

OBSTETRIC OUTCOMES OF INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION CASES FROM 37 WEEKS AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Phan Thi Huyen Thuong^{1,2*}, Nguyen Le Minh³

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

²VNU University of Medicine and Pharmacy - 144 Xuan Thuy, Cau Giay Ward, Hanoi City, Vietnam

³Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 26/02/2026

Revised: 25/03/2026; Accepted: 24/04/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate maternal outcomes in cases of fetal growth restriction from 37 weeks of gestation at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital.

Objects and Methods: This prospective cross-sectional study included 139 pregnant women diagnosed with fetal growth restriction from 37 weeks of gestation, who were followed up and delivered at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital between January 2025 and October 2025.

Results: The mean gestational age at pregnancy termination was 38.1 ± 0.7 weeks. The cesarean section rate was 77%, while vaginal delivery accounted for 23%. The most common indications for cesarean delivery were previous cesarean section (19.4%) and fetal distress (9.4%). Labor induction was performed in 5.8% of cases, with a success rate of 75% and a failure rate of 25%. The mean length of maternal hospital stay was 3.33 days. The proportion of hospital stays longer than 3 days was 45.8% among women who underwent cesarean delivery and 18.8% among those who had vaginal delivery.

Conclusion: The timing of pregnancy termination should be carefully determined by balancing the benefits of continued surveillance against the risk of intrauterine fetal demise, and is generally recommended after 38 weeks of gestation. Fetal growth restriction alone is not an absolute indication for cesarean delivery. In cases of cesarean birth, the length of hospital stay is longer compared with vaginal delivery.

Keywords: Fetal growth restriction; pregnancy outcomes.

*Corresponding author

Email: phanhuyenthuong@gmail.com Phone: (+84) 982990747 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4897



KẾT CỤC SẢN KHOA CỦA CÁC TRƯỜNG HỢP THAI CHẬM PHÁT TRIỂN TRONG TỬ CUNG TỪ 37 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Phan Thị Huyền Thương^{1,2*}, Nguyễn Lê Minh³

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

³Trường Đại học Y Hà Nội – 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 26/02/2026

Ngày chỉnh sửa: 25/03/2026; Ngày duyệt đăng: 24/04/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét kết cục sản khoa ở 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 nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca tiến cứu trên 139 sản phụ được chẩn đoán thai chậm phát triển trong tử cung từ 37 tuần, theo dõi và kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 10 năm 2025.

Kết quả: Tuổi thai trung bình lúc chấm dứt thai kỳ là $38,1 \pm 0,7$ tuần. Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 77%, đẻ thường 23%. Chỉ định mổ lấy thai do mổ cũ chiếm 19,4%; thai suy chiếm 9,4%. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ 5,8%, trong đó thành công 75%, thất bại 25%. Thời gian nằm viện trung bình của sản phụ là 3,33 ngày. Tỷ lệ nằm viện >3 ngày với đẻ mổ là 45,8%, đẻ thường là 18,8%.

Kết luận: Cân nhắc lợi ích theo dõi thêm với nguy cơ thai chết lưu trong tử cung để lựa chọn chính xác thời điểm chấm dứt thai kỳ. Đối với thai chậm phát triển trong tử cung đủ tháng, việc kéo dài thai kỳ sau tuần 38 có thể không còn mang lại lợi ích tăng trưởng mà còn làm tăng nguy cơ thai nhi rơi vào mức độ CPTTTC nghiêm trọng hơn (bách phân vị <3rd). Các trường hợp sinh mổ thì thời gian nằm viện là dài hơn sinh thường.

Từ khóa: Thai chậm phát triển trong tử cung, kết cục thai kỳ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai chậm phát triển trong tử cung (CPTTTC) là tình trạng thai nhi không đạt được tiềm năng tăng trưởng tối đa theo yếu tố di truyền về chủng tộc và giới tính, do các nguyên nhân bệnh lý, trong đó rối loạn chức năng bánh rau là nguyên nhân chủ yếu [1]. Về phía mẹ, các trường hợp thai chậm phát triển trong tử cung làm tăng nguy cơ mổ lấy thai và can thiệp sản khoa, từ đó làm tăng tỷ lệ chảy máu, nhiễm trùng, tai biến gây mê – hồi sức và thời gian nằm viện kéo dài [2]. Hiện tại chưa có phương pháp dự phòng hay điều trị nào có thể giúp cải thiện được kết cục của thai CPTTTC. Việc 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.

Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về kết cục thai kỳ các trường hợp thai chậm phát triển trong tử cung ở nhóm thai đủ tháng. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Nhận xét kết cục sản khoa ở các trường hợp thai chậm phát triển trong tử cung từ 37 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên các sản phụ có chẩn đoán thai chậm phát triển trong tử cung, được theo dõi và kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 đến hết ngày 31 tháng 10 năm 2025. Đồng thời, các sản phụ đáp ứng được các tiêu chuẩn của nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đơn thai, thai sống, 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 1 từ tuần thai 10⁺⁰ đến tuần 13⁺⁶ (theo Hiệp hội Siêu âm Sản phụ khoa Thế giới ISUOG). Thai được siêu âm, có dự đoán cân nặng thai nằm dưới bách phân vị thứ 10 theo công thức của Hadlock với sai số 9%, sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu [3].

Tiêu chuẩn loại trừ: Đa thai, thai dị tật bẩm sinh (bất thường nhiễm sắc thể được chẩn đoán bằng nhiễm sắc thể đồ thông qua chọc ối hoặc bất thường về hình thái học qua siêu âm). Sản phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* nghiên cứu mô tả loạt ca tiến cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: phanhuyenthuong@gmail.com Điện thoại: (+84) 989330139 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4897

* **Cỡ mẫu:** chọn mẫu toàn bộ các trường hợp được chẩn đoán thai chậm phát triển trong tử cung từ 37 tuần 0 ngày tại các khoa khối Sản tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội nhập viện trong khoảng thời gian từ tháng 01/2025 đến tháng 10/2025, đồng ý tham gia nghiên cứu. Trên thực tế, chúng tôi đã lựa chọn được 139 sản phụ đáp ứng được các tiêu chuẩn trong thời gian của nghiên cứu.

* **Phương pháp chọn mẫu:** Thuận tiện.

* **Các bước tiến hành nghiên cứu:** (1) Lựa chọn các sản phụ được chẩn đoán thai chậm phát triển trong tử cung từ tuần thứ 37, đáp ứng được các tiêu chuẩn của nghiên cứu, (2) Siêu âm Doppler thai nhi và theo dõi mornitorung sản khoa theo phác đồ, (3) Theo dõi tình trạng thai, (4) Thu thập kết cục sản khoa về phía mẹ liên quan đến chỉ định, thời điểm và phương pháp kết thúc thai kỳ, thời gian nằm viện, (5) Xử lý, trình bày và phân tích kết quả nghiên cứu.

* **Các chỉ số trong nghiên cứu:** Thời điểm kết thúc thai kỳ tính bằng tuần thai (37 tuần, 38 tuần, 39 tuần, 40 tuần), phương pháp kết thúc thai kỳ (đẻ mổ, đẻ thường), tỷ lệ khởi phát chuyển dạ (có, không), đặc điểm của các trường hợp thai CPTTTC được KPCD (phương thức KPCD, tỷ lệ thành công – thất bại), tỷ lệ các chỉ định mổ lấy thai, liên quan giữa thời gian nằm viện và phương thức sinh.

* **Xử lý số liệu:** Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Test kiểm định: Chi-square test (χ^2) (được hiệu chỉnh Fisher's exact test khi thích hợp), test so sánh hai tỉ lệ. Các phép kiểm định, so sánh có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Phụ sản Hà Nội theo Quyết định số CS/PSHN/DC/25/12 vào ngày 18/07/2025. Số liệu đã được Bệnh viện Phụ sản Hà Nội cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Thời điểm và phương thức kết thúc thai kỳ ở các trường hợp thai CPTTTC

Đặc điểm	n	%
Thời điểm kết thúc thai kỳ		
37 tuần	27	20,1
38 tuần	73	52,5
39 tuần	35	25,2
40 tuần	3	2,2
Tuổi thai trung bình ± SD	38,1 ± 0,7	
Phương thức kết thúc thai kỳ		
Đẻ mổ	107	77,0
Đẻ thường	32	23,0
Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ		
Có	8	5,8
Không	131	94,2

