

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XỬ TRÍ THIỂU ỎI Ở THAI PHỤ TUỔI THAI TỪ 28 0/7- 36 6/7 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Lê Thị Thuý Vy*, Dương Mỹ Linh, Võ Huỳnh Trang

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: lttvy.y37@student.ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu ỏi có thể xuất hiện bất kỳ tam cá nguyệt nào của quá trình mang thai, xuất độ của thiếu ỏi thay đổi trong khoảng 0,4% - 3,9%. Việc phát hiện, điều trị và quyết định chấm dứt thai kỳ thực sự ở thai phụ thiếu ỏi, đặc biệt là thai non tháng đang là một vấn đề khó khăn cho các bác sĩ sản khoa. Một can thiệp quá sớm hay quá trễ đều ảnh hưởng đến cả mẹ và con. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả xử trí thiếu ỏi ở thai phụ tuổi thai từ 28 0/7- 36 6/7 tuần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu 82 thai phụ thiếu ỏi có thai từ 28 0/7 - 36 6/7 tuần nhập viện tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Lý do vào viện thường gặp là khám thai định kỳ phát hiện thiếu ỏi (72%). Tuổi thai là $34,5 \pm 2,08$ tuần. Triệu chứng giảm cử động thai (22%) và 15,9% thai phụ có bề cao tử cung nhỏ hơn tuổi thai. Tỷ lệ chỉ số nước ối nhỏ hơn 2cm là 4,9%. Monitoring nhóm I chiếm 74,4%. Xử trí ban đầu: 87,8% được điều trị nội, 9,8% chỉ định mổ lấy thai và 1,2% khởi phát chuyển dạ. Trong nhóm điều trị nội khoa có: 52,8 % mổ lấy thai, 41,6% có cải thiện chỉ số ối ra viện và 5,6% sanh ngã âm đạo. Nhóm tuổi thai 28 - dưới 34 tuần có thể kéo dài thêm 7- 14 ngày (33,3%) và nhóm từ 34 0/7 -36 6/7 tuần là dưới 7 ngày (58,3%) Trong nghiên cứu có 52 bé được sinh ra với chỉ số apgar từ 7 điểm trở lên ở phút thứ 1 chiếm 69,3% và phút thứ 5 là 96,2%. **Kết luận:** Thiếu ỏi làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai.

Từ khóa: thiếu ỏi, non tháng.

ABSTRACT

THE CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURE AND THE ASSESSMENT OF THE TREATMENT OF OLIGOHYDRAMNIOS IN PREGNANT WOMEN WITH THE GESTATIONAL AGE BETWEEN 28 0/7- 36 6/7 WEEKS AT CAN THO OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY HOSPITAL

Le Thi Thuy Vy*, Duong My Linh, Vo Huynh Trang

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Oligohydramnios can appear any trimester of pregnancy, the incidence of amniotic fluid varies between 0.4% -3.9%. The detection, treatment and decision to terminate a pregnancy, especially in preterm pregnancy, it is a difficult problem for obstetricians. An intervention too early or too late affects both mother and child. **Objectives:** To describe clinical, subclinical features and the assessment of the treatment of oligohydramnios in pregnant women with the gestational age between 28 0/7- 36 6/7weeks. **Materials and methods:** descriptive cross-sectional on 82 pregnant women with the gestational age between 28 0/7 -36 6/7 weeks with oligohydramnios at Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital. **Results:** The reason for admission is to periodically examine to detect minimal amniotic fluid (72%). The gestational age was 34.5 ± 2.08 weeks. Symptoms of reduced fetal movement (22%) and 15.9% pregnancy women had a uterine height less than the gestational age. The amniotic fluid index less than 2cm accounts for 4.9%. In 82 study cases, group I CTG was 74.4%. In the medical treatment group results: 87.8% are given internal treatment, 9.8% are indicated for cesarean section, and 1.2% for vaginal delivery. In the internal treatment group: 52.8% had cesarean section, 41.6% had improvement in amniotic fluid index and 5.6% had vaginal delivery. The gestational age group 28- less than 34 weeks can be extended from 7 to less than 14 days (33.3%) and from 34 to less than 37 weeks group is less than

7 days (58.3%) In the study, 52 babies were born with Apgar's index of 7 or more in the 1st-minute accounts for 69.3% and at the 5th minute is 96.2%. **Conclusion:** The oligohydramnios increases the rate of cesarean section.

