

DOI: 10.58490/ctjump.2026i102.5076

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ XỬ TRÍ NHAU TIỀN ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI NĂM 2025

Lâm Đức Tâm^{1*}, Trần Minh Tài², Nguyễn Thị Lan Phương²

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai

*Email: ldtam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 03/5/2026

Ngày phản biện: 29/7/2026

Ngày duyệt đăng: 25/8/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhau tiền đạo là một trong những nguyên nhân chính gây chảy máu trong ba tháng cuối thai kỳ, trong chuyển dạ và sau sinh. Đây là một vấn đề lớn mà các nhà sản khoa phải đối mặt, do những thai phụ với nhau tiền đạo có thể phải nằm ở bệnh viện để theo dõi dài hạn, tăng nguy cơ truyền máu, sinh non, tỷ lệ cắt tử cung tăng, dẫn đến tử suất của mẹ và con đều cao. **Mục tiêu nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu là mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết cục xử trí nhau tiền đạo tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 40 sản phụ đến nhập viện và sinh con có chẩn đoán nhau tiền đạo tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai từ tháng 07/2025 – 12/2025. **Kết quả:** Nhóm tuổi sản phụ dưới 35 chiếm 62,5%. Tiền sử mổ lấy thai chiếm tỷ lệ 40%, nạo hút thai (5%) và tiền sử đã từng bị nhau tiền đạo (2,6%). Có 100% trường hợp được chỉ định chấm dứt thai kỳ bằng phương pháp mổ lấy thai. Tỷ lệ mổ lấy thai cấp cứu (57,5%), mổ chủ động (42,5%). Tỷ lệ sản phụ cần truyền máu trong và sau mổ là 15%. Nghiên cứu chưa ghi nhận các biến chứng hậu phẫu như nhiễm trùng hay tổn thương cơ quan (0%). Phần lớn trẻ sơ sinh có tình trạng sức khỏe tốt với chỉ số APGAR 1 phút ≥ 7 đạt 95%. Tuy nhiên, tỷ lệ trẻ có cân nặng sơ sinh < 2500 g là 32,5%. **Kết luận:** Yếu tố nguy cơ thường gặp của nhau tiền đạo là tiền sử mổ lấy thai và đây là phương pháp ưu tiên để chấm dứt thai kỳ, chủ yếu là mổ lấy thai cấp cứu. Chưa ghi nhận biến chứng nhiễm trùng và tổn thương cơ quan; tình trạng trẻ sơ sinh non và ngạt còn cao trong nghiên cứu.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, kết cục thai kỳ, nhau tiền đạo.

ABSTRACT

CLINICAL CHARACTERISTICS AND MANAGEMENT OUTCOMES OF PLACENTA PREVIA: A STUDY AT DONG NAI GENERAL HOSPITAL IN 2025

Lam Duc Tam^{1*}, Tran Minh Tai², Nguyen Thi Lan Phuong²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Dong Nai General Hospital

Background: Placenta previa is one of the leading causes of antepartum hemorrhage in the third trimester, intrapartum bleeding, and postpartum hemorrhage. It presents a major challenge for obstetricians, as pregnant women with placenta previa often require prolonged hospitalization for close monitoring, which is associated with an increased risk of blood transfusion, preterm birth, and emergency hysterectomy, ultimately leading to elevated maternal and neonatal morbidity and mortality. **Objectives:** This study was conducted with two primary objectives: to describe the clinical characteristics and to evaluate the management outcomes of placenta previa at Dong Nai General Hospital. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 40 pregnant women admitted and delivered with a confirmed diagnosis of placenta previa at Dong Nai General

*Hospital between July 2025 and December 2025. **Results:** Maternal age under 35 years accounted for 62.5% of the study population. Regarding obstetric history, prior cesarean delivery accounted for 40.0%, uterine curettage for 5.0%, and a history of placenta previa for 2.6%. Termination of pregnancy via cesarean section was indicated in 100% of cases, comprising emergency cesarean sections (57.5%) and elective procedures (42.5%). The rate of peripartum and postpartum blood transfusion was 15.0%. No postoperative complications, such as surgical site infection or organ injury, were recorded (0.0%). The majority of newborns were in good clinical condition, with 1-minute APGAR scores greater than or equal to 7 reaching 95.0%; however, the prevalence of low birth weight (less than 2500 g) was 32.5%. **Conclusion:** A history of cesarean section is a common risk factor for placenta previa, and cesarean delivery remains the preferred method for pregnancy termination, predominantly performed as an emergency procedure. While no postoperative infection or organ injury was recorded, the rates of prematurity and neonatal asphyxia remain high in this study population.*

