

ĐẶC ĐIỂM SIÊU ÂM VÀ KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM ĐÔNG MÁU CỦA CÁC TRƯỜNG HỢP THAI CHẾT LƯU SAU 24 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2023

Đỗ Tuấn Đạt^{1,2}, Vũ Thị Kim Ngân¹, Hoàng Văn Đức¹

TÓM TẮT

Theo báo cáo năm 2021 của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF), ước tính có khoảng 2 triệu ca thai chết lưu xảy ra trên toàn thế giới mỗi năm, tương đương với cứ 16 giây lại có 1 ca thai chết lưu. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm siêu âm và kết quả xét nghiệm đông máu của các trường hợp thai chết lưu sau 24 tuần tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 120 thai phụ có chẩn đoán thai chết lưu trong tử cung có tuổi thai sau 24 tuần đến điều trị tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $30,7 \pm 6,2$ tuổi. Tuổi thai chết lưu trung bình là $30,6 \pm 5,2$ tuần. Đặc điểm siêu âm thai thấy tỷ lệ thai bất thường là 8,3%, chồng khớp sọ (45%) và cột sống gấp khúc (15%), bất thường bánh rau (12,5%) và bất thường thể tích nước là 12,5%. Tỷ lệ giảm fibrinogen < 2g/l của các thai phụ là 9%, tỷ lệ thai phụ có chỉ số Prothrombin (PT%) < 70% là 9,2%, APTT kéo dài > 35s (9,2%) và thời gian PT (s) kéo dài > 13s (5,8%) và có sự khác biệt về chỉ số APTT giữa các nhóm tuổi thai ($p < 0,05$). **Kết luận:** Các dấu hiệu thai và phần phụ của thai trên siêu âm là dấu hiệu quan trọng giúp chẩn đoán thai chết lưu và gợi ý một số nguyên nhân tiềm ẩn. Bên cạnh đó, việc xét nghiệm các chỉ số đông máu cơ bản là rất cần thiết với các thai phụ có TCL để kịp thời phát hiện tình trạng rối loạn đông máu. **Từ khóa:** thai chết lưu, mất cử động thai, thiếu ối.

SUMMARY

ULTRASOUND CHARACTERISTICS AND COAGULATION TEST RESULTS OF STILLBIRTHS AFTER 24 WEEKS OF GESTATION AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

According to the 2021 report by the World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF), it is estimated that approximately 2 million stillbirths occur globally each year, equivalent to one stillbirth every 16 seconds. **Objective:** To describe ultrasound characteristics and coagulation test results of stillbirths occurring after 24 weeks of gestation at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2023. **Materials and Methods:** This was a

retrospective descriptive study conducted on 120 pregnant women diagnosed with intrauterine fetal demise at ≥ 24 week's gestation who were managed at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1, 2023, to December 31, 2023. **Results:** The average maternal age in the study population was 30.7 ± 6.2 years. The mean gestational age at stillbirth was 30.6 ± 5.2 weeks. Fetal ultrasound findings showed an abnormal fetus rate of 8.3%, cranial bone overlapping (45%), spinal angulation (15%), placental abnormalities (12.5%), and abnormal amniotic fluid volume (12.5%). The proportion of pregnant women with fibrinogen levels < 2 g/L was 9%; those with Prothrombin Index (PT%) < 70% was 9.2%; prolonged Activated Partial Thromboplastin Time (APTT) > 35 s was 9.2%; and prolonged Prothrombin Time (PT) > 13 s was 5.8%. There was a statistically significant difference in APTT values among gestational age groups ($p < 0.05$). **Conclusion:** Fetal and adnexal ultrasound findings are crucial indicators for diagnosing stillbirth and may suggest potential underlying causes. In addition, performing basic coagulation profile testing is essential in pregnant women with stillbirth to promptly detect coagulation disorders. **Keywords:** stillbirth, decreased fetal movements, oligohydramnios.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai sống trong tử cung mặc dù được người mẹ bảo vệ nhưng thai vẫn có thể chết ở bất kỳ thời điểm nào. Định nghĩa về thai chết lưu không thống nhất giữa các nước khác nhau. Thai chết lưu có nhiều nguyên nhân, trong nhiều trường hợp rất khó tìm thấy nguyên nhân gây ra thai chết lưu. Theo báo cáo năm 2021 của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF), ước tính có khoảng 2.0 triệu ca thai chết lưu xảy ra trên toàn thế giới mỗi năm, tương đương với cứ 16 giây lại có 1 ca thai chết lưu¹. Hậu quả của thai chết lưu không chỉ là tổn thương tâm lý mà còn gây nhiều biến chứng ảnh hưởng tới sức khỏe và tính mạng của người mẹ như: chảy máu do rối loạn đông máu, nhiễm khuẩn, khó khăn cho lần mang thai sau². Trước đây, những hiểu biết về thai chết lưu còn nhiều hạn chế, do vậy việc chẩn đoán sớm và xử trí còn gặp nhiều khó khăn, các tai biến xảy ra còn nặng nề thậm chí tử vong mẹ. Ngày nay với sự tiến bộ trong khoa học kỹ thuật, sự phát triển đồng đều của các ngành, nhất là y sinh học phân tử, một số nguyên nhân của thai chết lưu đã được sáng tỏ. Ngoài ra việc áp dụng siêu âm và

