

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG
VÀ KẾT CỤC THAI KỲ Ở THAI PHỤ
VỚI THAI GIỚI HẠN TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG
TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2021-2023

Đỗ Thị Thùy Trang*, Lưu Thị Thanh Đào, Nguyễn Thái Hoàng

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: dothithuytrang96@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/6/2023

Ngày phản biện: 30/12/2023

Ngày duyệt đăng: 25/01/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung được biết đến như là một biến chứng thường gặp trong thai kỳ liên quan đến các kết cục chu sinh bất lợi như tăng nguy cơ thai lưu, tăng bệnh suất và chết chu sinh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết cục thai kỳ ở thai phụ với thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 163 thai phụ được chẩn đoán thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung từ tuổi thai ≥ 24 tuần. Sau đó theo dõi và đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ của thai phụ có chỉ định nhập viện điều trị và chấm dứt thai kỳ. **Kết quả:** Cân nặng ước lượng của thai dưới bách phân vị 3rd chiếm tỷ lệ 47,9%. Tỷ lệ mất sóng cuối tâm trương trên Doppler động mạch rốn là 8,8%, thiếu ối là 17,2%. Tuổi thai lúc sinh trung bình là $35,66 \pm 2,83$ tuần. Tỷ lệ mổ lấy thai là 66,9%, sinh đường âm đạo là 33,1%. Trẻ có Apgar 1 phút < 7 điểm là 61,3%, Apgar 5 phút ≥ 7 điểm là 84%. Cân nặng của trẻ lúc sinh trung bình là $1854,88 \pm 414,7$ gram. **Kết luận:** Thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung thường được chấm dứt thai kỳ sớm và chỉ số Apgar của bé thấp ở phút thứ nhất nhưng cải thiện rõ rệt ở phút thứ 5.

Từ khóa: Thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung, tiền sản giật, mổ lấy thai

ABSTRACT

THE CLINICAL, PARACLINICAL AND OUTCOMES OF PREGNANT WOMEN WITH FETAL GROWTH RESTRICTION AT CAN THO OBSTETRIC AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2021 – 2023

Do Thi Thuy Trang*, Luu Thi Thanh Dao, Nguyen Thai Hoang

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Fetal growth restriction also known as intrauterine growth restriction, is a common complication of pregnancy that has been associated with a variety of adverse perinatal outcomes. **Objectives:** To determine the clinical and subclinical characteristics and evaluate the pregnancy outcomes of pregnant women with fetal growth restriction. **Materials and method:** A prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 163 pregnant women with fetal growth restriction from 24 weeks. Then, monitoring and evaluating the clinical subclinical symptoms and outcomes of pregnant women indicated treatment and termination of pregnancy. **Results:** Estimated fetal weight (EFW) $< 3^{\text{rd}}$ centile was 47.9%. Absent end-diastolic flow on umbilical artery Doppler was 8.8%, oligohydramnios was 17.2%. The average gestational age was 35.22 ± 3.03 weeks. Cesarean section was 65.6%, born vaginally was 34.4%. 1 minute Apgar score < 7 was 61.3%. 5 minutes Apgar score ≥ 7 was 84%. The average weight at birth was 1854.88 ± 414.7 gram. **Conclusion:** Fetal growth restriction was usually terminated prematurely and Apgar score was low at 1 minute but improved markedly at 5 minutes.