Keywords: Clinical characteristics, pregnancy outcomes, placenta previa.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhau tiền đạo là một trong những bệnh lý sản khoa nguy hiểm và là cấp cứu hàng đầu trong thực hành sản khoa hiện đại [1], [2]. Đây là tình trạng bánh nhau bám ở đoạn dưới tử cung, có thể che lấp một phần hoặc toàn bộ lỗ trong cổ tử cung, cản trở đường ra của thai nhi khi chuyển dạ [3], [4]. Nhau tiền đạo được xác định là nguyên nhân phổ biến nhất gây xuất huyết trong ba tháng cuối thai kỳ, chiếm khoảng 1/3 các trường hợp xuất huyết trước sinh với tỷ lệ lưu hành trên thế giới dao động từ 0,3% đến 0,5% tổng số thai kỳ [1], [4], [5].

Trong những thập kỷ gần đây, tỷ lệ nhau tiền đạo có xu hướng gia tăng rõ rệt, song hành với sự gia tăng của tỷ lệ mổ lấy thai toàn cầu cũng như việc ứng dụng rộng rãi các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản [2], [3], [4]. Nhiều nghiên cứu đã khẳng định mối liên quan chặt chẽ giữa nhau tiền đạo với các yếu tố nguy cơ như tiền sử mổ lấy thai, nạo hút thai, đa rạ và tuổi mẹ cao (≥ 35 tuổi) [1], [2], [6]. Đặc biệt, nhau cài răng lược trên sản phụ có sẹo mổ cũ đang trở thành một thách thức lớn, làm tăng nguy cơ vỡ tử cung và gây ra những kịch bản lâm sàng phức tạp [7], [8].

Biến chứng của nhau tiền đạo đối với sức khỏe sinh sản là hết sức nặng nề. Đối với sản phụ, tình trạng này làm tăng nguy cơ băng huyết sau sinh, mất máu cấp dẫn đến sốc giảm thể tích, phải truyền máu khối lượng lớn, cắt tử cung cấp cứu và tổn thương các cơ quan lân cận như bàng quang [1], [5], [6]. Về phía thai nhi, nhau tiền đạo là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến sinh non (nguy cơ cao gấp 3 đến 8 lần), thai kém phát triển trong tử cung, suy thai và tăng tỷ lệ tử vong chu sinh [1], [2], [3].

Tại Việt Nam, dù đã có nhiều công trình nghiên cứu về vấn đề này tại các bệnh viện chuyên khoa đầu ngành, nhưng đặc điểm lâm sàng và kết quả xử trí có thể khác biệt tùy theo năng lực y tế và đặc thù dân cư tại từng địa phương [3], [5]. Xuất phát từ thực tiễn trên, nghiên cứu được tiến hành nhằm tìm hiểu một số yếu tố liên quan và đánh giá kết cục xử trí nhau tiền đạo tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Sản phụ nhập viện và sinh có chẩn đoán nhau tiền đạo có tuổi thai từ tuần thứ 28 trở lên.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Chọn tất cả sản phụ đến nhập viện và sinh tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai có tuổi thai từ tuần thứ 28 trở lên được tính theo ngày đầu của kỳ kinh cuối (đối với chu kỳ kinh đều 28 ngày) và/hoặc tính theo siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Đình chỉ thai nghén vì lý do xã hội, được chẩn đoán nhau tiền đạo trước sinh nhưng sau sinh không ghi nhận, có bệnh lý nội, ngoại khoa, bệnh tâm thần kèm theo.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai từ tháng 07/2025 – 12/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả.

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ. Nghiên cứu được thực hiện trên 40 thai phụ đến nhập viện và sinh có tuổi thai từ tuần thứ 28 trở lên tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai năm 07/2025 – 12/2025 được chẩn đoán nhau tiền đạo.

