nhẹ (n = 134)		Đa ối vừa, nặng (n = 6)		Tổng (n = 140)		p
n	%	n	%	n	%	
< 2500g						< 0,05
4	3,0	2	33,3	6	4,3	
2500-3450g						
84	62,7	4	66,7	88	62,8	
≥ 3500g						
46	34,3	0	0	46	32,9	
$\bar{X} \pm SD$ (g)						
3255,2±449,20		2500 ± 635,6		3222,9±480,8		< 0,05

Cân nặng trung bình của thai nhi khi sinh là 3222,9 ± 480,8 (g). Cân nặng của trẻ nhóm đa ối vừa/nặng thấp hơn so với nhóm đa ối nhẹ ($p < 0,05$).

Bảng 6. Điểm APGAR phút thứ nhất

Đặc điểm	APGAR phút thứ nhất < 7		APGAR phút thứ nhất ≥ 7		p
	n	%	n	%	
Mức độ đa ối					
Đa ối nhẹ (n = 134)	5	3,73	129	96,3	< 0,05
Đa ối vừa, nặng (n = 6)	3	50,0	3	50,0	
Nguyên nhân gây đa ối					
Đái tháo đường (n = 27)	0	0	27	100	> 0,05
Bất thường thai nhi (n = 13)	4	30,8	9	69,2	< 0,05
Chưa rõ nguyên nhân (n = 102)	4	3,9	98	96,1	> 0,05
Tổng (n = 140)					
	8	5,7	132	94,3	-

Trẻ có APGAR phút thứ nhất < 7 điểm chiếm 5,7%. APGAR sau sinh ở phút thứ nhất < 7 điểm chủ yếu gặp ở nhóm đa ối vừa/nặng (p < 0,05). Tỷ lệ APGAR < 7 điểm ở phút thứ nhất cao nhất ở nhóm đa ối do nguyên nhân bất thường thai nhi (30,8%). Tỷ lệ APGAR phút thứ nhất < 7 điểm ở nhóm bất thường thai nhi chủ yếu gặp ở nhóm đa ối vừa/nặng (p < 0,05).

4. BÀN LUẬN

Về mức độ đa ối, kết quả chúng tôi cho thấy có mối liên quan rõ rệt giữa mức độ đa ối và nguyên nhân bệnh lý. Ở đa ối nhẹ, phần lớn do vô căn (74,6%). Điều này phù hợp với nghiên cứu Kechagias K.S và cộng sự (2024) có đa ối nhẹ thường không kèm dị tật bẩm sinh [3]. Mặc dù đái tháo đường thai kỳ được coi là yếu tố nguy cơ, dữ liệu của chúng tôi và của Nguyễn Ngọc Phương (2016) cho thấy tỷ lệ đái tháo đường ở nhóm đa ối nhẹ không cao, và tỷ lệ bất thường thai nhi chỉ chiếm một phần nhỏ [4]. Điều này gợi ý rằng trong đa ối nhẹ thì do chưa rõ nguyên nhân, đái tháo đường không phải là yếu tố chính. Ngược lại, ở nhóm đa ối vừa và nặng, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bất thường bẩm sinh lên tới 66,7%, trong khi không có trường hợp nào mắc đái tháo đường. Kết quả này cho thấy sự khác biệt rõ rệt về cơ chế bệnh sinh giữa các mức độ đa ối, đồng thời phù hợp với phân tích của Kechagias K.S và cộng sự (2024), rằng mức độ đa ối càng nặng thì nguy cơ sinh non, tử vong chu sinh và dị tật bẩm sinh càng cao [3]. Những

phát hiện này nhấn mạnh giá trị lâm sàng của việc phân loại đa ối theo mức độ trong định hướng chẩn đoán và xử trí.

Hầu hết sản phụ trong nghiên cứu này sinh con ở tuổi thai đủ tháng ($38,0 \pm 1,9$ tuần). Trong đa ối nhẹ, 84,3% sản phụ chuyển dạ ở tuổi thai ≥ 37 tuần, cho thấy phần lớn có diễn tiến thai kỳ ổn định và ít nguy cơ sinh non. Ngược lại, ở nhóm đa ối vừa và nặng, 50% trường hợp chuyển dạ ở tuổi thai 28-32 tuần. Nghiên cứu của Kechagias K.S và cộng sự (2024) cũng cho thấy đa ối vừa và nặng liên quan đến nguy cơ sinh non tăng đáng kể (RR = 1,96; 95% CI: 1,45-2,65), ngay cả khi không có bất thường cấu trúc đi kèm [3]. Ngoài ra, kết quả chúng tôi cũng có tỷ lệ cao hơn các biến cố chu sinh bất lợi như vỡ ối sớm, xuất huyết sau sinh và tử vong chu sinh ở đa ối nặng. Điều này củng cố rằng đa ối không chỉ là một dấu hiệu siêu âm mang tính mô tả, mà còn có giá trị dự báo các kết cục thai kỳ bất lợi.

Tỷ lệ sản phụ phải khởi phát chuyển và mổ lấy thai trong nghiên cứu của chúng tôi là 75,7% và 74,3%. Con số này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Phương (2016) với tỷ lệ mổ lấy thai là 45,9% [4]. Dù vậy, các tác giả đều nhất quán cho rằng tình trạng đa ối là yếu tố góp phần làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai.