Keywords: oligohydramnios, preterm birth

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu ối có thể xuất hiện bất kỳ tam cá nguyệt nào của quá trình mang thai, xuất độ của thiếu ối thay đổi trong khoảng 0,4%-3,9% [1]. Thiếu ối là một nguy cơ ảnh hưởng trực tiếp lên thai: thai chậm tăng trưởng trong tử cung, suy thai trước và trong chuyển dạ, nguy cơ chèn ép dây rốn dễ đưa đến suy thai, nguy cơ càng tăng lên trong chuyển dạ, qua đó là tăng nguy cơ đẻ khó, mổ lấy thai. Nguy cơ trẻ ngạt sau sanh ở thai phụ thiếu ối cao gấp 6,7 lần so với nhóm không thiếu ối [4]. Thiếu ối gây nên những bất an cho thai phụ và làm cho các bác sĩ sản khoa phải thận trọng trong quá trình theo dõi bởi những nguy cơ tiềm ẩn, đặc biệt ở những tuổi thai non tháng. Việc phát hiện, điều trị và quyết định chấm dứt thai kỳ thực sự ở thai phụ thiếu ối, đặc biệt là thai non tháng đang là một vấn đề khó khăn cho các bác sĩ sản khoa. Một can thiệp quá sớm hay quá trễ đều ảnh hưởng đến cả mẹ và con [1], [4], [5].

Có nhiều nghiên cứu về thiếu ối và thái độ xử trí thiếu ối trên thế giới và tại Việt Nam nhưng điều kiện nghiên cứu và thời điểm còn chưa phù hợp với xu thế hiện nay. Ngoài ra, ở các tuyến dưới việc điều trị thiếu ối còn nhiều bỡ ngỡ khó khăn. Để giúp đánh giá và chẩn đoán thiếu ối sớm nhằm tránh những ảnh hưởng thiếu ối đến thai đặc biệt là nguy cơ tử vong và mắc bệnh chu sinh, cũng như lựa chọn phương pháp xử trí hiệu quả khi đứng trước một bệnh cảnh thiếu ối ở tuổi thai dưới 37 tuần. Từ thực tế trên trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả xử trí thiếu ối ở thai phụ tuổi thai từ 28 0/7 - 36 6/7 tuần tại bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ” với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thiếu ối ở thai phụ từ 28 0/7 - 36 6/7 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ năm 2018 - 2020.

2. Đánh giá kết quả xử trí thiếu ối ở thai phụ từ 28 0/7 tuần - 36 6/7 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ năm 2018 - 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Thai phụ nhập viện tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ từ tháng 5 năm 2018 đến tháng 8 năm 2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tuổi thai: 28 0/7 – 36 6/7 tuần được tính theo ngày đầu của kỳ kinh cuối (chu kỳ kinh đều) hoặc tính theo siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ có thiếu ối và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thai lưu, thai dị tật bẩm sinh nặng, ối vỡ hoặc rỉ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang tiến cứu.

Cỡ mẫu: Các thai phụ thiếu ối có tuổi thai từ 28 0/7 - 36 6/7 tuần nhập viện điều trị tại bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện ở tất cả thai phụ nhập viện tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu từ tháng 05/2018 đến 08/2020 tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ thông qua bộ câu hỏi phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn điều trị thành công: sau đợt điều trị tình trạng ối được cải thiện, chỉ số ối tăng trên 6 cm.

Nội dung nghiên cứu: tuổi thai phụ, tuổi thai, nơi cư trú, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tiền căn sản khoa, bề cao tử cung, chỉ số ối, monitoring sản khoa, kết quả xử trí; màu sắc nước ối, tình trạng trẻ sau sanh (chỉ số Apgar). Các số liệu được thu thập thông qua bộ câu hỏi.