- **Nội dung nghiên cứu:** Tuổi, tiền sử sản khoa (mổ lấy thai, nạo hút thai, nhau tiền đạo), phương pháp chấm dứt thai kỳ, chỉ định mổ lấy thai, truyền máu, biến chứng (nhiễm trùng sau mổ, tổn thương ruột – bàng quang, mổ lại sẽ được thu thập trong thời gian nằm viện), chỉ số APGAR 1 phút (1 phút sau sinh), cân nặng sơ sinh.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Thu thập số liệu dựa trên bảng phỏng vấn đã được thiết kế sẵn. Trước khi chính thức thu thập số liệu, chúng tôi tiến hành phỏng vấn thử 20 sản phụ đến sinh tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai để chỉnh sửa bảng câu hỏi cho phù hợp, dễ hỏi. Sản phụ nhập viện, nếu đủ tiêu chuẩn chọn mẫu, được chúng tôi tư vấn, giải thích rõ mục đích nghiên cứu để sản phụ tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu. Khi chuyển dạ, chúng tôi tiến hành thăm khám, theo dõi chuyển dạ, đánh giá trẻ ngay sau sinh. Tùy thuộc vào diễn biến lâm sàng, mà có cách xử trí:

+ Chảy máu cấp tính: Mục tiêu là duy trì huyết động mẹ (thiết lập 2 đường truyền dịch, truyền máu tỷ lệ 1:1:1 nếu chảy máu kéo dài) và theo dõi sát tim thai liên tục. Chỉ định mổ lấy thai cấp cứu dưới gây mê toàn thân khi sản phụ chuyển dạ, tim thai suy, hoặc băng huyết nặng không kiểm soát được. Khi phẫu thuật, cần siêu âm xác định kỹ vị trí bánh nhau để tránh rách vào gây mất máu thai. Dùng MgSO₄ bảo vệ thần kinh thai nhi từ 24 đến 32 tuần.

+ Chảy máu đã ổn định (dưới 34 tuần): Mục tiêu kéo dài thai kỳ giúp thai trưởng thành. Điều trị nội khoa gồm Corticoid trưởng thành phổi (tuần 28–34), bổ sung sắt, và tiêm Anti-D nếu mẹ có nhóm máu Rh âm. Sản phụ có thể điều trị ngoại trú nếu đã ngưng ra máu trên 24 giờ và nhà gần bệnh viện. Thời gian chủ động chấm dứt thai kỳ tối ưu là từ 36 tuần 1 ngày đến 37 tuần 6 ngày.

+ Nhau bám thấp: Chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối nếu mép bánh nhau cách lỗ trong cổ tử cung dưới 10 mm. Cần nhắc theo dõi sinh ngã âm đạo nếu khoảng cách từ 10 đến 20 mm; quy trình cần bấm ối sớm để đầu thai nhi chèn ép cầm máu, dùng thuốc co hồi tử cung ngay sau khi sổ thai và sẵn sàng chuyển mổ cấp cứu nếu xuất huyết tái phát.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Bảng phân mềm SPSS 20.0. Các thuật toán thống kê mô tả: tần suất, tỷ lệ phần trăm, trung bình.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua theo phiếu chấp thuận số 25.376.HV/PCT-HĐĐĐ cấp ngày 30 tháng 06 năm 2025. Số liệu được Trường Đại học Y Dược Cần Thơ cho phép sử dụng và công bố.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng ở những sản phụ được chẩn đoán nhau tiền đạo

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng ở đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n=40)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm): $33,02 \pm 6,20$ (21-45)		
≥35	15	37,5
<35	25	62,5
Tiền sử nạo hút thai		
Có	2	5
Không	38	95
Tiền sử mổ lấy thai		
Có	16	40
Không	24	60
Tiền sử nhau tiền đạo		
Có	1	2,5
Không	39	97,5

Nhận xét: Nhóm tuổi <35 chiếm 62,5%, nhóm tuổi ≥35 chiếm tỷ lệ 37,5%, tuổi trung bình là 33,02 (lớn nhất là 45 tuổi, nhỏ nhất là 21 tuổi). Tỷ lệ sản phụ có tiền sử nạo hút thai là 5%, tỷ lệ có tiền sử mổ lấy thai là 40% và nhau tiền đạo là 2,5%.

