

STUDY ON THE PREVALENCE, CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS, CAUSES, AND PREGNANCY OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN WITH OLIGOHYDRAMNIOS AT DONG NAI 2 HOSPITAL IN 2025

Lam Duc Tam^{1*}, Son Thi Lam Thuy¹, Le Nguyen Trong Nhan²

¹Can Tho University of Medicine and Pharmacy

²Vinmec Can Tho General Hospital

Received: 25/06/2026

Revised: 23/07/2026; Accepted: 24/07/2026

ABSTRACT

Background: Abnormalities of amniotic fluid volume, including both polyhydramnios and oligohydramnios, may increase maternal and perinatal morbidity and mortality. Among these, oligohydramnios is a significant risk factor that directly affects fetal development and contributes to a higher likelihood of labor complications or the need for cesarean delivery. Oligohydramnios is defined as a reduction in amniotic fluid volume relative to gestational age.

Objectives: To determine the prevalence, clinical and paraclinical characteristics, causes of oligohydramnios, and to evaluate pregnancy outcomes in women with oligohydramnios at Dong Nai 2 Hospital in 2025.

Materials and Methods: This case-series study included 77 pregnant women with oligohydramnios identified among 650 pregnant women with a gestational age of more than 28 weeks who met the study inclusion criteria.

Results: The prevalence of oligohydramnios in this study was 11.85%. The mean maternal age was 29.25 ± 5 years, with women aged 20 to <35 years accounting for 88.31% of cases. Primigravida women represented 62.34% of the study population. Normal gestational weight gain (8–12 kg) was observed in 74.03% of participants. Cephalic presentation was predominant, accounting for 92.21% of cases. The mean fundal height was 28.45 ± 2.6 cm, and the mean abdominal circumference was 92.6 ± 6.0 cm. The average fetal heart rate was 141 ± 5.13 beats per minute. Vertex presentation was observed in 95% of cases. The mean amniotic fluid index was 3.76 ± 1.24 cm. Mean biparietal diameter and femur length were 88.8 ± 5.2 mm and 69.3 ± 3.9 mm, respectively. No cases of fetal congenital anomalies or intra-amniotic infection were recorded. Umbilical cord abnormalities were identified in 2.6% of cases. Isolated oligohydramnios accounted for the majority of cases (94.8%). Cesarean section was the most common mode of delivery among women with oligohydramnios (83.12%). Clear amniotic fluid was observed in 92.21% of deliveries. The mean neonatal birth weight was $3,017 \pm 488.69$ g, and favorable neonatal outcomes, defined as an Apgar score ≥ 7 , were recorded in 98.7% of newborns.

Conclusion: Pregnant women with oligohydramnios generally exhibited clinical and ultrasonographic characteristics within normal ranges. Cesarean delivery was the most common mode of pregnancy termination. Isolated oligohydramnios was identified as the predominant etiology.

Keywords: Oligohydramnios, cesarean section.

*Corresponding author

Email: linhletrshs@gmail.com Phone: (+84) 982990747 DOI: 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

NGHIÊN CỨU TỈ LỆ, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, NGUYÊN NHÂN VÀ KẾT CỤC THAI KỲ Ở THAI PHỤ THIỂU ỒI TẠI BỆNH VIỆN ĐỒNG NAI 2 NĂM 2025

Lâm Đức Tâm^{1*}, Sơn Thị Lam Thùy¹, Lê Nguyễn Trọng Nhân²

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Vinmec Cần Thơ

Ngày nhận bài: 25/6/2026

Ngày chỉnh sửa: 23/7/2026; Ngày duyệt đăng: 24/07/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bất thường về nước ối, bao gồm cả đa ối và thiếu ối, đều có thể làm tăng nguy cơ bệnh tật và tử vong đối với mẹ và thai nhi. Trong đó, thiếu ối là yếu tố nguy cơ nghiêm trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến sự phát triển của thai nhi và góp phần làm gia tăng khả năng đẻ khó hoặc cần phải mổ lấy thai. Thiếu ối được định nghĩa là tình trạng giảm thể tích nước ối so với tuổi thai.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân thiếu ối và đánh giá kết cục thai kỳ ở sản phụ thiếu ối tại Bệnh viện Đồng Nai 2 năm 2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu báo cáo hàng loạt ca. Cụ thể là 77 thai phụ thiếu ối trên 650 sản phụ có tuổi thai lớn 28 tuần.