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tuấn Đạt

Email: drdodat@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025

Ngày duyệt bài: 01.10.2025

xét nghiệm đông máu trong chẩn đoán giúp người thầy thuốc chẩn đoán nhanh chính xác và tiên lượng bệnh tốt. Với mong muốn nâng cao chất lượng chẩn đoán nhằm phát hiện sớm và tiên lượng tình trạng thai chết lưu đồng thời là nền tảng cho những nghiên cứu khác lớn hơn trong tương lai, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm siêu âm và kết quả xét nghiệm đông máu của các trường hợp thai chết lưu sau 24 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án của các sản phụ được chẩn đoán thai chết lưu (TCL) trong tử cung có tuổi thai sau 24 tuần trở lên đến điều trị tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Lâm sàng:
 - + Sản phụ không thấy thai cử động
 - + Bụng không to lên
 - + Vú tiết sữa non tự nhiên
 - + Ra máu âm đạo
 - + Không nghe thấy tim thai
 - + Một số bệnh kèm theo thuyên giảm: bệnh tim, nhiễm độc thai nghén...
- Cận lâm sàng: Siêu âm không thấy hoạt động tim thai
- Hồ sơ bệnh án phải đầy đủ thông tin nghiên cứu theo yêu cầu của nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Thai chết trong chuyển dạ.
- Thai chết lưu trong tử cung đã đẻ ở nơi khác chuyển đến.
- Các trường hợp thai chết lưu có nguyên nhân do mẹ, mẹ có mổ đẻ cũ tiền sản giật, rau bong non, bánh rau bám ở vị trí bất thường.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023.

Địa điểm nghiên cứu: Bv Phụ Sản Hà Nội.

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu. Mẫu thuận tiện không xác suất. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn được 120 thai phụ thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu và không nằm trong nhóm tiêu chuẩn loại trừ.

Chỉ số và biến số nghiên cứu

- Nhóm tuổi: < 20; 20 – 24; 25-29; 30-34 và ≥ 35 tuổi.
- Số lần TCL: 0, 1, ≥ 2 lần
- Bệnh lý của mẹ: không có, tiền sản giật – sản giật, đái tháo đường thai kỳ, thiếu máu,

bệnh gan thận, sang chấn, bệnh khác

- Phân bố tuổi thai chết lưu: 24-27 tuần, 28-35 tuần, trên 35 tuần.

- Dấu hiệu thai chết lưu trên siêu âm: chông khớp sọ; cột sống gấp khúc; bánh rau; nước ối; dây rốn và thai bất thường.

- Kết quả xét nghiệm đông máu: chỉ số Fibrinogen, prothrombin (%), APTT (s), PT (s)

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu.

Số liệu được xử lý, làm sạch, mã hóa, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0 theo các thuật toán thống kê. Tính giá trị trung bình các biến định lượng và tỷ lệ % đối với các biến định tính.

Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện sau khi thông qua hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

- Chỉ tiến hành nghiên cứu khi đã giải thích rõ và đồng ý tham gia tự nguyện của bệnh nhân. Tất cả thông tin thu thập được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	n=120	%
Tuổi (năm)	30,7 ± 6,2	
Tuổi trung bình (TB±CD)(Min-Max)	(19-45)	
<20	3	2,5
20 - 24	12	10
25 - 29	46	38,3
30 - 34	25	20,8
≥35	34	28,3
Số lần TCL (lần)		
0	93	77,5
1	24	20,0
≥2	3	2,5
Bệnh lý của thai phụ		
Không có	62	51,7
Tiền sản giật – sản giật	5	4,2
Đái tháo đường thai kỳ	8	6,7
Thiếu máu	27	22,5
Bệnh gan thận	8	6,7
Sang chấn	1	0,8
Bệnh khác	9	7,5

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của sản phụ là 30,7 ± 6,2 tuổi, phần lớn thuộc nhóm từ 25-29 tuổi (chiếm 38,3%). 22,5% sản phụ có tiền sử TCL và 22,5% mắc thiếu máu.

