CLINICAL CHARACTERISTICS OF PRIMIGRAVID WOMEN AGED ≥ 35 YEARS FOLLOWING INFERTILITY TREATMENT AT CAN THO GYNECOLOGY OBSTETRICS HOSPITAL, 2024-2025

Le Thi Chau Giang[1*], Nguyen Thi My Nuong[2], Nguyen Thi Thanh Dung[3], Le Minh Triet[3]

[1]*Can Tho University of Medicine and Pharmacy - 179 Nguyen Van Cu, Tan An ward, Can Tho city, Vietnam*
[2]*Vinh Long General Hospital - 301 Tran Phu, Phuoc Hau ward, Vinh Long province, Vietnam*
[3]*Can Tho Gynecology Obstetrics Hospital - 106 Cach Mang Thang Tam, Cai Khe ward, Can Tho city, Vietnam*

Received: 01/06/2026
Revised: 02/08/2026; Accepted: 18/09/2026

ABSTRACT

Objectives: To investigate the clinical characteristics and evaluate pregnancy outcomes in primiparous women aged ≥ 35 years who conceived via infertility treatments.

Subjects and methods: A prospective case series study was conducted on 84 primiparous women aged ≥ 35 years who conceived through assisted reproductive technology, receiving antenatal care and pregnancy management at Can Tho Gynecology Obstetrics Hospital.

Results: The mean maternal age was 38.2 ± 3.0 years, with the 35-39 age group accounting for 72.6%. The mean BMI was 22.33 kg/m^2. Hypertensive disorders of pregnancy accounted for 36.9%, of which preeclampsia constituted 14.3%. The cesarean section rate was 96.4%, with elective cesarean sections accounting for 32.1%. The mean gestational age at delivery was 37 weeks and 6 days. The rate of preterm birth was 20.2%, the mean birth weight was 2992.6 ± 544.8g, with 22.8% of neonates being low birth weight and 17.9% requiring NICU admission.

Conclusions: Primiparous women aged ≥ 35 years conceiving after infertility treatments are at a high risk for pregnancy complications, including hypertensive disorders, preterm birth, and an exceptionally high cesarean section rate. Therefore, pre-pregnancy counseling and individualized pregnancy management strategies are mandatory to optimize perinatal outcomes.

Keywords: Advanced maternal age, elderly primipara, assisted reproductive technology.

*Corresponding author
Email: 23310511857@student.ctump.edu.vn **Phone:** (+84) 343590009 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6610

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở THAI PHỤ ≥ 35 TUỔI, CON SO ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024-2025

Lê Thị Châu Giang[1*], Nguyễn Thị Mỹ Nương[2], Nguyễn Thị Thanh Dung[3], Lê Minh Triết[3]

[1]Trường Đại học Y dược Cần Thơ - 179 Nguyễn Văn Cừ, P. Tân An, Tp. Cần Thơ, Việt Nam
[2]Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long - 301 Trần Phú, P. Phước Hậu, tỉnh Vĩnh Long, Việt Nam
[3]Bệnh viện Phụ Sản Tp. Cần Thơ - 106 Cách Mạng Tháng Tám, P. Cái Khế, Tp. Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận: 01/06/2026
Ngày sửa: 02/08/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết cục thai kỳ ở thai phụ ≥ 35 tuổi, mang thai lần đầu nhờ điều trị hiếm muộn.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu mô tả loạt ca được thực hiện trên 84 thai phụ ≥ 35 tuổi, sinh con so nhờ điều trị hỗ trợ sinh sản, theo dõi và quản lý thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ.

Kết quả: Tuổi trung bình của thai phụ là 38,2 ± 3,0 tuổi, nhóm 35-39 tuổi chiếm 72,6%. BMI trung bình là 22,33 kg/m^2. Rối loạn tăng huyết áp thai kỳ chiếm 36,9%, trong đó tiền sản giật chiếm 14,3%. Tỷ lệ mổ lấy thai là 96,4%, trong đó mổ lấy thai chủ động chiếm 32,1%. Tuổi thai kết thúc trung bình là 37 tuần 6 ngày. Tỷ lệ sinh non là 20,2%, cân nặng sơ sinh trung bình là 2992,6 ± 544,8g, 22,8% trẻ nhẹ cân và 17,9% trẻ nhập đơn vị chăm sóc tích cực sơ sinh.