Kết quả: Tỷ lệ thiếu ối trong nghiên cứu là 11,85%. Tuổi mẹ trung bình $29,25 \pm 5$ tuổi với 88,31% phụ nữ tuổi 20-35 tuổi; mang thai lần đầu (62,34%); tăng cân bình thường chiếm 74,03% ở nhóm 8-12kg; ngôi chòm chiếm ưu thế 92,21%. Bề cao tử cung $28,45 \pm 2,6$ cm. Vòng bụng $92,6 \pm 6,0$ cm. Tim thai trung bình $141 \pm 5,13$ nhịp/phút. Ngôi đầu chiếm 95%, chỉ số ối trung bình $3,76 \pm 1,24$ cm. Đường kính lưỡng đỉnh thai nhi là $88,8 \pm 5,2$ mm. Chiều dài xương đùi là $69,3 \pm 3,9$ mm. Không ghi nhận trường hợp dị tật thai nhi hay nhiễm khuẩn bào thai. Bất thường dây rốn được ghi nhận ở 2,6% trường hợp. Thiếu ối đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất với 94,8%. Mổ lấy thai là phương pháp sanh thường gặp của thiếu ối (83,12%). Sau mổ nước ối bình thường chiếm 92,21% và cân nặng trẻ sơ sinh trung bình là $3017 \pm 488,69$ gr; tình trạng bé lúc mang sinh có chỉ số Apgar tốt là 98,7%.

Kết luận: Các trường hợp thiếu ối đều có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trong giới hạn bình thường và kết quả điều trị chủ yếu là phẫu thuật mổ lấy thai. Nguyên nhân chủ yếu là thiếu ối đơn thuần.

Từ khóa: Thiếu ối, mổ lấy thai.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nước ối giữ vai trò quan trọng trong sự phát triển và bảo vệ thai nhi suốt thai kỳ. Bất thường về thể tích nước ối, đặc biệt là thiếu ối, có thể ảnh hưởng đáng kể đến kết cục chu sinh. Thiếu ối được xác định khi thể tích nước ối giảm so với tuổi thai, thường được chẩn đoán trên siêu âm khi chỉ số nước ối (AFI) ≤ 5 cm hoặc túi ối sâu nhất < 2 cm. Nguyên nhân có thể liên quan đến giảm bài niệu thai, suy chức năng tử cung – nhau, vỡ ối, dị tật bẩm sinh hoặc các bệnh lý của mẹ như tăng huyết áp và đái tháo đường; tuy nhiên, vẫn có những trường hợp không xác định được căn nguyên rõ ràng [1]. Nhiều nghiên cứu cho thấy thiếu ối làm tăng nguy cơ suy thai, ngạt sau sinh và gia tăng tỷ lệ mổ lấy thai. Tỷ lệ mắc thay đổi tùy theo tuổi thai và quần thể nghiên cứu, có xu hướng tăng khi thai kỳ tiến gần đủ tháng. Một nghiên cứu cắt ngang lớn trên 112.424 ca sinh tại 39 bệnh viện ở Trung Quốc ghi nhận tỷ lệ thiếu ối ở thai đủ tháng (≥ 37 tuần) là 4,4% [2]. Những số liệu này cho thấy thiếu ối là vấn đề lâm sàng có ý nghĩa và cần được theo dõi, xử trí chặt chẽ nhằm hạn chế biến chứng cho mẹ và thai nhi.

Tại Bệnh viện Đồng Nai 2, thai phụ nhập viện với chẩn đoán thiếu ối khá phổ biến và nhiều trường hợp được chỉ định mổ lấy thai. Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu nào

đánh giá một cách hệ thống về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như kết quả xử trí ở nhóm bệnh nhân này tại bệnh viện. Việc khảo sát thực trạng sẽ góp phần cung cấp bằng chứng thực tiễn, làm cơ sở cho việc lựa chọn chiến lược xử trí phù hợp và tối ưu hóa kết cục thai kỳ. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ở sản phụ thiếu ối nhập viện tại Bệnh viện Đồng Nai 2.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những sản phụ đến sanh và nhập viện tại Bệnh viện Đồng Nai 2 từ tháng 6/2025 đến tháng 12/2025, phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Mẫu chung: Tất cả các trường hợp đến sanh tại bệnh viện có tuổi thai lớn hơn 28 tuần.

Mẫu thiếu ối: các thai phụ thỏa tiêu chuẩn chung được chẩn đoán thiếu ối dựa vào tiêu chuẩn siêu âm: Chỉ số ối (AFI) ≤ 5 cm.