Bảng 3.2. Dấu hiệu thai chết lưu trên siêu âm

Dấu hiệu siêu âm	Số lượng (n=120)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai khi phát hiện	24-27 tuần	42
	28-35 tuần	49
	>35 tuần	29

Hình ảnh của thai	Bình thường	48	40
	Chồng khớp sọ	54	45
	Cột sống gấp khúc	18	15
	Thai bất thường	10	8,3
Bánh rau	Bình thường	109	90,8
	Bất thường	11	9,2
Nước ối	Bình thường	105	87,5
	Đa ối	5	4,2
	Thiếu ối	10	8,3
Dây rốn	Bình thường	107	89,2

	Dây rốn thắt nút, xoắn	6	5
	Dây rốn quấn cổ	5	4,2
	Dị tật dây rốn	2	1,7

Nhận xét: Tuổi thai khi phát hiện TCL phổ biến nhất là 28 – 35 tuần (40,8%). Các dấu hiệu thai chết lưu trên siêu âm bao gồm: chồng khớp sọ chiếm 45%; cột sống gấp khúc chiếm 15%, thai bất thường chiếm 8,3%, bất thường bánh rau chiếm 9,2%, bất thường về số lượng nước ối chiếm 12,5% và 10,9% có bất thường về dây rốn.

Bảng 3.3. Đặc điểm xét nghiệm đông máu

Xét nghiệm		24-27 tuần		28-35 tuần		>35 tuần		p
		n=42	%	n=49	%	n=29	%	
Định lượng Fibrinogen (g/l)	≥2	38	90,5	36	73,5	26	89,7	0,058
	<2	4	9,5	13	26,5	3	10,3	
Prothrombin (%)	70-140	37	88,1	46	93,9	26	89,7	0,661
	<70	5	11,9	3	6,1	3	10,3	
APTT thời gian (s)	25-35	35	83,3	49	100	25	86,2	0,012
	>35	7	16,7	0	0	4	13,8	
PT Thời gian (s)	11-13	39	92,9	48	98,0	26	89,7	0,298
	>13	3	7,1	1	2,0	3	10,3	

Nhận xét: 100% thai phụ được làm xét nghiệm đông cầm máu trước khi điều trị, phần lớn bệnh nhân có kết quả xét nghiệm trong giới hạn bình thường.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của của sản phụ bị TCL. Theo kết quả nghiên cứu tại bảng 3.1, tuổi của thai phụ từ 19 đến 45 tuổi, trung bình là $30,9 \pm 6,2$ tuổi, đa số các thai phụ ở độ tuổi từ 25-29 tuổi (38,3%), thấp nhất là nhóm <20 tuổi (2,5%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả của nghiên cứu của tác giả Phạm Huy Cường (2016) tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương với 35,9% thai phụ nằm trong độ tuổi 25 - 29 tuổi, tác giả Nông Thị Hồng Lê (2024) tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên với 31,8%^{3,4}. Về tiền sử, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số thai phụ không có tiền sử TCL (77,5%), tuy nhiên có 20,0% từng bị một lần TCL và 2,5% có tiền sử TCL ≥ 2 lần. Một nghiên cứu khác cũng ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử TCL và việc tiếp tục gặp biến cố TCL ở lần mang thai sau do đây là nhóm nguy cơ cao cần được quản lý thai kỳ sát sao⁵. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thiếu máu là bệnh lý phổ biến nhất ở thai phụ TCL (22,5%), tiếp đến là đái tháo đường thai kỳ (6,7%). Ngoài ra một số bệnh lý khác cũng được ghi nhận ở các thai phụ TCL trong nghiên cứu của chúng tôi như: tiền sản giật – sản giật (4,2%), basedow, tăng huyết áp (7,5%), và bệnh gan thận (6,7%). Những bệnh lý này đều có thể ảnh hưởng đến tuần hoàn tử cung – bánh rau, dẫn đến suy dinh dưỡng bào thai hoặc

ngừng phát triển trong tử cung.

4.2. Đặc điểm siêu âm của thai phụ có TCL. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tuổi thai chết lưu trung bình là $30,6 \pm 5,2$ tuần, tuổi thai lớn nhất là 39 tuần, nhỏ nhất là 24 tuần. Trong đó, nhóm tuổi 28 – 35 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất (40,8%), thấp nhất là nhóm trên 35 tuần (24,2%). Kết quả này phù hợp với xu hướng chung được ghi nhận trong các nghiên cứu trước. Theo Lê Thị Lựu, tuổi thai thường gặp nhất khi xảy ra TCL là từ 23–27 tuần (30,5%), tiếp đến là nhóm 28–32 tuần (28,4%) và thấp nhất là nhóm trên 41 tuần (1,9%)⁶.

Siêu âm là phương tiện chẩn đoán hình ảnh quan trọng và đáng tin cậy trong việc xác định thai chết lưu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, dấu hiệu chồng khớp sọ gặp ở 45% trường hợp, và cột sống gấp khúc chiếm 15%. Những dấu hiệu này thường xuất hiện sau một khoảng thời gian kể từ khi thai ngừng hoạt động sống, do đó có thể cung cấp manh mối về thời điểm xảy ra tử vong trong tử cung. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.2, siêu âm giúp phát hiện 8,3% trường hợp có thai nhi bất thường về hình thái (bao gồm bất thường lớn như tim, não, phù thai...).