Kết luận: Thai phụ ≥ 35 tuổi sinh con so sau điều trị hiếm muộn có nguy cơ cao gặp các biến chứng thai kỳ (tăng huyết áp, sinh non, tỷ lệ mổ lấy thai cao). Do đó, chiến lược tư vấn tiền thai và quản lý thai kỳ cá thể hóa là bắt buộc để tối ưu hóa kết cục chu sinh.

Từ khóa: Tuổi mẹ cao, con so lớn tuổi, hỗ trợ sinh sản.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, xu hướng kết hôn muộn và trì hoãn sinh con ở phụ nữ ngày càng tăng, dẫn đến tỷ lệ mang thai lần đầu ở phụ nữ ≥ 35 tuổi tăng đáng kể. Nguyên nhân chủ yếu do việc ưu tiên học tập, phát triển nghề nghiệp và sự tiến bộ của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Tuy nhiên, tuổi mẹ cao vẫn là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến khả năng sinh sản và kết cục thai kỳ, do suy giảm dự trữ buồng trứng và chất lượng noãn theo thời gian. Theo Hiệp hội Y học Sinh sản Hoa Kỳ, độ tuổi sinh sản tối ưu là từ 20-30 tuổi, sau 35 tuổi nguy cơ hiếm muộn, sảy thai và bất thường nhiễm sắc thể tăng rõ rệt [1].

Thai phụ lớn tuổi, đặc biệt là những trường hợp mang thai lần đầu sau điều trị hiếm muộn, có nguy cơ cao gặp các biến chứng sản khoa như rối loạn tăng huyết áp thai kỳ, đái tháo đường thai kỳ và tăng tỷ lệ mổ lấy thai. Đồng thời, kết cục sơ sinh bất lợi như sinh non, nhẹ cân và nhập đơn vị chăm sóc tích cực sơ sinh (NICU) cũng cao hơn so với nhóm thai phụ trẻ tuổi. Do đó, đây là nhóm thai kỳ nguy cơ cao, cần được theo dõi và quản lý chặt chẽ.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu liên quan còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát đặc điểm lâm sàng và kết cục thai kỳ ở thai phụ ≥ 35 tuổi, con so điều trị hiếm muộn tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ năm 2024-2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả thai phụ ≥ 35 tuổi sinh con so được điều trị hiếm muộn đến sinh tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ từ tháng 8/2024 đến 8/2025.

- *Tiêu chuẩn chọn mẫu:* Thai phụ ≥ 35 tuổi, sinh con lần đầu, tuổi thai từ 22 tuần trở lên được điều trị hiếm muộn bằng IUI hoặc IVF (22 tuần là mốc phân định giữa sảy thai và sinh non, là thời điểm thai có khả năng sống khi sinh [2]), có sổ khám thai định kỳ, chấm dứt thai kỳ vào thời điểm nhập viện, bao gồm các trường hợp: thai lưu, thai chuyển dạ sinh, thai có chỉ định chấm dứt thai kỳ.