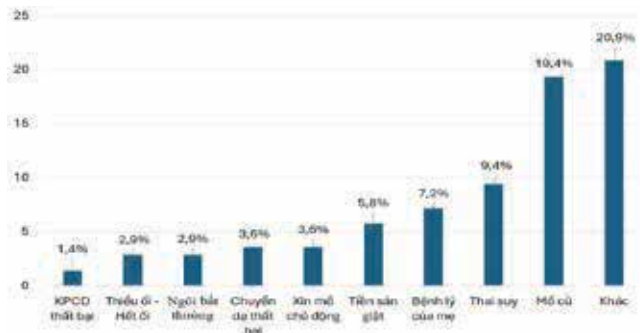
Nhận xét: Phần lớn tuổi thai trường hợp thai CPTTTC được chấm dứt thai kỳ lúc 38 tuần (52,5%). Tỷ lệ đẻ mổ chiếm

ưu thế lớn, với 77,0%, gấp 3,3 lần đẻ thường (23,0%) và chỉ có 5,8% trường hợp thai CPTTTC được chỉ định khởi phát chuyển dạ (KPCD).

Bảng 3.2. Đặc điểm các trường hợp thai CPTTTC được kết thúc thai kỳ bằng phương pháp khởi phát chuyển dạ

Đặc điểm	n = 8	%	
Phương thức KPCD	Propess	4	50,0
	Bóng COOK	4	50,0
Tỷ lệ thành công – thất bại	Thành công	6	75,0
	Thất bại	2	25,0

Nhận xét: Trong 8 trường hợp được KPCD, propess và bóng COOK được sử dụng với tỷ lệ bằng nhau (50%). Tỷ lệ thành công của quá trình KPCD là 75,0%, cao hơn tỷ lệ thất bại (25,0%).



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm chỉ định mổ lấy thai ở các trường hợp thai CPTTTC

Nhận xét: Chỉ định mổ lấy thai do mổ cũ là nguyên nhân phổ biến nhất, chiếm 19,4%, các chỉ định như tiền sản giật, chuyển dạ thất bại chiếm tỷ lệ thấp hơn (<6%). Nhóm nguyên nhân “Khác” chiếm tỷ lệ 20,9% bao gồm các chỉ định như mẹ lớn tuổi, bất tương xứng đầu chậu...

Bảng 3.3. Thời gian nằm viện sau sinh và phương pháp sinh

Phương pháp sinh	Đẻ mổ		Đẻ thường		Tổng		OR (95% CI)	p
	n	%	n	%	n	%		
Thời gian nằm viện >3 ngày	49	45,8	6	18,8	55	39,6	3,6 (1,4 – 9,6)	< 0,05
Thời gian nằm viện ≤ 3 ngày	58	54,2	26	81,3	84	60,4		
Tổng	107	100	32	100	139	100		
TB ± SD (Min – Max)			3,3 ± 1,1 (1 – 6) ngày					

Giá trị p được tính bằng Chi – Square Test

Nhận xét: Thời gian mẹ nằm viện sau sinh trung bình là 3,3 ± 1,1 ngày, dao động từ 1 đến 6 ngày. Sản phụ đẻ mổ có tỷ lệ nằm viện >3 ngày (45,8%) cao gấp 3,6 lần so với sản phụ đẻ thường (18,8%).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 139 sản phụ được chẩn đoán thai CPTTTC từ tuần 37, đã theo dõi và chấm dứt thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 01 năm 2025 đến hết tháng 10 năm 2025. Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy, tuổi thai trung bình lúc chấm dứt thai kỳ trong

ngiên cứu là $38,1 \pm 0,7$ tuần. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Thạch Thảo Đan Thanh (2017) là $37,28 \pm 2,34$ tuần và Đinh Thanh Hà (2024) là $38,6 \pm 1,1$ tuần [4, 5].