Phương pháp pháp thu thập số liệu và đánh giá số liệu: số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của thai phụ thiếu ối

Bảng 1. Đặc điểm chung của thai phụ thiếu ối

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 25 tuổi	18	22
	25 - 34 tuổi	46	56
	≥ 35 tuổi	18	22
Tuổi trung bình: 29,1 ± 6,2 tuổi; nhỏ nhất: 16 tuổi; lớn nhất: 43 tuổi			
Trình độ học vấn	< Trung học cơ sở	38	46,3
	≥ Trung học cơ sở	44	53,7
Kinh tế	Nghèo – cận nghèo	6	7,3
	Không nghèo	76	92,7
Nơi cư trú	Thành thị	38	46,3
	Nông thôn	44	53,7
Nghề nghiệp	Buôn bán	11	13,4
	Lao động trí óc	10	12,2
	Nội trợ	39	47,6
	Làm ruộng	4	4,9
	Khác	18	21,9

Nhận xét: Tuổi trung bình là 29,1 ± 6,2 tuổi (16 đến 43 tuổi), nhiều nhất là nhóm tuổi từ 25 đến 34 tuổi chiếm 56%. Nơi cư trú ở nông thôn chiếm đến 53,7%; trình độ trung học phổ thông chiếm 53,7%; chỉ có 7,3% thuộc hộ nghèo và nghề nghiệp nội trợ chiếm tỷ lệ cao (47,6%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng			Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện	Đau trần bụng		16	19,5
	Khám thai phát hiện thiếu ối		59	72
	Khác		7	8,5
Lâm sàng	Tuổi thai	28 0/7 – 33 6/7 tuần	26	31,7
		34 0/7- 36 6/7 tuần	56	68,3
	Trung bình: 34,5± 2,08 tuần (28 tuần đến hết 36tuần)			
	Cử động thai	Giảm	18	22
		Bình thường	64	78
	Bề cao tử cung	Nhỏ hơn tuổi thai	13	15,9
		Đúng tuổi thai	69	84,1

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng			Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Cận lâm sàng	Chỉ số ối	Thiếu ối (> 2-5cm)	76	95,1
		Vô ối ($\leq$ 2cm)	4	4,9
	Monitoring	Nhóm I	61	74,4
		Nhóm II và III	21	25,6

Nhận xét: Khám thai phát hiện thiếu ối là lý do vào viện chiếm tỷ lệ cao nhất (72%), lý do đau trần bụng chiếm 19,5% và lý do khác chiếm 8,5%. Tuổi thai trung bình trong nghiên cứu là $34,5 \pm 2,08$ tuần, trong đó, 68,3% tuổi thai từ 34 tuần trở lên. Đa số thai phụ có thiếu ối không thấy giảm cử động thai chiếm 78% và bề cao tử cung nhỏ hơn tuổi thai chiếm tỷ lệ thấp (15,9%). Trong nhóm nghiên cứu, mức độ vô ối chỉ chiếm 2,4% và khi đặt máy monitoring theo dõi thì tỷ lệ monitoring nhóm I chiếm 74,44%.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 3. Xử trí với các trường hợp thiếu ối

Xử trí ban đầu	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Điều trị nội khoa	72	87,8
Sinh thường	4	5,6
Cải thiện chỉ số ối ra viện	30	41,6
Mổ lấy thai	38	52,8
Khởi phát chuyển dạ	1	1,2
Mổ lấy thai	8	9,8
Tổng	82	100

Nhận xét: Có 1,2% khi vào viện có chỉ định mổ chủ động lấy thai ngay vì các lý do suy thai cấp. Chiếm nhiều nhất là các trường hợp điều trị nội khoa giữ thai có 87,8%. Tỷ lệ mổ lấy thai cao nhất chiếm 52,8% tiếp đến là các trường hợp có cải thiện nước ối 41,6% và cuối cùng là sanh thường 5,6%.