- ***Tiêu chuẩn loại trừ:*** Thông tin không rõ ràng, thai phụ không có khả năng giao tiếp hoặc ngừng tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: báo cáo loạt ca.
- Địa điểm và thời gian nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ. Thời gian thu thập số liệu từ 1/8/2024 đến 30/8/2025.
- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, có 84 thai phụ thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu đến khám, theo dõi thai kỳ và sinh tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu.
- Nội dung nghiên cứu: đặc điểm chung của thai phụ (tuổi, trình độ học vấn, BMI, tiền sử bệnh lý); đặc điểm hiếm muộn (nguyên nhân mang thai muộn, phương pháp hỗ trợ sinh sản); biến chứng và kết cục thai kỳ (tăng huyết áp thai kỳ, đái tháo đường thai kỳ, sinh non...); phương thức chấm dứt thai kỳ; kết cục sơ sinh (tuổi thai khi sinh, cân nặng sơ sinh, nhập NICU.
- Quy trình nghiên cứu: các thai phụ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được ghi nhận thông tin về đặc điểm sinh trắc học, tiền sử bệnh lý, quá trình điều trị hiếm muộn, diễn tiến thai kỳ và kết cục sản khoa cho đến thời điểm xuất viện, thu thập từ hồ sơ nội trú, sổ khám thai và phỏng vấn trực tiếp.
- Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Dùng thuật toán thống kê, tính các biến số theo tỉ lệ phần trăm, kiểm định χ^2 so sánh tỉ lệ phần trăm giữa các nhóm, T-test so sánh 2 giá trị trung bình. Sự khác biệt có nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ phê duyệt trước khi tiến hành (số 24.268.HV/PCT-HĐĐĐ). Tất cả các thông tin thu thập chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, bảo mật tuyệt đối và không tiết lộ danh tính cá nhân của người tham

*Tác giả liên hệ
Email: 23310511857@student.ctump.edu.vn **Điện thoại:** (+84) 343590009 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6610

gia. Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học theo quy định hiện hành.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của thai phụ

Bảng 1. Tuổi trung bình của thai phụ ≥ 35 tuổi (n = 84)

$\bar{X}$ ± SD	n	%
35-39 tuổi	61	72,6
≥ 40 tuổi	23	27,4
$\bar{X}$ ± SD (tuổi)	38,17 ± 3,033	
Min-max (tuổi)	35-49	

Tuổi trung bình của thai phụ là 38,17 ± 3,033; nhóm tuổi 35-39 tuổi chiếm đa số (72,6%); có 27,4% thai phụ tập trung ở nhóm ≥ 40 tuổi.

Bảng 2. Phân bố trình độ học vấn theo tuổi

Trình độ học vấn	35-39 tuổi (n = 61)		≥ 40 tuổi (n = 23)		p
	n	%	n	%	
≤ Trung học phổ thông	21	34,4	6	26,1	0,466
> Trung học phổ thông	40	65,6	17	73,9	

Trình độ học vấn trên trung học phổ thông (cao đẳng, đại học, sau đại học) ở nhóm thai phụ 35-39 tuổi chiếm 65,6%, ở nhóm thai phụ ≥ 40 chiếm 73,9%.

Bảng 3. Phân bố chỉ số khối cơ thể và u xơ tử cung theo tuổi

Đặc điểm		35-39 tuổi (n = 61)		≥ 40 tuổi (n = 23)		p
		n	%	n	%	
BMI	< 25 kg/m^2	32	52,5	18	78,3	0,032
	≥ 25 kg/m^2	29	47,5	5	21,7	
	$\bar{X}$ ± SD (kg/m^2)	22,2 ± 3,2		21,2 ± 2,8		
U xơ tử cung		8	13,1	8	34,8	0,032

BMI ≥ 25 kg/m^2 ở nhóm thai phụ 35-39 tuổi chiếm 47,5%, ở nhóm thai phụ ≥ 40 tuổi là 21,7%. Tỷ lệ u xơ tử cung ở thai phụ nhóm 35-39 tuổi là 13,1%, ở thai phụ nhóm ≥ 40 tuổi 34,8%.