3.2. Kết cục thai kỳ xử trí nhau tiền đạo

Bảng 2. Kết quả xử trí nhau tiền đạo

Kết quả xử trí	Tần số (n=40)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp chấm dứt thai kỳ		
Sinh ngả âm đạo	0	0
Mổ lấy thai	40	100
Chỉ định mổ lấy thai		
Cấp cứu	23	57,5
Chủ động	17	42,5
Truyền máu		
Có	6	15
Không	34	85
Biến chứng nhiễm trùng		
Có	0	0
Không	40	100
Biến chứng tổn thương cơ quan		
Có	0	0
Không	40	100

Nhận xét: Phương pháp chấm dứt thai kỳ với mổ lấy thai chiếm 100%. Trong đó mổ cấp cứu chiếm ưu thế hơn với tỷ lệ 57,5%, mổ chủ động là 42,5%. Tỷ lệ truyền máu ở các sản phụ là 15%. Tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng và tổn thương cơ quan là 0%.

Bảng 3. Kết cục trẻ sơ sinh

Kết cục trẻ sơ sinh	Tần số (n=40)	Tỷ lệ (%)
Chỉ số APGAR 1 phút		
≥7	38	95
<7	2	5
Cân nặng sơ sinh		
≥2500 g	27	67,5
<2500 g	13	32,5

Nhận xét: Tỷ lệ ngạt (chỉ số APGAR <7) ở trẻ sơ sinh là 5%, trẻ bình thường (chỉ số APGAR ≥7) là 95%. Nhóm cân nặng sơ sinh ≥2500 g chiếm tỷ lệ 67,5%, còn nhóm <2500 g chiếm tỷ lệ 32,5%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi chiếm ưu thế là nhóm tuổi <35 với tỷ lệ 62,5% tương đồng với các nghiên cứu của Lâm Đức Tâm (62,1%), Ngô Xuân Quý (69,2%) và Trương Thị Linh Giang (53,1%) [2], [4], [9]. Mặc dù các nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ mắc nhau tiền đạo tăng lên theo tuổi, nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi và tại Việt Nam, nhau tiền đạo tập trung vào nhóm tuổi <35. Đây là nhóm tuổi phổ biến của phụ nữ mang thai và các yếu tố nguy cơ của nhau tiền đạo như nạo hút buồng tử cung, viêm nhiễm và đặc biệt là tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng. Đặc thù của tổng thể nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai nói riêng và các bệnh viện tuyến tỉnh tại Việt Nam nói chung, nơi mà mô hình sản khoa phần lớn vẫn là các sản phụ trẻ tuổi nhưng đã sớm tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ kích thích sự bám bất thường của bánh nhau.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ sản phụ có tiền sử nạo hút buồng tử cung là 5%. Tỷ lệ này khá khiêm tốn khi so sánh với các nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của Lâm Đức Tâm (11,7%), Nguyễn Văn Hiền (31,5%), Ngô Xuân Quý (45,2%) [2], [7], [9]. Sự khác biệt lớn này có thể xuất phát từ hai lý do chính. Thứ nhất, do sự thay đổi trong mô hình quản lý kế hoạch hóa gia đình tại địa phương, ý thức người dân được nâng cao dẫn đến giảm tỷ lệ nạo phá thai cơ học. Thứ hai, xu hướng y học hiện đại tại bệnh viện hiện nay ưu tiên áp dụng rộng rãi các biện pháp nội khoa (phá thai bằng thuốc) cho các trường hợp đình chỉ thai kỳ sớm. Việc hạn chế tối đa các can thiệp thủ thuật vào buồng tử cung đã giúp bảo tồn lớp nội mạc, từ đó làm giảm tỷ lệ tổn thương đáy tử cung - một cơ chế cốt lõi hình thành nhau tiền đạo.

Tỷ lệ có tiền sử mổ lấy thai trong nghiên cứu là 40% khá tương đồng với nghiên cứu của Lâm Đức Tâm (36,9%), Lê Hoàng Nguyên (33,8%) nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang (65,6%) [2], [4], [5]. Như đã trình bày, tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng vì nhiều nguyên nhân, đây là yếu tố nguy cơ cao đã được chứng minh từ nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đặc biệt là nhau tiền đạo có nhau cài răng lược kết hợp.

Tiền sử có nhau tiền đạo trong nghiên cứu là 2,6% tương đồng với nghiên cứu của Lâm Đức Tâm (1,9%) và thấp hơn nghiên cứu của Ngô Xuân Quý (4,1%) [2], [9]. Tương tự với tiền sử mổ lấy thai, tiền sử đã từng mắc nhau tiền đạo là yếu tố nguy cơ đã được chứng minh tăng nguy cơ nhau tiền đạo ở những lần mang thai sau này.