Bảng 4. Phân bố ngày điều trị nội khoa

Ngày Tuổi thai	< 7 ngày (n,%)	7-< 14 ngày (n,%)	14-21 ngày (n,%)	>21 ngày (n,%)	Tổng (n,%)
28 0/7- 33 6/7 tuần	7 (29,2)	8 (33,3)	5 (20,8)	4 (16,7)	24 (100)
34 0/7- 36 6/7 tuần	28 (58,3)	11 (22,9)	7 (14,6)	2 (4,2)	48 (100)
Tổng	35	19	12	6	72 (100)

Nhận xét: 7-14 ngày là khoảng thời gian điều trị nội chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi thai từ 28 0/7 – 33 6/7 tuần (33,3%), còn ở nhóm tuổi từ 34 0/7 – 36 6/7 tuần thì dưới 7 ngày chiếm tỷ lệ cao 58,3%.

Bảng 5. Đánh giá sau điều trị

Tình trạng ối		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thành công (chỉ số ối tăng)		47	65,3
Không thành công	(chỉ số ối giảm)	17	23,6
	(chỉ số ối không đổi)	8	11,1
Tổng		72	100

Nhận xét: Tỷ lệ điều trị thành công với lượng nước ối được tăng trong nghiên cứu chiếm 65,3%.

Bảng 6. Apgar phút thứ 1 và phút thứ 5

Apgar Thời gian	<4 điểm (n, %)	4- 6 điểm (n, %)	≥ 7 điểm (n, %)	Tổng
Phút thứ 1				
28 0/7 - 33 6/7 tuần	2 (3,8)	14 (26,9)	36 (69,3)	52 (100)
34 0/7 - 36 6/7 tuần	1 (50)	8 (57,1)	4 (11,1)	13 (25)
	2 (50)	6 (42,9)	32 (88,9)	39 (75)
Phút thứ 5				
28 0/7 - 33 6/7 tuần	0	2 (3,8)	50 (96,2)	52 (100)
34 0/7 - 36 6/7 tuần	0	2 (100)	11 (21,2)	13 (25)
	0	0	39 (78,8)	39 (75)

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 52 bé được sinh ra với:

Chỉ số Apgar phút thứ nhất: từ 7 điểm trở lên chiếm 69,3% trong đó ở nhóm tuổi từ 34 0/7 – 36 6/7 tuần chiếm tỷ lệ cao 88,9%.

Chỉ số Apgar phút thứ năm: từ 7 điểm trở lên chiếm 96,2% trong đó ở nhóm tuổi từ 34 0/7 – 36 6/7 tuần chiếm tỷ lệ 78,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thai phụ thiếu ối

Đặc điểm chung: tuổi là $29,1 \pm 6,2$ tuổi (từ 16 tuổi đến 43 tuổi), tương tự tuổi trung bình trong nghiên cứu của Petrozella và cộng sự (2011) [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhiều nhất là 25 đến 34 tuổi chiếm 56%. Đây là tỉ lệ khá cao cần quan tâm chăm sóc và quản lý thai nghén tốt hơn. Theo Đinh Lương Thái (2012) độ tuổi này chiếm 56,7% [2]. Trong nghiên cứu, thai phụ chủ yếu sống ở khu vực nông thôn chiếm tỉ lệ 53,7%; học vấn trình độ trung học phổ thông (53,7%); tỷ lệ thuộc hộ nghèo chiếm 7,3%; và nghề nghiệp tập trung nhiều là nội trợ chiếm 47,6%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trước đây [2].

Tuổi thai trung bình trong nghiên cứu là $34,5 \pm 2,08$ tuần (28 tuần đến hết 36 tuần), trong đó, 68,3% tuổi thai từ 34 tuần trở lên. Theo nghiên cứu của Petrozella và cộng sự (2011) tình trạng thiếu ối gặp ở nhóm tuổi nhỏ hơn 36 tuần tuổi với tuổi trung bình là $35,1 \pm 3,3$ tuần [6].