Trước tình trạng thai chậm phát triển trong tử cung với nhiều nguy cơ xảy ra, việc lựa chọn phương pháp chấm dứt thai kỳ như thế nào có vai trò hết sức quan trọng giúp giảm các biến cố bất lợi cho mẹ cũng như đảm bảo được sức khỏe cho con. Thai chậm phát triển trong tử cung đơn thuần không phải chỉ định mổ lấy thai. Mổ lấy thai chủ động khi có những yếu tố chống chỉ định sinh đường âm đạo như có bằng chứng toan hóa máu thai nhi, xuất hiện nhịp giảm khi không có hoặc có những cơn gò tử cung. Với những thai chậm phát triển có tình trạng thai còn tiên lượng tốt, tuổi thai cho phép thì xem xét cho sinh đường âm đạo.

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ mổ lấy thai rất cao, chiếm 77%. Kết quả này gần tương đồng với tác giả Young (2009) với tỷ lệ mổ lấy thai 69,7% và tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Trương Mỹ Ngọc là 73,3% [6, 7]. Trong đó, nhóm nguyên nhân “Khác” chiếm tỷ lệ 20,9% bao gồm các chỉ định như mẹ lớn tuổi, bất tương xứng đầu chậu, thai IVF... Tỷ lệ mổ lấy thai cao này phản ánh chiến lược quản lý thận trọng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, nhằm giảm thiểu nguy cơ bất lợi với thai như suy thai cấp trong chuyển dạ. Các trường hợp thai chậm phát triển đều tiềm ẩn yếu tố nguy cơ mất tim thai trong chuyển dạ. Thai CPTTTC thường non hơn thai kỳ bình thường, khó có thể chịu đựng được suốt quá trình chuyển dạ và số thai qua đường âm đạo. Chính vì vậy mổ đẻ là phương pháp cần nhắc được sử dụng. Tuy nhiên, không phải trường hợp nào thai CPTTTC cũng đều phải mổ đẻ. Mổ đẻ cũng cần phải có các chỉ định chặt chẽ riêng. Biểu đồ 3.1 cho thấy nguyên nhân mổ lấy thai ở các trường hợp thai CPTTTC chủ yếu là do vết mổ cũ tử cung (19,4%), tương đương với nghiên cứu của Đinh Thanh Hà là 29,1% [5]. Tỷ lệ mổ do khởi phát chuyển dạ thất bại chiếm tỷ lệ thấp, chỉ 3,8% toàn mẫu, kết quả này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Thạch Thảo Đan Thanh là 20,83% và thấp hơn Đinh Thanh Hà 29,1% [4, 5]. Điều này cho thấy mức độ chậm phát triển trong tử cung không phải chỉ định dẫn đến lựa chọn phương thức chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai. Phương pháp mổ lấy thai ở các thai CPTTTC chỉ được đặt ra khi quá trình theo dõi hoặc trong chuyển dạ phát hiện dấu hiệu thai suy hay chỉ định từ các bệnh lý sản khoa khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ khởi phát chuyển dạ có 8 trường hợp, chỉ đạt 5,8%, thấp hơn đáng kể so với một số báo cáo quốc tế, nơi tỷ lệ này dao động 20–40% tùy theo chiến lược xử trí của từng trung tâm. Các trường hợp khởi phát chuyển dạ (8 trường hợp) là các trường hợp cổ tử cung thuận lợi hơn, không có sẹo mổ cũ, Doppler tốt hơn. Ví dụ, nghiên cứu DIGITAT (2010) của nhóm tác giả Hà Lan gồm Boers và các cộng sự ghi nhận 39% trường hợp CPTTTC được chỉ định khởi phát chuyển dạ khi tuổi thai ≥ 36 tuần. Nghiên cứu này chỉ ra đối với phụ nữ mang đơn thai bị nghi ngờ chậm phát triển trong tử cung ở tuổi thai từ 36^{0/7} tuần đến 41^{0/7} tuần, khởi phát chuyển dạ không ảnh hưởng đến tỷ lệ các kết quả bất lợi cho trẻ sơ sinh, cũng như tỷ lệ sinh ngã âm đạo có can thiệp hoặc mổ lấy thai [8]. Về phương thức khởi phát, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có hai phương pháp chính được sử dụng là Propess và bóng Cook, mỗi loại chiếm 50%. Đây cũng là hai phương pháp thường được khuyến cáo trong hướng dẫn quốc tế khi cổ tử cung chưa thuận lợi (Bishop < 6). Nghiên cứu của Jozwiak và cộng sự (2012) cho thấy bóng Cook và prostaglandin có hiệu quả tương đương trong làm chín muồi cổ tử cung, nhưng bóng Cook có tỷ lệ tăng tần số cơn gò tử cung thấp hơn, phù hợp với yêu cầu an toàn hơn ở nhóm thai CPTTTC vốn dễ bị suy thai khi cơn gò tử cung mạnh [9]. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công