Về các biến chứng của sản phụ trước và sau đẻ, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả các biến chứng giống như y văn thế giới đã đề cập như ối vỡ non/sớm, đờ tử cung, chảy máu sau đẻ..., trong đó tỷ lệ sản phụ đẻ non (17,1%) chiếm tỷ lệ cao nhất. Nghiên cứu của Phạm Chí Kông và cộng sự cho kết quả tỷ lệ ối vỡ non là 5,4% và tỷ lệ ối vỡ sớm là 18,9% [5]. Dù tỷ lệ ối vỡ trong của chúng tôi thấp hơn, tình trạng đa ối vẫn được chứng minh là một yếu tố nguy cơ góp phần làm tăng tỷ lệ ối vỡ. Cụ thể, những sản phụ bị đa ối vô căn có nguy cơ tăng tỷ lệ ối vỡ non so với những trường hợp nước ối bình thường, điều này có thể liên quan đến tình trạng căng quá mức buồng tử cung [6]. Ngoài ra, biến chứng chảy máu sau đẻ, đẻ non, ngôi bất thường cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi. Đây cũng một biến chứng phổ biến do tử cung bị giãn căng quá mức trong thời gian mang thai đa ối.

Về cân nặng của trẻ ở nghiên cứu của chúng tôi, nhóm đa ối nhẹ, phần lớn trẻ có cân nặng khoảng 2500-3450 g (62,7%), trẻ nhẹ cân (< 2500 g) chiếm 3%). Trong khi đó, đa ối vừa/nặng có tỷ lệ trẻ nhẹ cân tăng rõ rệt lên, và không ghi nhận trường hợp nào có cân nặng ≥ 3500 g. Chúng tôi cũng tìm thấy sự khác biệt về cân nặng sơ sinh giữa đa ối nhẹ và đa ối vừa/nặng (p < 0,05). Magann E.F và cộng sự (2007) cũng cho thấy đa ối nặng có liên quan đến tỷ lệ cao hơn các bất thường thai, sinh non và trẻ sơ sinh nhẹ cân so với đa ối nhẹ hoặc bình thường [7]. Điều này chỉ ra rằng đa ối nặng hơn có thể liên quan đến nguy cơ thai nhẹ cân cao hơn.

Về chỉ số APGAR phút thứ nhất, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ APGAR < 7 điểm là 5,7%, tương tự kết quả của Phạm Chí Kông và cộng sự (2021) với 6,3% [5], nhưng thấp hơn đáng kể so với Nguyễn Ngọc Phương (2016) với 28,5% [4]. Trong nghiên cứu của Yefet E và cộng sự (2015) trên 134 trường hợp đa ối, chỉ có 1 trẻ (0,75%) có APGAR phút thứ nhất < 7 điểm [8]. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm cơ cấu dân số nghiên cứu, tiêu chí lựa chọn, nguyên nhân đa ối cũng như chất lượng chăm sóc sản khoa và sơ sinh tại các cơ sở y tế khác nhau. Tỷ lệ suy hô hấp sơ sinh tuy tồn tại nhưng không cao, phản ánh hiệu quả của việc theo dõi và xử trí sản khoa phù hợp. Đặc biệt, ở đa ối do đái tháo đường thai kỳ hoặc vô căn, phần lớn trẻ có điểm APGAR phút thứ nhất ≥ 7 điểm (khoảng 90%). Ngược lại, nhóm đa ối liên quan đến bất thường thai nhi ghi nhận tới tỷ lệ APGAR < 7 điểm tới 30,8%, cao hơn so báo cáo của Phạm Chí Kông và cộng sự (25%) [5]. Những kết quả này nhấn mạnh rằng, kết cục sơ sinh phụ thuộc đáng kể vào nguyên nhân đa ối, đặc biệt khi có bất thường cấu trúc hoặc nhiễm sắc thể. Do đó, việc phân loại nguyên nhân đa ối ngay từ giai đoạn trước sinh có vai trò quan trọng trong chăm sóc tiền sản và quản lý sản khoa cá thể hóa cho nhóm nguy cơ này.

5. KẾT LUẬN

Đa ối mức độ nhẹ và đa ối chưa rõ nguyên nhân chiếm đa số. Có sự khác biệt về trọng lượng trẻ sơ sinh và chỉ số điểm APGAR phút thứ nhất giữa các mức độ đa ối nhẹ và đa ối vừa/nặng ($p < 0,05$). Các biến chứng của đa ối với thai kỳ là ối vỡ non/sớm, chảy máu sau đẻ, sinh non.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y Dược Huế. Lý thuyết chuyên ngành 1, 2, 3 sản phụ khoa. Trường Đại học Y Dược Huế, 2015, tr. 107-118.
- [2] Wiegand S.L, Beamon C.J, Chescheir N.C, Stamilio D. Idiopathic polyhydramnios: Severity and perinatal morbidity. *Am J Perinatol*, 2016, 33 (7): 658-664.
- [3] Kechagias K.S, Triantafyllidis K.K, Zouridaki G, Savvidou M. Obstetric and neonatal outcomes in pregnant women with idiopathic polyhydramnios: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*, 2024, 14 (1): 5296.
- [4] Nguyễn Ngọc Phương. Nghiên cứu một số nguyên nhân và kết quả thai nghén của các trường hợp đa ối mạn tính tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, 2016.
- [5] Phạm Chí Kông, Trần Hữu Toán. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí ở sản phụ mang thai đa ối ba tháng cuối. *Tạp chí Phụ Sản*, 2021, 19 (1): 23-9.
- [6] Brace R.A, Wolf E.J. Normal amniotic fluid volume changes throughout pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, 1989, 161 (2): 382-8.
- [7] Magann E.F, Chauhan S.P, Doherty D.A, Lutgendorf M.A, Magann M.I, Morrison J.C. A review of idiopathic hydramnios and pregnancy outcomes. *Obstet Gynecol Surv*, 2007, 62 (12): 795-802.
- [8] Yefet E, Daniel-Spiegel E. Outcomes from polyhydramnios with normal ultrasound. *Pediatrics*, 2016, 137 (2): e20151948.