3.2. Đặc điểm hiếm muộn ở 2 nhóm thai phụ

Bảng 4. So sánh đặc điểm hiếm muộn theo nhóm tuổi

Đặc điểm		35-39 tuổi (n = 61)		≥ 40 tuổi (n = 23)		p
		n	%	n	%	
Kết hôn muộn		11	18,0	9	39,1	0,043
Nguyên nhân mang thai muộn	Hiếm muộn	32	52,5	17	73,9	0,075
	Khác	29	47,5	6	26,1	
Cách thức có thai	IVF	58	95,1	22	95,7	0,913
	IUI	3	4,9	1	4,3	

Tỷ lệ kết hôn muộn ở nhóm thai phụ ≥ 40 tuổi là 39,1%. Có 73,9% thai phụ nhóm ≥ 40 tuổi mang thai muộn do hiếm muộn và nhóm 35-39 tuổi mang thai muộn vì lý do "khác" chiếm 47,5%.

3.3. Biến chứng và kết cục thai kỳ của thai phụ và trẻ sơ sinh

Bảng 5. So sánh biến chứng và kết cục thai kỳ theo nhóm tuổi

Đặc điểm	35-39 tuổi (n = 61)		≥ 40 tuổi (n = 23)		p
	n	%	n	%	
Tăng huyết áp thai kỳ	18	29,5	13	56,6	0,022
Tiền sản giật	9	14,8	5	21,7	0,444
Đái tháo đường thai kỳ	20	32,8	9	40,9	0,493
Thiếu máu	7	11,5	6	26,1	0,099
Đa thai	7	11,5	2	8,7	0,713
Mổ lấy thai	60	98,4	21	91,3	0,120
Mổ lấy thai chủ động	17	28,3	9	42,9	0,220
Sinh non	11	18,0	6	26,1	0,413
Nhập NICU	12	19,7	3	13,0	0,479
Tuổi thai kết thúc	37 tuần 6 ngày		37 tuần 4 ngày		0,498

Ở nhóm thai phụ tuổi 35-39, tỷ lệ tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật lần lượt là 29,5% và 14,8%; các tỷ lệ này ở nhóm thai phụ ≥ 40 tuổi là 56,5% và 21,7%. Đái tháo đường thai kỳ chiếm 32,8% ở nhóm 35-39 tuổi và 40,9% ở nhóm còn lại. Mổ lấy thai chủ động chiếm 42,9% ở nhóm ≥ 40 tuổi. Tỷ lệ sinh non ở nhóm ≥ 40 tuổi là 26,1%, ở nhóm 35-39 tuổi là 18%.

Bảng 6. So sánh cân nặng sơ sinh theo nhóm tuổi

Cân nặng sơ sinh	35-39 tuổi (n = 61)		≥ 40 tuổi (n = 23)		p
	n	%	n	%	
< 2500g	10	16,4	4	17,4	0,930
2500 đến < 3500g	41	67,2	16	69,6	
≥ 3500g	10	16,4	3	13,0	
$\bar{X}$ ± SD (g)	3003,44 ± 571,072		2963,91 ± 478,489		

Cân nặng sơ sinh trung bình nhóm thai phụ 35-39 tuổi là 3003,44 ± 571,072g và ở nhóm ≥ 40 tuổi là 2963,91 ± 478,489.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân khẩu học và sản khoa của thai phụ ≥ 35 tuổi

Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của thai phụ ≥ 35 tuổi là 38,17 ± 3,03 tuổi, cao hơn nghiên cứu của Deng Q và cộng sự (37,48 ± 2,44 tuổi) [3]. Trong tổng số 84 thai phụ nghiên cứu, có 61 thai phụ (72,6%) ở độ tuổi 35-39 chiếm đa số, trong khi nhóm ≥ 40 tuổi chiếm 27,4%, tuổi cao nhất trong nghiên cứu là 49 tuổi. Khá tương đồng với nghiên cứu của Deng Q và cộng sự với nhóm ≥ 40 tuổi chiếm 22,04% [3]. Về trình độ học vấn, thai phụ có học vấn trên trung học chiếm 67,9%, nhóm ≥ 40 tuổi cao hơn nhóm còn lại và khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,466), chứng tỏ xu hướng gia tăng nhu cầu học tập của phụ nữ. Mức trình độ học vấn cao hơn so với nghiên cứu của Bhankhar R.R và cộng sự là 42,5% [4]. BMI trung bình là 22,33 ± 3,17 kg/m^2, thấp hơn nghiên cứu của Deng Q và cộng sự (27,79 ± 3,34 kg/m^2) [3] là do sự khác biệt về dinh dưỡng của mỗi quốc gia, tỷ lệ thừa cân/béo phì ở nhóm 35-39 tuổi chiếm 47,5% cao hơn nhóm còn lại (21,7%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,032), điều này có thể do thế hệ lớn tuổi lao động vất vả hơn, dinh dưỡng chưa đầy đủ bằng thế hệ nhỏ tuổi hơn.