Tiêu chuẩn loại trừ: Rỉ ối hoặc vỡ ối. Đa thai. Thai chết lưu trong tử cung. Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: trunghsc14@gmail.com Điện thoại: (+84) 979446799 DOI: 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu báo cáo hàng loạt ca.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 06 đến tháng 12 năm 2025 tại Bệnh viện Đồng Nai 2

Cỡ mẫu: 650 thai phụ thỏa tiêu chuẩn mẫu chung và 77 thai phụ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu thiếu ối và tiêu chuẩn loại trừ.

Phương pháp chọn mẫu: Lấy toàn bộ trường hợp sản phụ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu đến sinh và nhập viện tại Bệnh viện Đồng Nai 2 từ tháng 6/2025 đến tháng 12/2025.

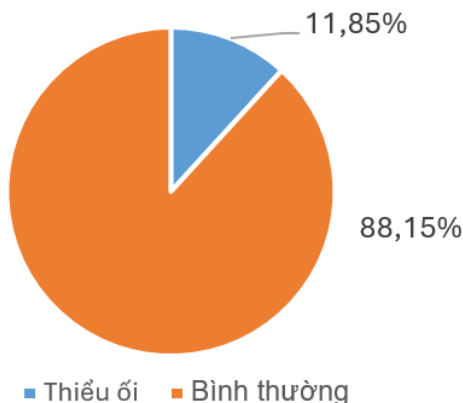
Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung: tuổi, khu vực sống, trình độ văn hóa, nghề nghiệp. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: tiền thai, tiền sử nạo hút thai, tiền sử bệnh lý của mẹ, đặc điểm sanh lần trước, cân nặng trước mang thai, tăng cân trong thai kỳ, nơi khám thai, tuổi thai, bề cao tử cung, vòng bụng, ngôi thai, tim thai, chỉ số nước ối, đường kính lưỡng đỉnh, chiều dài xương đùi, hemoglobin. Đánh giá kết quả điều trị: phương pháp sanh, màu sắc nước ối, chỉ số Apgar, cân nặng trẻ, chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ thiếu ối.

Quy trình tiến hành nghiên cứu: Tiến hành phỏng vấn các sản phụ theo bộ câu hỏi soạn trước, theo dõi diễn tiến và kết cục thai kỳ.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Dữ liệu được kiểm tra, mã hóa, nhập liệu, quản lý bằng Excel và phân tích bằng SPSS 22 và được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm cho biến số không liên tục và trung bình, độ lệch chuẩn cho biến số liên tục.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Tỉ lệ thiếu ối

Nhận xét: Tỉ lệ thiếu ối trong nghiên cứu chiếm 11,85%.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n=77)	Tỷ lệ (%)
Tuổi mẹ Trung bình: 29,25 ± 5 tuổi	<20 tuổi	1	1,30
	20-<35 tuổi	68	88,31
	≥ 35 tuổi	8	10,39
Khu vực	Nông thôn	48	62,34
	Thành thị	29	37,66
Dân tộc	Kinh	69	89,61
	Hoa	5	6,49
	Khmer	2	2,60
	Khác	1	1,30

Đặc điểm		Tần số (n=77)	Tỷ lệ (%)
Trình độ văn hóa	Mù chữ - Tiểu học	1	1,30
	Trung học cơ sở	12	15,58
	Trung học phổ thông	46	59,74
	Cao đẳng-đại học	18	23,28
Nghề nghiệp	Công nhân	40	51,95
	Công nhân viên	18	23,38
	Buôn bán	2	2,6
	Nội trợ	16	20,78
	Làm nông	1	1,3

Nhận xét: nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 20-<35 tuổi với 88,31%. Khu vực sống nông thôn chiếm tỷ lệ cao nhất với 62,34%. Dân tộc chiếm tỷ lệ cao nhất là Kinh với tỷ lệ 89,61%. Trình độ văn hóa trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất với 59,74%. Nghề nghiệp công nhân chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,85%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm tiền sử thai phụ

Đặc điểm		Tần số (n=77)	Tỷ lệ (%)
Tiền thai	Con so	48	62,34
	Con rạ	29	37,66
Tiền sử nạo hút thai	Có	12	15,58
	Không	65	84,42
Tiền sử bệnh lý của mẹ	Có	8	10,39
	Không	69	89,61
Đặc điểm sanh lần trước	Chưa sanh	48	62,34
	Sanh thường	24	31,17
	Sanh mổ	4	5,19
	Sanh hiếm	1	1,30
Tăng cân trong thai kỳ	< 8kg	6	7,79
	8-12 kg	57	74,03
	12-20 kg	10	12,99
	>20 kg	4	5,19
Nơi khám thai	Trạm Y tế	3	3,90
	Bệnh viện	9	11,69
	Phòng khám tư	65	84,42