Phân bố lý do vào viện: khám thai định kỳ siêu âm phát hiện thiếu ối chiếm tỷ lệ cao 72%. Điều đó cho thấy rằng thiếu ối đa phần được chẩn đoán qua thăm khám tình cờ khó phát hiện thông qua các triệu chứng lâm sàng mà phải kết hợp thêm cận lâm sàng và theo Petrozella và cộng sự (2011) chủ yếu là kết hợp thêm siêu âm [6].

Triệu chứng lâm sàng như giảm cử động thai và bề cao tử cung không tương xứng với tuổi thai cũng chiếm một tỷ lệ thấp trong nghiên cứu chỉ chiếm lần lượt là 22% và 15,9%. Điều đó cho thấy tình trạng thiếu ối khó phát hiện cũng như đánh giá qua thăm khám lâm sàng đơn thuần. Kết quả này phù hợp trong y văn [4].

Tỷ lệ vô ối (chỉ số nước ối dưới 2cm) chiếm 4,9% phù hợp nghiên cứu của Ninh Văn Minh và cộng sự (2013) tỷ lệ vô ối ở tuổi thai non tháng chiếm 1,7% [3]. Tình trạng thiếu ối không làm thay đổi nhịp tim thai nhiều với CTG nhóm I chiếm 74,4%.

4.2 Đánh giá kết quả điều trị

Xử trí ban đầu: Trong nghiên cứu này khi thai phụ được phát hiện có thiếu ối và được nhập viện thì tùy từng tuổi thai, tùy từng mức độ thiếu ối được chỉ định xử trí ban đầu khác nhau. Đa phần với tuổi thai non tháng, các trường hợp trong nghiên cứu sẽ được điều trị nội và dưỡng thai chiếm tỷ lệ cao 87,8% phù hợp với nghiên cứu của Đinh Lương Thái (2003) với 76% cho việc điều trị nội [2]. Có 8/82 trường hợp thai phụ thiếu ối chiếm 9,8% được chỉ định mổ lấy thai ngay vì các yếu tố sản khoa như tiền sản giật nặng, suy thai cấp. Có 1 trường hợp được khởi phát chuyển dạ chiếm tỷ lệ 1,2%.

Ở nhóm tuổi thai từ 28 đến dưới 34 tuần thời gian điều trị nội khoa chiếm tỷ lệ cao là từ 7 đến dưới 14 ngày (33,3%) và dưới 7 ngày là khoảng thời gian điều trị nội khoa chiếm tỷ lệ cao ở tuổi thai từ 34 0/7 – 36 6/7 tuần (58,3%). Với thời gian điều trị nội kéo dài sẽ giúp cho tuổi thai sẽ tăng lên thêm và giảm thiểu các nguy cơ của thai non tháng hay sanh non [9].

Các trường hợp thai phụ có chỉ số nước ối tăng chiếm tỷ lệ cao 65,3%, cho thấy khả năng đáp ứng điều trị nội của thai non tháng cao. Hiện nay có nhiều tài liệu viết về chỉ định và kỹ thuật truyền dịch vào buồng ối trong và ngoài nước. Việc truyền dịch vào buồng ối nhằm mục đích cải thiện tuần hoàn nhau thai trong chuyển dạ nhằm phòng tránh nguy cơ biến chứng suy thai do thiếu ối.

Kết cục thai kỳ với nhóm điều trị nội khoa có 52,8% phải mổ lấy thai, 41,6% có cải thiện nước ối ra viện và chỉ có 5,6% sanh ngã âm đạo. Theo nghiên cứu của Tamiru Minwuye và cộng sự (2017) với tỉ lệ mổ lấy thai của thai kỳ thiếu ối là 80,3% [7]. Theo Yenigul và cộng sự (2014) thiếu ối có liên quan đến nguy cơ mổ lấy thai cao hơn sanh ngã âm đạo [8]. Thiếu ối làm tăng nguy cơ mổ lấy thai cho thai phụ.