Tỷ lệ u xơ tử cung cả 2 nhóm là 19% cao hơn nghiên cứu của Bhankhar R.R và cộng sự chỉ 7,4% [4]. Sự chênh lệch do nghiên cứu của Bhankhar R.R và cộng sự có cỡ mẫu nhỏ hơn, nghiên cứu về thai phụ lớn tuổi mang thai con so, không chọn nhóm điều trị hiếm muộn như nghiên cứu của chúng tôi. Thực tế phụ nữ sau 35 tuổi nếu không có vấn đề gì về sức khỏe vẫn có thể mang thai bình thường, nghiên cứu của

chúng tôi là hiếm muộn nên tiềm ẩn nhiều vấn đề hơn về chức năng sinh sản của đối tượng nghiên cứu nên tỷ lệ mắc u xơ tử cung cao hơn là hợp lý. Tỷ lệ mắc u xơ tử cung ở nhóm ≥ 40 tuổi cao gấp 2,65 lần so với nhóm 35-39 tuổi (34,8% so với 13,1%), mối liên quan có ý nghĩa thống kê (p = 0,032, OR = 0,283, 95% CI: 0,091-0,881).

4.2. Đặc điểm điều trị hiếm muộn của thai phụ ≥ 35 tuổi

Kết quả thống kê nhóm thai phụ ≥ 40 tuổi thấy tỷ lệ kết hôn muộn cao gấp 2,9 lần nhóm 35-39 tuổi (39,1% so với 18%), khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,043, OR = 2,922, 95% CI: 1,011-8,449). Việc mang thai con đầu lòng ở độ tuổi ngoài 40 phần lớn xuất phát từ việc phụ nữ lùi độ tuổi kết hôn. Nhóm nguyên nhân "hiếm muộn" chiếm tỷ lệ cao ở 2 nhóm tuổi lần lượt là 52,5% và 73,9%, dù khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,075), nhưng nó thể hiện xu hướng lâm sàng rất rõ rệt. Ở 35-39 tuổi, 47,5% trường hợp mang thai muộn vì lý do "khác" gồm: theo đuổi học tập, ưu tiên nghề nghiệp, chọn cuộc sống độc thân, chờ năm sinh con hợp tuổi...). Khi sang tuổi 40, lý do "khác" chỉ còn 26,1%, là khi dự trữ buồng trứng và chất lượng nang noãn sụt giảm nghiêm trọng khiến áp lực phải có con ngay lập tức, nên nhiều thai phụ ngay khi kết hôn đã chủ động tìm đến hỗ trợ sinh sản. Ngoài ra, nhiều thai phụ không kết hôn muộn, nhưng họ chủ động kế hoạch hóa trước đó nên không đi thăm khám, phát hiện sớm nguyên nhân hiếm muộn tiềm ẩn trong bản thân vợ và hoặc chồng để điều trị sớm.