Nhận xét: Sản phụ mang thai lần đầu chiếm 62,34%; tăng cân bình thường chiếm 74,03%; nơi khám thai chủ yếu là phòng khám tư với 84,42%.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng thai phụ

Đặc điểm		Tần số (n=77)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai Trung bình: 38,5 ± 0,9 tuần	<37 tuần	4	5,2
	37-40 tuần	69	89,6
	>40 tuần	4	5,2
Bề cao tử cung	≤25 cm	2	2,60
	25-<30 cm	54	70,13
	30-<35 cm	14	18,18
	≥35 cm	7	9,09

Đặc điểm		Tần số (n=77)	Tỷ lệ (%)
Vòng bụng	<90 cm	18	23,38
	≥90 cm	59	76,62
Ngôi thai	Đầu	71	92,21
	Mông	5	6,49
	Phức tạp	1	1,30
Tim thai (nhịp phút)	<120	0	0
	120-160	76	98,70
	>160	1	1,30

Nhận xét: Tuổi thai trung bình là 38,9 tuần, có 5,2% từ 40 tuần trở lên. Ngôi thai là ngôi đầu và tim thai nằm trong giới hạn bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất với lần lượt là 92,21% và 98,70%.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng thai phụ

Đặc điểm		Tần số (n=77)	Tỷ lệ (%)
Chỉ số nước ối	≤ 2 cm	12	15,58
	>2-5 cm	65	84,42
Đường kính lưỡng đỉnh	< 90 mm	33	42,86
	≥ 90 mm	44	57,14
Chiều dài xương đùi	< 70 mm	35	45,45
	≥ 70 mm	42	54,55
Hemoglobin	< 11 g/dL	3	3,90
	≥ 11 g/dL	74	96,10

Nhận xét: Chỉ số ối dưới 2 cm chiếm 15,58%. Siêu âm đánh giá đường kính của thai nằm trong giới hạn bình thường.

3.3. Nguyên nhân thiếu ối

Bảng 5. Nguyên nhân thiếu ối

Đặc điểm thai kỳ lần này		Thiếu ối (n=77)	Tỷ lệ (%)
Dị tật thai nhi	Có	0	0
	Không	77	100
Bất thường dây rốn	Có	02	2,6
	Không	75	97,4
Nhiễm khuẩn bào thai	Có	0	0
	Không	77	100

Nhận xét: Trong nhóm 77 thai phụ thiếu ối, không ghi nhận trường hợp nào có dị tật thai nhi hoặc nhiễm khuẩn bào thai (0%). Bất thường dây rốn được ghi nhận ở 2 trường hợp, chiếm 2,6%, trong khi đa số thai phụ không có bất thường dây rốn (97,4%).

Bảng 6. Phân loại nguyên nhân thiếu ối

Nguyên nhân	Thiếu ối (n=77)	Tỷ lệ (%)
Thiếu ối đơn thuần	73	94,8
Do bệnh lý mẹ	2	2,6
Do bất thường thai	0	0
Do phần phụ thai	2	2,6

Nhận xét: Trong nhóm 77 thai phụ thiếu ối, thiếu ối đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất với 94,8% (73 trường hợp).

Thiếu ối do bệnh lý mẹ và bất thường phần phụ thai cùng chiếm 2,6% (2 trường hợp), trong đó các trường hợp liên quan bệnh lý mẹ đều là tăng huyết áp thai kỳ. Không ghi nhận trường hợp thiếu ối do bất thường thai nhi. Kết quả cho thấy phần lớn các trường hợp thiếu ối trong nghiên cứu là thiếu ối đơn thuần, không xác định được nguyên nhân rõ ràng tại thời điểm khảo sát.

3.4. Đánh giá quá trình điều trị

Bảng 7. Đánh giá kết quả điều trị thiếu ối

Đặc điểm		Tần số (n=77)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp sanh	Mổ lấy thai	64	83,12
	Sanh ngã âm đạo	13	16,88
Màu sắc nước ối	Trắng đục	71	92,21
	Xanh	4	5,19
	Vàng xanh	1	1,30
	Khác	1	1,30
Chỉ số Apgar	Phút thứ 1 ≥ 7 điểm	76	98,70
	Phút thứ 5 ≥ 7 điểm	76	98,70
Cân nặng trẻ Trung bình: 3017 ± 488,69 gram	< 2500gram	12	15,58
	2500-<3500gram	54	70,13
	≥ 3500gram	11	14,29

Nhận xét: Mổ lấy thai là phương pháp sanh thường gặp của thiếu ối. Sau mổ nước ối bình thường chiếm 92,21% và cân nặng trẻ sơ sinh trung bình là 3017 ± 488,69 gram.