4.2. Kết cục thai kỳ xử trí nhau tiền đạo

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp chấm dứt thai kỳ ở những sản phụ được chẩn đoán nhau tiền đạo là mổ lấy thai với tỷ lệ tuyệt đối là 100%, cao hơn so với nghiên cứu của Lâm Đức Tâm (95,5%), Trương Thị Linh Giang (93,8%), Nguyễn Hồng Quang (95,2%), Joan M.G. Crane [1], [3], [4], [10]. Tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai, an toàn cho mẹ và con được đặt lên hàng đầu. Với nhau tiền đạo, nguy cơ chảy máu ồ ạt khi chuyển dạ ngã âm đạo là rất lớn, do đó việc chọn mổ lấy thai là lựa chọn tốt để kiểm soát tình trạng mất máu.

Trong đó tỷ lệ mổ lấy thai cấp cứu chiếm tỷ lệ 57,5%, cao hơn tỷ lệ mổ chủ động là 42,5%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lâm Đức Tâm (76,2%), Nguyễn Thị Hồng

(61,7%), Lê Hoàng Quyên (59,5%) [1], [5], [8]. Tuy nhiên, kết quả này trái ngược với nghiên cứu của Ngô Xuân Quý (45,2%), Nguyễn Hồng Quang (42,5%) khi tỷ lệ mổ cấp cứu thấp hơn so với mổ chủ động [9], [3]. Tỷ lệ mổ cấp cứu cao hơn cho thấy một bộ phận lớn sản phụ nhập viện trong tình trạng cấp cứu vì ra huyết âm đạo đột ngột (22/23 trường hợp mổ cấp cứu vì lý do ra huyết âm đạo). Do đó, tăng cường quản lý thai kỳ và chẩn đoán sớm để tăng tỷ lệ mổ chủ động, giúp chuẩn bị tốt hơn về nhân lực và nguồn máu dự phòng.

Tỷ lệ cần truyền máu trong nghiên cứu là 15%, tương đồng với nghiên cứu của Ngô Xuân Quý (17,1%), Nguyễn Văn Hiền (15,1%) nhưng thấp hơn nghiên cứu của Nahid A. Salim (40,4%) và cao hơn so với Trương Thị Linh Giang (9,4%) [4], [6], [7], [9]. Tỷ lệ truyền máu 15% phản ánh khả năng kiểm soát mất máu trong mổ của phẫu thuật viên khá tốt. Tuy nhiên, 15% vẫn là con số đáng lưu tâm, cho thấy nhau tiền đạo luôn tiềm ẩn nguy cơ xuất huyết nặng.

Nghiên cứu chưa ghi nhận trường hợp nào có tổn thương cơ quan và nhiễm trùng hậu phẫu, tương tự như nghiên cứu của Lâm Đức Tâm [1]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng ghi nhận tỷ lệ nhiễm trùng là 1,7% [8], Nguyễn Văn Hiền có nhiễm trùng, tổn thương cơ quan với tỷ lệ lần lượt là 8,2% và 0,7% [7]. Việc không ghi nhận nhiễm trùng hay tổn thương cơ quan là một kết quả đáng khích lệ. Do quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn tốt, tay nghề của phẫu thuật viên tại bệnh viện đã được nâng cao.

Nhóm cân nặng sơ sinh ≥ 2500 g chiếm tỷ lệ 67,5%, ưu thế so với nhóm cân nặng sơ sinh < 2500 g (32,5%) tương đồng với nghiên cứu của Lâm Đức Tâm (65,9%) nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang (81,2%) và Nguyễn Văn Hiền (91,8%) [1], [4], [7], [9]. Nhóm cân nặng sơ sinh < 2500 g vẫn còn chiếm tỷ lệ cao, là hậu quả của việc phải chấm dứt thai kỳ khi tuổi thai < 37 tuần (ghi nhận 16/40 (40%) trường hợp phải mổ) do tình trạng ra máu âm đạo không kiểm soát được của người mẹ, hoặc do chỉ định mổ chủ động khi thai chưa đủ tháng để tránh nguy cơ chảy máu cấp tính.