Keywords: Fetal growth restriction, pre-eclampsia, caesarean section.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung ((TGHTTTTC) (FGR - fetal growth restriction) dùng để mô tả những trường hợp thai có cân nặng ước lượng hoặc chu vi vòng bụng dưới bách phân vị (BPV) thứ 10 so với tuổi thai. TGHTTTTC chiếm khoảng 10% các trường hợp mang thai, là nguyên nhân hàng đầu gây ra bệnh tật và tử vong ở trẻ sơ sinh [1]. Các nghiên cứu dịch tễ học cho thấy thai giới hạn tăng trưởng là tiền căn của trẻ chậm phát triển trí tuệ thiếu niên và mắc các bệnh lúc trưởng thành (béo phì, đái tháo đường type 2, bệnh mạch vành, đột quỵ) [2]. Tuy nhiên, TGHTTTTC 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. Vì vậy, nghiên cứu này “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ ở thai phụ với thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ năm 2021-2023” được thực hiện với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết cục thai kỳ ở thai phụ với thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả thai phụ khám được chẩn đoán thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung, theo dõi, điều trị và sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ từ tháng 4 năm 2021 đến tháng 4 năm 2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Thai phụ có cân nặng ước lượng của thai (gram) hoặc chu vi vòng bụng của thai (centimet) qua siêu âm dưới bách phân vị 10th so với tuổi thai. Có chỉ định nhập viện điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ (TGHTTTTC độ I kèm tiền sản giật, độ II và độ III). Đơn thai, thai sống. Tuổi thai ≥ 24 tuần, xác định được chính xác tuổi thai dựa vào ngày dự sinh của kết quả siêu âm quý 1 từ tuần thai thứ 7 đến 13 tuần 6 ngày. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Có bằng chứng thai dị tật bẩm sinh: bất thường cấu trúc 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. Có bằng chứng nhiễm trùng bào thai bằng chọc ối xét nghiệm TORCH. Thai phụ bị mất dấu trong quá trình theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, tiến cứu.

- **Cỡ mẫu:** Theo công thức ước lượng tỷ lệ

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

Với: n: cỡ mẫu tối thiểu cần có để nghiên cứu có ý nghĩa thống kê, α : mức ý nghĩa thống kê (chọn $\alpha = 0,05$), $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$ (trị số từ phân phối chuẩn) với độ tin cậy 95%, p là tỷ lệ thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Hoàng và cộng sự năm 2015 là 7,6% (chọn $p = 0,076$) [3], c: sai số cho phép (chọn $c = 0,05$). Số mẫu tối thiểu cần thu thập là 108 thai phụ. Thực tế chúng tôi thu thập được 163 mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Thai phụ được chẩn đoán TGHTTTTC theo tiêu chuẩn: cân nặng ước lượng của thai (gram) hoặc chu vi vòng bụng của thai (centimet) qua siêu âm dưới BPV 10th so với tuổi thai. Sau đó, thai phụ được khám lâm sàng (bệnh nội khoa, cân nặng, chiều cao, tăng cân, bề cao tử cung...), ghi nhận kết quả cận lâm sàng (siêu

âm thai, monitoring sản khoa, huyết học, ...). Đánh giá tình trạng sức khỏe của thai, mức độ TGHTTTTC. Những chỉ định nhập viện điều trị gồm TGHTTTTC độ I kèm tiền sản giật, độ II, độ III. Những chỉ định chấm dứt thai kỳ bao gồm chỉ định từ bệnh lý nền của thai phụ, monitoring sản khoa có nhịp giảm muộn lặp lại, Doppler động mạch rốn mất sóng cuối tâm trương (33-34 tuần), đảo ngược sóng tâm trương (30-32 tuần), nhiều bệnh cảnh phối hợp hoặc thiếu ôi (34 –37 tuần), CNULL < BPV 3rd (37 tuần), CNULL ≥ BPV 3rd (38-39 tuần). Ghi nhận phương pháp chấm dứt thai kỳ (sinh đường âm đạo, mổ lấy thai), tình trạng sức khỏe mẹ (biến chứng sau sinh), tình trạng trẻ lúc sinh và sau sinh (chỉ số Apgar, cân nặng trẻ lúc sinh, hỗ trợ hô hấp, chuyển khoa NICU, bệnh suất sơ sinh, thời gian nằm khoa nhi).

- **Xử lý và phân tích số liệu:** Bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung ở thai phụ với thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung

Bảng 1. Tuổi thai phụ

Tuổi thai phụ	Tần số (n = 163)	Tỷ lệ (%)
< 20	10	6,1
20 - 34	97	59,5
≥ 35	56	34,4
Trung bình: 30,25 ± 7,32 tuổi (18-43 tuổi)		

Nhận xét: Trung bình tuổi thai phụ là 30,25 ± 7,32 tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi, lớn nhất là 43 tuổi. Có 97/163 thai phụ ở độ tuổi 20 – 34 chiếm tỷ lệ 59,5%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở thai phụ với thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung

Bảng 2. Bệnh lý nội khoa của thai phụ

Bệnh lý nội khoa	Tần số (n=163)	Tỷ lệ (%)
Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ	60	36,8
Bệnh tim	1	0,6
Đái tháo đường	1	0,6
Khác	13	8
Không	88	54

Nhận xét: Bệnh lý rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ có 60/163 trường hợp, tỷ lệ 36,8%. Thai phụ bệnh tim hoặc đái tháo đường đều có 1/163 trường hợp, tỷ lệ 0,6%.