Bảng 7. Chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ thiếu ối

Chẩn đoán trước và sau mổ	Tần số (n=77)	Tỷ lệ (%)
Cổ tử cung không thuận lợi	21	27,27
Thiếu ối-vô ối	33	42,87
Đau vết mổ cũ-thiếu ối	4	5,19
Suy thai cấp-thiếu ối	6	7,79
Ngôi mông/ ngôi phức tạp-thiếu ối	6	7,79
Thai quá ngày-thiếu ối	4	5,19
Tăng huyết áp thai kỳ-thiếu ối	2	2,60
Khác	1	1,30

Nhận xét: Chẩn đoán mổ lấy thai chủ yếu là thiếu ối-vô ối, cổ tử cung không thuận lợi và thiếu ối kèm yếu tố bất thường.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ thiếu ối trong nghiên cứu là 11,85%, cho thấy đây là một tình trạng khá thường gặp tại cơ sở nghiên cứu. Tỷ lệ này có thể khác biệt so với các nghiên cứu khác do sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu, tiêu chuẩn chẩn đoán và đặc điểm bệnh viện. Kết quả nhấn mạnh vai trò của việc tầm soát và theo dõi chỉ số nước ối trong quản lý thai kỳ.

Tuổi trung bình của thai phụ trong nghiên cứu là 29,25 ± 5 tuổi. Nhóm tuổi từ 20 đến dưới 35 chiếm tỷ lệ cao nhất (88,31%), tiếp theo là nhóm ≥35 tuổi (10,39%) và <20 tuổi (1,30%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Cấn Bá Quát, trong đó nhóm 20–34 tuổi chiếm 86,6% [1]. Về đặc điểm cư trú, thai phụ sống tại khu vực nông thôn

chiếm 62,34%, cao hơn so với khu vực thành thị (37,66%). Sự phân bố này phù hợp với đặc điểm dân cư tại địa phương, nơi phần lớn lao động nữ xuất thân từ nông thôn đến sinh sống và làm việc tại các khu công nghiệp. Xét về thành phần dân tộc, đa số thai phụ thuộc dân tộc Kinh (89,61%), tiếp đến là dân tộc Hoa (6,49%) và các dân tộc khác (3,90%). Về trình độ học vấn, nhóm tốt nghiệp trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất (59,74%), trong khi trình độ cao đẳng–đại học chiếm 23,28%. Về nghề nghiệp, công nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (51,95%), tiếp theo là công nhân viên (23,38%) và nội trợ (20,78%); nhóm làm nông chiếm tỷ lệ thấp nhất (1,30%). Cơ cấu nghề nghiệp và trình độ học vấn này phản ánh tương đối rõ đặc điểm kinh tế – xã hội của tỉnh Đồng Nai, một địa phương có mật độ khu công nghiệp và lực lượng lao động nhập cư cao[4].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Trong tổng số 77 thai phụ thiếu ối được khảo sát, nhóm con so chiếm tỷ lệ 62,34%, cao hơn nhóm con rạ (37,66%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Tuấn Đạt, trong đó tỷ lệ con so (57%) cũng cao hơn con rạ (43%) [3]. Tỷ lệ thai phụ có tiền sử nạo hút thai chiếm 15,58%, trong khi phần lớn (84,42%) không ghi nhận tiền sử này. Về tiền sử bệnh lý nội khoa, 10,39% trường hợp có bệnh lý kèm theo, còn lại 89,61% không ghi nhận bệnh lý đáng kể. Xét đặc điểm sinh sản trước đó, 62,34% thai phụ chưa từng sinh; trong số những người đã sinh, sinh thường chiếm 31,17%, sinh mổ 5,19% và sanh giúp chiếm 1,3%.