Trong nghiên cứu có 52 bé được sinh ra với chỉ số Apgar từ 7 điểm trở lên ở phút thứ 1 chiếm 69,3% và phút thứ 5 là 96,2%. Chỉ số Apgar phút thứ nhất dưới 4 điểm là 3,8% và thứ năm từ 4 - 6 điểm là 3,8% và không có trường hợp nào dưới 4 ở phút thứ 5. Theo nghiên cứu của Đinh Lương Thái (2012) với điểm số Apgar dưới 7 ở phút thứ nhất cao chiếm 52,9% cao hơn so với phút thứ 5 là 31,7% [2]. Điều đó cho thấy khi có thể kéo dài tuổi thai sẽ giúp cải thiện chỉ số Apgar của bé sau sinh giảm tình trạng nhập NICU do thiếu ối gây ra [4].

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: Lý do vào viện thường gặp là khám định kỳ phát hiện thiếu ối (72%). Tuổi thai là $34,5 \pm 2,08$ tuần (28 đến hết 36 tuần). Triệu chứng giảm cử động thai (22%) và bề cao tử cung nhỏ hơn tuổi thai (15,9%). Tỷ lệ vô ối (4,9%). Trong 82 trường hợp nghiên cứu tỷ lệ monitoring nhóm I là 74,4%.

Đánh giá kết quả xử trí: Xử trí ban đầu: 87,8% được điều trị nội, 9,8% được chỉ định mổ lấy thai và 1,2% khởi phát chuyển dạ. Với tuổi thai từ 28 đến dưới 34 tuần thời gian điều trị nội khoa cao nhất là 7-14 ngày (33,3%) và dưới 7 ngày là thời gian chiếm tỷ lệ cao ở nhóm tuổi từ 34 đến dưới 37 tuần (58,3%). Có 65,3% thai phụ có chỉ số nước ối tăng. Kết cục thai kỳ trong nhóm điều trị nội khoa: 52,8 % phải mổ lấy thai, 41,6% có cải thiện nước ối ra viện và 5,6% sanh ngã âm đạo. Chỉ số Apgar từ 7 điểm trở lên ở phút thứ 1 chiếm 69,3% và phút thứ 5 là 96,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ Sản Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (2011), "Thiếu ối", *Thai phụ Khoa tập 1*, Nhà xuất bản Y học, Hồ Chí Minh, tr 315 -320.
2. Đinh Lương Thái (2012), *Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và thái độ xử trí với thai từ 22 đến 37 tuần bị thiếu ối tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Dược Hà Nội, Hà Nội.
3. Ninh Văn Minh, Hoàng Tiến Nam, Trần Thị Len (2013), Thiếu ối thai trên 28 tuần, các yếu tố liên quan và phương pháp xử trí tại bệnh viện Phụ sản Thái Bình, *Y học thực hành*, 874, tr 90-91.
4. Friedman P., & Ogunyemi D. (2018), "Oligohydramnios", *Obstetric Imaging: Fetal Diagnosis and Care*, pp 511–515
5. Melamed.N., *et al* (2011), Perinatal outcome in pregnancies complicated by isolated oligohydramnios diagnosed before 37 weeks of gestation, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205(3), pp 241.1–241.6
6. Petrozella.,*et al* (2011), Clinical Significance of Borderline Amniotic Fluid Index and Oligohydramnios in Preterm Pregnancy, *Obstetrics & Gynecology*, 117(2), pp 338-342.
7. Tamiru Minwuye.,*et al* (2019), Severe Oligohydramnios at term pregnancy and associated factors among pregnant women admitted from June 1, 2015 to June 30, 2017 at Gondar University Specialized Hospital, Northwest Ethiopia, *Acta Scientific Women's Health*, 1(2), pp 02-07.
8. Yenigul NN, Asicioglu O.(2019), The Effects of Isolated Oligohydramnios in Term Pregnancies on Labor, Delivery Mode and Neonatal Outcomes, *EJMI*, 3(1), pp 59–64.
9. William N.P, Robert Casanova, *et al* (2019), Post – term Pregnancy ,*Beckman and Ling Obstetric and Gynecology*, 8, pp 407-411.

(Ngày nhận bài: 07/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 20/09/2020)