4.3. Biến chứng và kết cục thai kỳ ở thai phụ và trẻ sơ sinh

Tỷ lệ thai phụ tăng huyết áp thai kỳ chung là 36,9% cao hơn nghiên cứu của Deng Q và cộng sự (11,61%) [3], nhưng thấp hơn nghiên cứu của Bhankhar R.R và cộng sự (48%) [4]. Phân tích cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi và tình trạng tăng huyết áp thai kỳ ($\chi 2$ = 5,234; df = 1; p = 0,022). Những thai phụ ≥ 40 tuổi mắc tăng huyết áp thai kỳ chiếm 56,5%, cao gấp 3,1 lần nhóm 35-39 tuổi (29,5%) (OR = 0,322; 95% CI: 0,120-0,868). Tỷ lệ tiền sản giật chiếm 16,7% cao hơn nghiên cứu của Deng Q và cộng sự (9,24%) [3], nhưng nghiên cứu của Bhankhar R.R và cộng sự (28%) [4]. Dù tỷ lệ tiền sản giật khác biệt giữa 2 nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê, nhưng tỷ lệ này tăng theo tuổi khi nhóm ≥ 40 tuổi là 21,7% cao gấp 1,5 lần so với nhóm còn lại (14,8%), sự chênh lệch này phù hợp với nghiên cứu của Frick A.P [5]. Giải thích mối liên hệ này là hội tụ của nhiều yếu tố: giảm khả năng thích ứng huyết động ở thai phụ lớn tuổi trong thai kỳ, giảm độ đàn hồi mạch máu tử cung và có thể kèm nhiều vấn đề cá thể đồng mắc như BMI cao, tăng huyết áp mạn tính và đái tháo đường từ trước, điều trị thuốc kích thích buồng trứng trong hỗ trợ sinh sản là một trong các nguyên nhân gây tăng huyết áp, biến chứng cho thai kỳ [6-7]. Đái tháo đường thai kỳ chiếm 34,9%, tương tự nghiên cứu của Deng Q và cộng sự (33,18%) [4]. Theo kết quả của chúng tôi, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm tuổi (32,8% so với 40,9%, p = 0,493) nhưng vẫn thấy nhóm thai phụ ≥ 40 tuổi có tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ cao hơn. Giảm độ nhạy insulin và rối loạn chức năng của tế bào β tuyến tụy - liên quan đến lão hóa nội tiết - góp phần làm tăng tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường ở phụ nữ lớn tuổi [8].

Thai phụ lớn tuổi có nguy cơ sinh khó dẫn đến tỷ lệ mổ lấy thai cao. Tỷ lệ sinh mổ của chúng tôi là 96,4% cao hơn nghiên cứu của Deng Q và cộng sự (80,09%) [3], nhưng nghiên cứu của Bhankhar R.R và cộng sự chỉ chiếm 57,4% [4] chứng tỏ hỗ trợ sinh sản có liên quan đến tỷ lệ sinh mổ cao hơn phù hợp với nhận định trong nghiên cứu của Stern J.E và cộng sự (2022) [9]. Ngoài ra, trong nghiên cứu của 2 nhóm tác giả trên không đề cập đến việc sinh mổ có kế hoạch, điều này khiến tỷ lệ sinh mổ trong nghiên cứu của họ thấp hơn của chúng tôi. Nếu xét riêng tỷ lệ mổ lấy thai chủ động của nghiên cứu này thì nhóm 35-39 tuổi là 28,3% thấp hơn nhóm ≥ 40 tuổi (42,9%), khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,220). Kết quả này do nhóm thai phụ ≥ 40 tuổi có nhiều biến chứng thai kỳ, có sẵn chỉ định chấm dứt thai kỳ trước khi thai phụ mong đợi mổ lấy thai chủ động và do tâm lý con quý, hỗ trợ sinh sản chi phí cao nên họ muốn sinh mổ theo yêu cầu.