Về mức tăng cân trong thai kỳ, đa số thai phụ trong nghiên cứu tăng từ 8–12 kg (74,03%); các mức tăng <8 kg, 12–20 kg và >20 kg lần lượt chiếm 7,79%, 12,99% và 5,19%. Theo khuyến cáo của Institute of Medicine (2009), tổng mức tăng cân trong thai kỳ nên được cá thể hóa dựa trên BMI trước mang thai: 12,5–18 kg đối với phụ nữ gầy (BMI <18,5 kg/m²), 11,5–16 kg đối với BMI bình thường (18,5–24,9 kg/m²), 7–11,5 kg đối với thừa cân (25,0–29,9 kg/m²) và 5–9 kg đối với béo phì (≥30 kg/m²) [11]. Liên quan đến nơi khám thai, đa số thai phụ được theo dõi tại phòng khám tư (84,42%), trong khi khám tại bệnh viện và trạm y tế lần lượt chiếm 11,69% và 3,90%. Kết quả phù hợp với xu hướng sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh tại khu vực có mật độ dân cư lao động cao và hệ thống y tế tư nhân phát triển.

Dựa trên số liệu tại Bảng 3, tuổi thai trung bình của nhóm nghiên cứu là 38,5 ± 0,9 tuần. Thai đủ tháng (37–40 tuần) chiếm tỷ lệ cao nhất (89,61%), trong khi thai <37 tuần và thai ≥40 tuần cùng chiếm 5,2%. Tỷ lệ thai từ 40 tuần trở lên trong nghiên cứu ở mức đáng lưu ý. Kết quả này phù hợp với diễn tiến sinh lý của thai kỳ, khi thể tích nước ối có xu hướng giảm dần vào cuối tam cá nguyệt III do sự lão hóa bánh nhau và giảm tưới máu tử cung–nhau thai. Sự suy giảm tự nhiên trong quá trình sản xuất và trao đổi nước ối ở giai đoạn cận ngày dự sinh có thể góp phần làm tăng tỷ lệ thiếu ối [7].

Theo y văn, thiếu ối thường gợi ý trên lâm sàng bằng bề cao tử cung thấp hơn so với tuổi thai. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, phần lớn thai phụ có bề cao tử cung trong khoảng 25–<30 cm (70,13%) và 30–<35 cm (18,18%), chỉ 2,60% dưới 25 cm. Tương tự, vòng bụng ≥90 cm chiếm 76,62%, trong khi <90 cm chiếm 23,38%. Kết quả cho thấy đa số các trường hợp không có thay đổi rõ rệt về các chỉ

số đo ngoài. Điều này gợi ý rằng thiếu ối, đặc biệt ở mức độ nhẹ hoặc được phát hiện muộn trong thai kỳ đủ tháng, có thể không biểu hiện rõ ràng qua thăm khám lâm sàng. Hơn nữa, các chỉ số này còn chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như thể trạng mẹ, lớp mỡ thành bụng và sai số kỹ thuật đo, do đó giá trị chẩn đoán đơn thuần không cao. Nhận định này phù hợp với các tài liệu sản khoa kinh điển, trong đó biểu hiện lâm sàng của thiếu ối thường nghèo nàn và cần siêu âm để xác định chính xác.

Về ngôi thai, ngôi đầu chiếm 92,21%, ngôi mông 6,49% và ngôi phức tạp 1,30%. Tỷ lệ ngôi bất thường trong nghiên cứu là 7,79%, tương đồng với kết quả của Ninh Văn Minh khi ghi nhận ngôi bất thường 8,6% [5]. Mặc dù thiếu ối có thể ảnh hưởng đến khả năng xoay và bình chỉnh ngôi thai do giảm môi trường dịch ối, kết quả trên cho thấy phần lớn trường hợp trong nghiên cứu có thể là thiếu ối mức độ nhẹ hoặc được phát hiện ở giai đoạn muộn khi ngôi thai đã cố định. Đối với tim thai, 98,70% trường hợp có nhịp tim trong giới hạn bình thường (120–160 nhịp/phút), chỉ 1,30% >160 nhịp/phút và không ghi nhận trường hợp <120 nhịp/phút. Mặc dù thiếu ối được xem là yếu tố nguy cơ gây suy thai do chèn ép dây rốn, kết quả này cho thấy đa số thai phụ được phát hiện và theo dõi ở thời điểm tình trạng huyết động thai còn ổn định. Việc đánh giá nhịp tim thai và chỉ số ối bằng siêu âm đóng vai trò quan trọng trong theo dõi và xử trí thai kỳ có thiếu ối nhằm giảm nguy cơ biến chứng chu sinh [2].