Bảng 3. Siêu âm thai

Cân nặng ước lượng của thai (BPV)	Tần số (n = 163)	Tỷ lệ (%)
< 3 rd	78	47,9
3 rd - < 5 th	50	30,7
5 th - < 10 th	35	21,5
Tình trạng nước ối	Tần số (n = 163)	Tỷ lệ (%)
Thiếu ối	28	17,2
Bình thường	135	82,8
Trở kháng động mạch rốn	Tần số (n = 159)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	126	79,2
Tăng	19	11,9
Mất sóng tâm trương	14	8,8

Nhận xét: Thai phụ có cân nặng ước lượng của thai < BPV 3rd chiếm tỷ lệ 47,9% (78 trường hợp). Có 28/163 trường hợp thiếu ôi (chiếm tỷ lệ 17,2%). Trừ 4 trường hợp chấm dứt thai kỳ < 28 tuần không siêu âm Doppler thai, còn lại 159 trường hợp. Thai phụ có tăng trở kháng động mạch rốn chiếm tỷ lệ 11,9% (19/159 trường hợp). 8,8% thai phụ có mất sóng tâm trương động mạch rốn (14/159 trường hợp).

3.3. Kết cục thai kỳ ở thai phụ với thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung

Bảng 4. Thời điểm chấm dứt thai kỳ

Thời điểm chấm dứt thai kỳ (tuần)	Tần số (n = 163)	Tỷ lệ (%)
< 34	27	16,6
34 - < 37	71	43,6
≥ 37	65	39,9
Nhỏ nhất 25 tuần, lớn nhất là 40 tuần		

Nhận xét: Tuổi thai lúc sinh nhỏ nhất là 25 tuần, lớn nhất là 40 tuần. Thai phụ chấm dứt thai kỳ từ 34 đến < 37 tuần chiếm tỷ lệ 43,6%. Thai phụ chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai < 34 tuần chiếm tỷ lệ 16,6%.

Bảng 5. Phương pháp sinh

Phương pháp sinh	Tần số (n = 163)	Tỷ lệ (%)
Mổ lấy thai	107	65,6
Sinh đường âm đạo	56	34,4

Nhận xét: Có 107/163 trường hợp mổ lấy thai, chiếm tỷ lệ 65,6%. Tỷ lệ thai phụ sinh đường âm đạo là 34,4% (56/163 trường hợp).

Bảng 6. Chỉ số Apgar sau sinh

Chỉ số Apgar sau sinh		Tần số (n = 163)	Tỷ lệ (%)
1 phút	< 7 điểm	100	61,3
	≥ 7 điểm	63	41,7
5 phút	< 7 điểm	27	16
	≥ 7 điểm	136	84

Nhận xét: Số trẻ sau sinh có Apgar 1 phút < 7 điểm là 100 trường hợp (tỷ lệ 61,3%). Số trẻ sau sinh có Apgar 1 phút < 7 điểm là 136 trường hợp (tỷ lệ 84%).

Bảng 7. So sánh cân nặng trẻ lúc sinh và cân nặng ước lượng thai

CNTLS \ CNULT	< BPV 3 rd		BPV 3 rd - < 10 th		Tổng	
	n=78	%	n=85	%	n=163	%
< BPV 3 rd	58	74,4	60	70,6	118	72,4
≥ BPV 3 rd	20	25,6	25	29,4	45	27,6
Trung bình: 1854,88 ± 414,7g (350 – 2600g)						

Nhận xét: Trung bình cân nặng trẻ lúc sinh (CNTLS) là 1854,88 ± 414,7g. Trong 78 thai phụ có cân nặng ước lượng thai (CNULT) < BPV 3rd thì có 20 trường hợp CNTLS ≥ BPV 3rd. Trong 85 trẻ có CNULT ≥ BPV 3rd thì có 60 trường hợp CNTLS < BPV 3rd.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung ở thai phụ với thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung

Độ tuổi trung bình của thai phụ là 30,25 ± 7,32 tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi, lớn nhất là 43 tuổi. Trong đó nhóm thai phụ ở độ tuổi từ 20-34 chiếm tỷ lệ chủ yếu là 59,5%. Nghiên cứu của Thạch Thảo Đan Thanh [4] ghi nhận tuổi mẹ trung bình là 30,06 ± 5,81 tuổi, trong

đó nhóm có độ tuổi từ 20-34 cũng chiếm tỷ lệ cao nhất là 71,63%. Trong nghiên cứu của Ngô Thị Bình Lụa [5], tác giả ghi nhận tuổi trung bình là 28,8 + 5,21 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 21-35 chiếm tỷ lệ chủ yếu là 87%, tuổi nhỏ nhất là 21 tuổi, tuổi lớn nhất là 44 tuổi. Kết quả này tương đương với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi, có lẽ là do đây chính là độ tuổi sinh sản của người phụ nữ Việt Nam.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở thai phụ với thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung

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 TGHTTTTC [2]. Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ thai phụ có rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ là 35,6%, bệnh tim và đái tháo đường đều là 0,6%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Trang [6] tỷ lệ đái tháo đường và thai là 23,8%; đái tháo đường và tiền sản giật là 19%.

Siêu âm vẫn còn là phương pháp tốt nhất để đánh giá TGHTTTTC. Việc theo dõi bao gồm đo các chỉ số và thể tích nước ối thường xuyên. Khoảng thời gian tối ưu cho việc đánh giá thai nhi và điều trị theo dõi tối ưu 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 đạc qua siêu âm có thể tác động vào độ chính xác khi đánh giá tăng trưởng của thai [2]. Tỷ lệ thai phụ có ULCNT dưới BPV 3rd chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,9%, sau đó là ULCNT từ BPV 3rd đến 5th chiếm 30,7%, các trường hợp ULCNT từ BPV 5th đến dưới BPV 10th chiếm tỷ lệ thấp nhất là 21,5%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trần Thảo Nguyên [7] ghi nhận ước lượng cân thai dưới BPV 3rd chiếm tỷ lệ cao nhất là 68,2%.

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 [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 28 trường hợp được chẩn đoán là thiếu ối (chiếm tỷ lệ 17,2%). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Trương Mỹ Ngọc [9] là 14,6 % (15/103 trường hợp).

Doppler động mạch rốn đánh giá trở kháng của dòng chảy từ thai nhi đến đơn vị bánh nhau. Dạng sóng Doppler của động mạch rốn có thể thu được từ bất kỳ đoạn nào của dây rốn. Dạng sóng Doppler động mạch rốn bất thường phản ánh sự hiện diện của bánh nhau thiếu dinh dưỡng và có thể giúp phân biệt thai chậm tăng trưởng và thai nhỏ do thể tạng. Kết hợp đánh giá Doppler động mạch rốn vào trong xử trí các thai kỳ nguy cơ cao đã cho thấy giảm đáng kể nguy cơ tử vong chu sinh, khởi phát chuyển dạ và mô lấy thai [10]. Trừ đi 4 trường hợp chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai < 28 tuần. Kết quả chúng tôi có 159/163 thai phụ có siêu âm Doppler đánh giá chức năng bánh nhau và tình trạng sức khỏe thai. Tỷ lệ tăng trở kháng ĐMR của nghiên cứu là 11,9%, thấp hơn so với tác giả Nguyễn Xuân Trang [6] (57,1%). Tỷ lệ mất sóng cuối tâm trương ĐMR của nghiên cứu là 8,8% thấp hơn so với tác giả Nguyễn Xuân Trang [6] là 16,7%.