Tỷ lệ trẻ sơ sinh bình thường (APGAR ≥ 7) chiếm tỷ lệ cao (95%) và ghi nhận 2 trường hợp (5%) có trẻ ngạt sau sinh, khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hiền (96,6%) nhưng cao hơn nhẹ so với nghiên cứu của Lâm Đức Tâm (86,4%) [1], [7]. Tỷ lệ chấm dứt thai kỳ khi thai còn non tháng chiếm tỷ lệ không nhỏ (40%), nhưng tỷ lệ ngạt (5%) thấp cho thấy sự phối hợp tốt giữa khoa Sản và khoa Nhi trong việc hồi sức sơ sinh ngay tại phòng mổ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu cho thấy nhóm sản phụ trong độ tuổi sinh sản tập trung vào nhóm dân số trẻ. Yếu tố nguy cơ hay gặp nhất của nhau tiền đạo là tiền sử mổ lấy thai. Mổ lấy thai vẫn là phương pháp ưu tiên để chấm dứt thai kỳ, trong đó chủ yếu là mổ lấy thai cấp cứu. Chưa ghi nhận biến chứng nhiễm trùng và tổn thương cơ quan trong nghiên cứu. Bên cạnh đó nguy cơ trẻ sơ sinh có cân nặng sơ sinh và ngạt còn cao. Những phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của quản lý thai kỳ để nâng cao sức khỏe cho cả mẹ và trẻ sơ sinh. Hạn chế của nghiên cứu là tiến hành với cỡ mẫu khá khiêm tốn (40 trường hợp), làm hạn chế khả năng suy rộng kết quả cũng như phân tích sâu hơn mối liên quan giữa các yếu tố là một điểm hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này xuất phát từ tình hình thực tế tại địa phương, không có đủ nhiều số lượng trường hợp nhau tiền đạo như các cơ sở tuyến cuối của khu vực miền Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lâm Đức Tâm, Ngô Thùy Hương, Phạm Đắc Lộc. Kết cục thai kì ở sản phụ mắc nhau tiền đạo nhập viện tại Bệnh viện Sản nhi An Giang năm 2021- 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 531(1), doi: 10.51298/vmj.v531i1.6969.
 2. Tâm Lâm Đức, Lý Thị Mỹ Tiên, Phạm Đắc Lộc. Tỷ lệ các loại nhau tiền đạo và một số yếu tố nguy cơ tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2019 - 2021. *Tạp chí Phụ sản*. 2023. 21(3), 15-21, doi: 10.46755/vjog.2023.3.1617.
 3. Nguyen Hong Quang, Pham My Hoai. The clinical and paraclinical features and treatment outcomes of placenta previa at a Thai Nguyen Hospital. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2025. 66(8), doi: 10.52163/yhc.v66i8.4051.
 4. Trương Thị Linh Giang, Trần Thị Mỹ Chi. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ của các trường hợp nhau tiền đạo ở Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. *Tạp chí Phụ sản*. 2023. 21(3), 22-7, doi: 10.46755/vjog.2023.3.1614.
 5. Lê Hoàng Quyên, Nguyễn Tấn Hưng, Đỗ Thị Minh Nguyệt, Đoàn Thanh Điền, Quan Kim Phụng, Nguyễn Thị Thư, *et al*. Lượng máu mất và một số yếu tố liên quan ở sản phụ được mổ lấy thai do nhau tiền đạo tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2022-2024. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024. (77), 220-6, doi: 10.58490/ctump.2024i77.2704.
 6. Salim NA, Satti I. Risk factors of placenta previa with maternal and neonatal outcome at Dongola/Sudan. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2021. 10(3), 1215-7, doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_2111_20.
 7. Nguyễn Văn Hiền, Trần Quang Khải. Đánh giá kết quả xử trí rau tiền đạo ở những sản phụ có tiền sử mổ lấy thai tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình. *Tạp chí Y Dược Thái Bình*. 2025. 81-6, doi: 10.62685/tbjmp.2025.15.12.
 8. Nguyễn Thị Hồng, Dương Anh Anh, Hoàng Quốc Huy, Nguyễn Phương Sinh. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí rau tiền đạo ở thai phụ có sẹo mổ đẻ cũ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108. 2025. 20(1), doi: 10.52389/ydls.v20i1.2575.
 9. Ngô Xuân Quý, Nguyễn Thị Thu Hà. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí thai phụ rau tiền đạo tại Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025. 546(3), doi: 10.51298/vmj.v546i3.12714.
 10. Crane JMG, Van den Hof MC, Dodds L, Armson BA, Liston R. Maternal complications with placenta previa. *Am J Perinatol*. 2000. 17(02), 101-6, doi: 10.1055/s-2000-9269.
-