Dựa trên số liệu tại Bảng 4, chỉ số nước ối (AFI) ≤2 cm chiếm 15,58%, trong khi nhóm >2–5 cm chiếm 84,42%, cho thấy phần lớn trường hợp thuộc mức thiếu ối nhẹ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Thành Đạt khi ghi nhận đa số bệnh nhân thiếu ối ở mức độ nhẹ [3]. Về các chỉ số sinh trắc học thai nhi, đường kính lưỡng đỉnh (BPD) ≥90 mm chiếm 57,14%, và chiều dài xương đùi (FL) ≥70 mm chiếm 54,55%. Phần lớn các chỉ số nằm trong giới hạn tương ứng với thai đủ tháng. Theo các tài liệu sản khoa kinh điển như Williams Obstetrics, các thông số sinh trắc học thường giảm rõ rệt trong các trường hợp thai chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR) hoặc dị tật bẩm sinh, trong khi thiếu ối đơn thuần không nhất thiết đi kèm bất thường tăng trưởng. Do đó, kết quả này cho thấy đa số thai nhi trong nghiên cứu vẫn phát triển phù hợp với tuổi thai [8]. Đối với tình trạng huyết học của mẹ, tỷ lệ Hemoglobin ≥11 g/dL chiếm 96,10%, trong khi <11 g/dL chỉ chiếm 3,90%. Theo tiêu chuẩn của World Health Organization, thiếu máu trong thai kỳ được xác định khi Hemoglobin <11 g/dL [9]. Tỷ lệ thiếu máu thấp trong nghiên cứu cho thấy đây ít có khả năng là yếu tố góp phần chính trong cơ chế bệnh sinh thiếu ối ở nhóm đối tượng này.

4.3. Nguyên nhân thiếu ối

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận trường hợp nào thiếu ối liên quan đến dị tật thai nhi hay nhiễm khuẩn bào thai. Bất thường dây rốn chỉ gặp ở 2,6% trường hợp. Kết quả này cho thấy đa số các trường hợp thiếu ối không đi kèm các bất thường cấu trúc thai hoặc các bệnh lý nhiễm trùng trong tử cung. Về nguyên nhân, thiếu ối đơn thuần chiếm tỷ lệ rất cao (94,8%), trong khi thiếu ối do bệnh lý mẹ và bất thường phần phụ thai chỉ chiếm 2,6% mỗi nhóm. Hai trường hợp thiếu ối liên quan bệnh lý mẹ đều là tăng huyết áp thai kỳ. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu cho thấy thiếu ối đơn thuần ở

thai đủ tháng là dạng thường gặp nhất trong thực hành lâm sàng. Điều này có thể được giải thích bởi sự suy giảm sinh lý lượng nước ối vào cuối thai kỳ mà không kèm theo các nguyên nhân bệnh lý rõ ràng.

4.4. Đánh giá quá trình điều trị

Dựa trên số liệu tại Bảng 7, phương pháp chấm dứt thai kỳ chủ yếu là mổ lấy thai với tỷ lệ 83,12%, trong khi sinh ngả âm đạo chiếm 16,88%. Tỷ lệ mổ lấy thai ở mức cao, phản ánh xu hướng xử trí thận trọng trong bối cảnh thai kỳ có yếu tố nguy cơ như thiếu ối. Theo nghiên cứu Matiyas Asrat Shiferaw, việc lựa chọn phương thức sinh ở thai kỳ thiếu ối cần dựa trên tuổi thai, tình trạng cổ tử cung, khả năng theo dõi tim thai liên tục và điều kiện hồi sức sơ sinh; mổ lấy thai được cân nhắc khi có dấu hiệu suy thai hoặc yếu tố sản khoa bất lợi [10].

Về đặc điểm nước ối khi sinh, nước ối trắng đục chiếm 92,21%, nước ối xanh 5,19%, vàng xanh và các dạng khác cùng chiếm 1,30%. Kết quả này cho thấy đa số trường hợp chưa ghi nhận tình trạng nhiễm phân su rõ rệt, phù hợp với tỷ lệ suy thai cấp thấp trong nhóm nghiên cứu.