4.3. Kết cục thai kỳ ở thai phụ với thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi thai lúc sinh nhỏ nhất là 25 tuần, lớn nhất là 40 tuần. Có 71/163 trường hợp CDTK ở tuổi thai từ 34 đến < 37 tuần (tỷ lệ 43,6%). Có 27/163 trường hợp CDTK ở tuổi thai < 34 tuần (tỷ lệ 16,6%). Nghiên cứu của Thạch Thảo

Đan Thanh [4] tuổi thai lúc sinh < 34 tuần là 9,2%, từ 34 đến < 37 tuần là 19,14%, kết quả này thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi, điều này có lẽ do tiêu chuẩn chọn mẫu trong nghiên cứu của tác giả bắt đầu từ 32 tuần.

Với những TGHTTTTC, khi lựa chọn phương pháp sinh cần quan tâm đến những yếu tố như mức độ nghiêm trọng của thai nhi, tình trạng mẹ và những yếu tố sản khoa. 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 go tử cung nhẹ. Với những TGHTTTTC có tình trạng thai còn tiên lượng tốt, tuổi thai cho phép thì xem xét cho sinh đường âm đạo, lưu ý nên tăng cường oxy trong quá trình sinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận tỷ lệ mổ lấy thai là 66,9% (109/163 trường hợp), sinh đường âm đạo là 33,1% (54/163 trường hợp). Kết quả này trong nghiên cứu của tác giả Trương Mỹ Ngọc [9] là 73,3%, Lê Thị Kiều Trang [11] là 60,65%.

Thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung là một thai kỳ có nhiều nguy cơ với ngạt chu sinh và suy hô hấp. Chỉ số Apgar là công cụ khách quan dùng để đánh giá tình trạng bé ngay sau sinh và các phản ứng để hồi sức nếu cần thiết. Chỉ số Apgar > 7 điểm có thể thông báo một tình trạng thai nhi bình thường, Apgar dưới 7 điểm phản ánh tình trạng ngạt cần phải hồi sức sơ sinh. Chúng tôi ghi nhận có 100/163 trường hợp Apgar 1 phút < 7 điểm (chiếm tỷ lệ 61,3%). Tác giả Thạch Thảo Đan Thanh [4] ghi nhận tỷ lệ Apgar 1 phút < 7 điểm là 19,14%. Tuy nhiên, tác giả Nguyễn Xuân Trang [6] ghi nhận tỷ lệ Apgar 1 phút 4 - 6 điểm là 69%. Chúng tôi ghi nhận có 136/163 trường hợp Apgar 5 phút \geq 7 điểm (tỷ lệ 84%). Tác giả Nguyễn Xuân Trang [6] ghi nhận tỷ lệ này là 57,1% (24/42) và tác giả Thạch Thảo Đan Thanh [4] ghi nhận là 95,04%.

Cân nặng trung bình lúc sinh là $1854,88 \pm 414,7$ gram, cân nặng thấp nhất là 350 gram, nặng nhất là 2600 gram. Qua bảng 7. cho thấy cân nặng trẻ lúc sinh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tác giả Thạch Thảo Đan Thanh [4] là $2202,83 + 485,79$ gram, cân nặng thấp nhất là 800 gram, nặng nhất là 3200 gram. Điều này có thể giải thích do mức độ TGHTTTTC trong nghiên cứu của chúng tôi nặng hơn của tác giả và tuổi nghiên cứu của chúng tôi bắt đầu từ 24 tuần. Trong 78 thai phụ có cân nặng ước lượng thai < BPV 3rd thì có 20 trường hợp cân nặng trẻ lúc sinh \geq BPV 3rd. Trong 85 thai phụ có cân nặng ước lượng thai \geq BPV 3rd thì có 60 trường hợp cân nặng trẻ lúc sinh < BPV 3rd. Qua đó ghi nhận được 80/163 thai phụ có cân nặng ước lượng thai khác với cân nặng trẻ lúc sinh, chiếm tỷ lệ 49,1%. Việc chẩn đoán phân biệt giữa thai nhỏ so với tuổi thai (Small for gestational age) và thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung (Fetal growth restriction) rất khó và phải dựa vào biểu đồ tăng trưởng. Đề tài có thể nhầm lẫn giữa 2 nhóm do tiêu chuẩn chọn mẫu chung là cân nặng ước lượng thai dưới bách phân vị thứ 10 so với tuổi thai. Trong quá trình chọn mẫu nghiên cứu, chúng tôi đã loại trừ các yếu tố bất thường về dị tật thai, bất thường di truyền, nhiễm trùng bào thai, thì việc theo dõi thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung là nhằm cân bằng giữa: Lợi ích của việc kéo dài thai kỳ để sơ sinh có khả năng sống ngoài tử cung; Nguy cơ của việc kéo dài thai kỳ với nguy cơ tử vong thai trong tử cung. Như vậy, thời điểm chấm dứt thai kỳ là thời điểm mà sự kéo dài tuổi thai sẽ không còn có lợi thêm nữa hoặc sẽ là nguy hiểm hơn cho thai so với việc đem thai ra ngoài tử cung để nuôi tiếp.