là 75%, thất bại là 25%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Đinh Thanh Hà (2024) với tỉ lệ thành công là 70,9%, tỉ lệ thất bại là 29,1% và tương đồng với nghiên cứu của Cecilia Villalain (2020) cũng cho thấy tỷ lệ thất bại sau khởi phát chuyển dạ chỉ khoảng 14–27% [5]{Villalain, 2020 #834}.

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian nằm viện trung bình của sản phụ là 3,33 ngày. Khi phân tích theo phương thức sinh, nghiên cứu ghi nhận sản phụ sinh sinh mổ có nguy cơ nằm viện >3 ngày cao hơn 3,66 lần so với đẻ thường (OR=3,66; 95%CI: 1,4 – 9,6), với $p < 0,05$, kết quả này có ý nghĩa thống kê, cho thấy sinh mổ kéo dài thời gian nằm viện hơn so với sinh thường do cần hồi phục hậu phẫu, kiểm soát đau và theo dõi biến chứng để đạt tình trạng ổn định.

5. KẾT LUẬN

Tuổi thai trung bình lúc chấm dứt thai kỳ là $38,1 \pm 0,7$ tuần. Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm đa số trong các trường hợp thai CPTTTC với tỷ lệ 77% với nguyên nhân phổ biến nhất là do sẹo mổ lấy thai trước đó. Chỉ có 5,8% sản phụ được chỉ định khởi phát chuyển dạ nhưng có đến 75% trong số này là KPCD thành công. Thời gian nằm viện trung bình của sản phụ là 3,33 ngày. Tỷ lệ nằm viện >3 ngày với đẻ mổ là 45,8%, với đẻ thường là 18,8%. (OR=3,66; 95%CI: 1,4 – 9,6), với $p < 0,05$, các trường hợp sinh mổ thì thời gian nằm viện càng dài.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Duy Ánh và các cộng sự. Giáo trình Sản phụ khoa: dành cho học viên Sau đại học (Tập 1). Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội, 2022.
- [2] Sharma, Prachi và Mehta, Amiya U. Study of fetomaternal implications in intrauterine growth restriction pregnancies. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics Gynecology*. 2024;13(4), tr. 895-899, DOI: <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20240783>.
- [3] Hadlock Frank P và các cộng sự. Estimation of fetal weight with the use of head, body, and femur measurements—a prospective study. *American journal of obstetrics gynecology*. 1985; 151(3), tr. 333-337, DOI: 10.1016/0002-9378(85)90298-4.
- [4] 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. 2017; *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tr. 21(1), 97-101, DOI: 10.56535/jmpm.v49i9.911.
- [5] Đinh Thanh Hà và các cộng sự. Kết cục thai chậm tăng trưởng trong tử cung từ 34 tuần tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Nha Trang. 2024; *Tạp chí Y Dược học Quân sự*. 49(9), tr. 153-162, DOI: 10.56535/jmpm.v49i9.911.
- [6] Byun Young Ji và các cộng sự. Umbilical artery Doppler study as a predictive marker of perinatal outcome in preterm small for gestational age infants. *Onsei medical journal*. 2009; 50(1), tr. 39, DOI: 10.3349/ymj.2009.50.1.39.
- [7] Trương Mỹ Ngọc và các cộng sự. Kết cục thai kỳ các trường hợp thai nhỏ so với tuổi thai. 2020; *Tạp chí Phụ sản*. 18(1), tr. 32-37, DOI: 10.46755/vjog.2020.1.771.
- [8] Boers, KE và các cộng sự. Induction versus expectant monitoring for intrauterine growth restriction at term: randomised equivalence trial (DIGITAT). *BMJ*. 2010; 341, DOI: 10.1136/bmj.c7087.
- [9] Jozwiak, Marta và các cộng sự. Mechanical methods for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2012, DOI: 10.1002/14651858.CD001233.pub2.