Tỷ lệ sinh non chiếm 20,23%, dù không có ý nghĩa thống kê nhưng tỷ lệ cao ở nhóm ≥ 40 tuổi (26,1% so với 18%). Mức sinh non cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Deng Q và cộng sự l(9,24%) [3], nhưng tương tự nghiên cứu của Bhankhar R.R và cộng sự (18,46%) [4]. Tỷ lệ sinh non cao do nghiên cứu của chúng tôi bị nhiễu bởi những ca song thai. Giải thích mối liên hệ giữa tuổi mẹ và sinh non do một số yếu tố: bệnh lý nhau thai, thiếu hụt progesterone để duy trì thai kỳ do hormon này giảm dần theo tuổi [10]. Cân nặng sơ sinh trung bình là 2963,91g, tương tự nghiên cứu của Domínguez-Moreno M và cộng sự (3027g) [8] và không có sự khác biệt giữa hai nhóm tuổi. Lý do là cân nặng trẻ còn phụ thuộc vào tuổi thai khi sinh, điều này cũng được ghi nhận tương tự trong nghiên cứu của Deng Q và cộng sự. Cân nặng khi sinh thấp chiếm 16,67%, không khác biệt giữa 2 nhóm (p = 0,930). Có 17,85% trẻ nhập NICU so với 13,27% ở nghiên cứu của Deng Q và cộng sự [3].

5. KẾT LUẬN

Hiện nay, sự gia tăng rõ rệt xu thế kết hôn muộn, tỷ lệ hiếm muộn và sự phụ thuộc vào các phương pháp hỗ trợ sinh sản tốn kém, tiềm ẩn nhiều rủi ro. Nghiên cứu này khẳng định tuổi mẹ cao là một yếu tố nguy cơ độc lập gây ra các kết cục sản khoa và chu sinh bất lợi do sự lão hóa sinh lý, bất kể có kèm theo bệnh lý nền hay không. Ngoài ra, tỷ lệ sinh mổ chủ động ở nhóm đối tượng này còn khá cao. Do vậy, việc tăng cường tư vấn y khoa là cần thiết nhằm nâng cao nhận thức cho thai phụ và giảm ngưỡng can thiệp phẫu thuật khi chưa cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Trương Thị Linh Giang, Lý Thị Cẩm Nhung. Nghiên cứu đặc điểm và thái độ xử trí sản phụ con so mẹ lớn tuổi tại Bệnh viện Trung ương Huế, Tạp chí Phụ Sản, 2017, 15 (3): 82-87. doi: 10.46755/vjog.2017.3.419

[2] Bộ Y tế. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (Ban hành kèm theo Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế). Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2016, tr. 95, 119.

[3] Deng Q, Ji T et al. Pregnancy outcomes following assisted reproductive technology in advanced maternal age primiparous women: a retrospective cohort study. International Journal of Women's Health, 2025, 17: 2443-2449. doi: 10.2147/IJWH.S538128

[4] Bhankhar R.R, Chavda A.R et al. A study of fetomaternal outcome in elderly primigravida. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 2023, 12 (3): 716-720. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20230544

[5] Frick A.P. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2021, 70: 92-100. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.07.005

[6] Sparić R, Stojković M et al. Advanced maternal age (AMA) and pregnancy: a feasible but problematic event. Archives of Gynecology and Obstetrics, 2024, 310 (3): 1365-1376. doi: 10.1007/s00404-024-07678-w

[7] Thomopoulos C, Salamalekis G et al. Risk of hypertensive disorders in pregnancy following assisted reproductive technology: overview and meta-analysis. The Journal of Clinical Hypertension, 2017, 19 (2): 173-183. doi: 10.1111/jch.12945.

[8] Domínguez-Moreno M, Walsh B et al. Impact of advanced maternal age and in vitro fertilization technology on obstetric and perinatal outcomes. MedRxiv. The Preprint Server for Health Sciences, 2025. doi: 10.64898/2025.12.03.25341529

[9] Stern J.E, Farland L.V et al. Assisted reproductive technology or infertility: what underlies adverse outcomes? lessons from the Massachusetts outcome study of assisted reproductive technology. Fertility and Sterility Reports, 2022, 3 (4): 242-255. doi: 10.1016/j.xfnr.2022.06.003.

[10] Glick I, Kadish E et al. Management of pregnancy in women of advanced maternal age: improving outcomes for mother and baby. International Journal of Women's Health, 2021, 13: 751-759. doi: 10.2147/IJWH.S283216