V. KẾT LUẬN

Thai phụ có ước lượng cân nặng thai dưới bách phân vị 3rd là 47,9% (78/163 trường hợp). Tỷ lệ mất sóng cuối tâm trương trên Doppler động mạch rốn là 8,8% (14/159 trường hợp), thiếu ối là 17,2% (28/163 trường hợp). Tuổi thai lúc sinh trung bình là $35,66 \pm 2,83$

tuần. Tỷ lệ mổ lấy thai là 66,9% (109/163 trường hợp), sinh đường âm đạo là 33,1% (54/163 trường hợp). Trẻ có Apgar 1 phút < 7 điểm là 61,3% (100/163 trường hợp), Apgar 5 phút ≥ 7 điểm là 84% (136/163 trường hợp). Cân nặng của trẻ lúc sinh trung bình là 1854,88 ± 414,7 gram.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Hoàng, Đặng Tuấn Anh. Thai chậm tăng trưởng trong tử cung: cập nhật chẩn đoán và xử trí. *Tạp chí phụ sản*. 2023. 21(2), 9-15, <https://vjog.vn/journal/article/view/1592>.
 2. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics and the Society for Maternal-Fetal Medicine. ACOG Practice Bulletin No. 204: Fetal Growth Restriction. *Obstet Gynecol*. 2019. 133(2), e97-e109, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30681542/>.
 3. Nguyễn Văn Hoàng. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng sau đẻ của thai chậm phát triển trong tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng trong 6 tháng cuối năm 2015.. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa. Trường Đại học Y dược Hải Phòng. 2016.
 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. *Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 2017. 21(1), 97-101, <https://yhocphcm.ump.edu.vn/index.php?Content=ChiTietBai&idBai=14998>.
 5. Ngô Thị Bình Lua và Huỳnh Nguyễn Khánh Trang. Điều trị Aspirin liều thấp ở thai chậm tăng trưởng trong tử cung từ tuần thứ 28-32 của thai kỳ tại Bệnh viện Hùng Vương. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2014. 18(1), 95-100, <https://yhocphcm.ump.edu.vn/?Content=ChiTietBai&idBai=12881>.
 6. Nguyễn Xuân Trang, Nguyễn Long, Võ Minh Tuấn. Vai trò siêu âm Doppler eo động mạch chủ tiên đoán toan hóa máu của thai chậm tăng trưởng trong tử cung. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2021. 25(1), 123-131, <https://yhocphcm.ump.edu.vn/?Content=ChiTietBai&idBai=18367>.
 7. Nguyễn Trần Thảo Nguyên. Giá trị của siêu âm hai chiều, siêu âm Doppler, chỉ số hiệu suất cơ tim và chỉ số Manning trong chẩn đoán, xử trí thai kém phát triển. Luận văn tiến sĩ y học. Trường Đại học Y dược Huế. 2020.
 8. Bộ môn Phụ sản và 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.
 9. 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, <https://vjog.vn/journal/article/view/771>.
 10. Martins JG, Biggio JR và Abuhamad A. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #52: Diagnosis and management of fetal growth restriction. *Am J Obstet Gynecol*. 2020. 223(4), <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.010>.
 11. Lê Thị Kiều Trang, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang. Kết cục thai kỳ ở thai suy dinh dưỡng từ 34 tuần nhập viện tại Bệnh viện Hùng Vương. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2018. 22(1), 55-59, <https://yhocphcm.ump.edu.vn/?Content=ChiTietBai&idBai=15638>.
-