Chỉ số Apgar cho thấy kết cục sơ sinh khả quan: 98,70% trẻ đạt ≥ 7 điểm ở phút thứ nhất và phút thứ năm. Tỷ lệ này tương đối cao, cho thấy phần lớn trẻ sơ sinh thích nghi tốt sau sinh. So với nghiên cứu của Lâm Đức Tâm, trong đó Apgar ≥ 7 điểm ở phút thứ nhất và thứ năm lần lượt là 99% [6], kết quả của chúng tôi tương đồng tác giả, có thể liên quan đến việc phát hiện sớm và xử trí chủ động các trường hợp thiếu ối. Về cân nặng sơ sinh, cân nặng trung bình là $3017 \pm 488,69$ gram. Nhóm $2500 - < 3500$ gram chiếm tỷ lệ cao nhất (70,13%), tiếp theo là ≥ 3500 gram (14,29%) và < 2500 gram (15,58%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ định mổ lấy thai thường gặp nhất là thiếu ối/vô ối, chiếm 42,87%. Kết quả này phản ánh sự thận trọng của các nhà lâm sàng trước nguy cơ suy thai cấp do tình trạng giảm thể tích nước ối, đặc biệt ở thai đủ tháng. Chỉ định đứng hàng thứ hai là cổ tử cung không thuận lợi (27,27%), cho thấy nhiều trường hợp chưa đủ điều kiện để khởi phát chuyển dạ an toàn. Các chỉ định khác như suy thai, ngôi mông hoặc ngôi phức tạp, thai quá ngày và tăng huyết áp thai kỳ kết hợp thiếu ối chiếm tỷ lệ thấp hơn. Điều này cho thấy quyết định mổ lấy thai ở thai phụ thiếu ối không chỉ dựa trên tình trạng giảm nước ối đơn thuần mà còn chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố sản khoa và bệnh lý đi kèm nhằm đảm bảo kết cục tốt nhất cho mẹ và thai nhi.

5. KẾT LUẬN

Qua phân tích 77 trường hợp thiếu ối điều trị tại Bệnh viện Đồng Nai 2, phần lớn thai phụ không có biểu hiện lâm sàng đặc hiệu; chẩn đoán chủ yếu dựa vào siêu âm đánh giá chỉ số ối. Đa số do nguyên nhân thiếu ối đơn thuần. Phương thức chấm dứt thai kỳ chủ yếu là mổ lấy thai, điều này cho thấy xu hướng xử trí còn nghiêng về can thiệp phẫu thuật hơn là theo dõi chuyển dạ có kiểm soát.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Cấn Bá Quát, Hoàng Thị Ngọc Trâm, Trương Văn Vũ, Nguyễn Thị Mơ, Chu Tiểu Yến (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*, 527 (1B). <https://doi.org/10.51298/vmj.v527i1B.5772>
- [2] Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (2020), “Bài giảng Sản khoa”, *Nhà xuất bản y học*, (Chỉ số ối. Trắc đồ sinh vật lý. Trắc đồ sinh vật lý biến đổi), Tr.162.
- [3] Đỗ Tuấn Đạt, Thành Xuân Anh, Phan Thị Huyền Thương, Lương Hoàng Thành, Nguyễn Xuân Mỹ (2026), “Mức độ thiếu ối: các yếu tố liên quan và kết cục thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2024”, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, tr.67 (1). <https://doi.org/10.52163/yhc.v67i1.4157>
- [4] Ninh Văn Minh, Hoàng Tiến Nam, Trần Thị Len (2013), “Thiếu ối ở thai trên 28 tuần, các yếu tố liên quan và phương pháp xử trí tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình”, *Tạp chí Y học thực hành*, 874 (6), Tr. 90-1.
- [5] Lâm Đức Tâm, Nguyễn Vũ Quốc Huy (2014), “Đánh giá kết quả điều trị thiếu ối nhập viện tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ”, *Tạp chí phụ sản*, 12 (3), Tr. 74-78. DOI: 10.46755/vjog.2014.3.979
- [6] Taylor Bynarowicz, Suzanne Jenkins, Anthony Shanks (2025), “Oligohydramnios”, *StatPearls*.
- [7] F. G. Cunningham, K. J. Leveno, S. L. Bloom, J. S. Dashe, B. L. Hoffman, B. M. Casey & C. Y. Spong (2018), *Williams Obstetrics 26th edition*, (Physiology of labor), McGraw-Hill Education New York, pp.400-440.
- [8] Switzerland Geneva & World Health Organization (2011), “Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity”, *Vitamin mineral nutrition information system. Document Reference*.
- [9] Matiyas Asrat Shiferaw, Ananya Solomon, Sintayehu Getachew & Wondimu Gudu (2024), “Maternal and perinatal outcomes of oligohydramnios in late term and post term pregnancies at public hospitals in Ethiopia: a cross-sectional study”, *BMC Women's Health*, 24 (1), pp.113. DOI: 10.1186/s12905-024-02916-6
- [10] Ann L Yaktine & Kathleen M Rasmussen (2010), “Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines”. DOI: 10.17226/12584