Ngoài các dấu hiệu liên quan đến thai, siêu âm còn giúp phát hiện các yếu tố nguy cơ hoặc nguyên nhân tiềm ẩn của TCL. Kết quả của bảng 3.2 cho thấy, có 9,2% trường hợp có bất thường bánh rau (tụ dịch dưới màng ối, u mạch máu, bánh rau dày, vôi hóa bánh rau...), nổi bật nhất là tình trạng phù gai rau. Đây là những dấu hiệu

có thể gợi ý tình trạng nhiễm trùng hoặc bất thường miễn dịch. Phù rau thai là bất thường gặp nhiều nhất trong nhóm các bất thường của phần phụ trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng là yếu tố thường gặp trong nghiên cứu của Lê Thị Thúy, với tỷ lệ dị tật thai là 10,8%, trong đó phù thai rau chiếm phần lớn⁷. Bên cạnh đó, 12,5% trường hợp có bất thường về lượng nước ối (thiếu ối hoặc đa ối), trong đó 8,3% là thiếu ối và 4,2% là đa ối, tương đồng với tác giả Lê Thị Lưu, đa ối gặp trong 4,3% trường hợp⁶. Đây là những yếu tố thường liên quan đến dị tật bẩm sinh của thai hoặc rối loạn tuần hoàn tử cung - rau. Thiếu ối có thể dẫn đến thiếu sản phổi, chèn ép dây rốn, gây suy thai và tử vong trong tử cung. Trong khi đó, đa ối có thể là hậu quả của các dị tật hệ tiêu hóa, hệ hô hấp hoặc đái tháo đường thai kỳ. Về bất thường dây rốn, tỷ lệ dây rốn quấn cổ (4,2%), thắt nút, xoắn (5,0%) và dị dạng dây rốn (1,7%) trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số nghiên cứu trước. Tuy nhiên, nhiều tác giả cho rằng các yếu tố này thường khó xác định là nguyên nhân trực tiếp gây ra TCL, vì không phải trường hợp nào có dây rốn quấn cổ hay thắt nút cũng gây hậu quả nặng nề.

4.3. Kết quả xét nghiệm đông máu của thai phụ bị TCL

Về chỉ số Fibrinogen. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% trường hợp TCL được thực hiện xét nghiệm fibrinogen ngay khi nhập viện. Tỷ lệ thai phụ có nồng độ fibrinogen trong giới hạn bình thường chiếm 91%, trong khi tỷ lệ có SSH<2g/l là 9%. Mặc dù tỷ lệ giảm SSH không cao, nhưng đây là một dấu hiệu cảnh báo quan trọng, đặc biệt trong trường hợp thai chết lưu phát hiện muộn hoặc có kèm theo các bệnh lý sản khoa nặng như tiền sản giật, sản giật, hội chứng HELLP hay rau bong non. Theo Ngô Văn Tài và Nguyễn Đức Hình, nguy cơ chảy máu nghiêm trọng ở TCL tăng rõ rệt khi thời gian thai lưu trong buồng tử cung trên 4 tuần và nồng độ fibrinogen giảm dưới 2g/l^{8,9}. Đồng thời, Weber M và cộng sự (2007) còn chỉ ra rằng ngưỡng nguy hiểm cho nguy cơ xuất huyết trên lâm sàng là khi fibrinogen giảm xuống dưới 1g/l¹⁰.

Phân tích chỉ số fibrinogen theo từng nhóm tuổi thai cho thấy, tỷ lệ thai phụ TCL có SSH<2g/l lần lượt là 8,8% ở nhóm 24–27 tuần, 8,5% ở nhóm 28–35 tuần và 10,5% ở nhóm ≥35 tuần ($p>0,05$). Dù không có ý nghĩa thống kê nhưng có thể nhận thấy xu hướng tỷ lệ giảm SSH tăng nhẹ ở các tuổi thai lớn hơn. Điều này phản ánh khả năng thai lưu ở các tuổi thai muộn có nguy cơ cao hơn cho các biến chứng rối loạn đông máu do mô thai lớn, lượng nước ối nhiều

và sự giải phóng các chất hoạt hóa đông máu từ tổ chức rau và thai nhi chết.

Về các chỉ số đông máu cơ bản khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thai phụ có chỉ số Prothrombin (PT%) giảm dưới 70% là 9,2%, tỷ lệ có thời gian APTT kéo dài trên 35 giây là 9,2% và tỷ lệ thai phụ có thời gian PT (giây) kéo dài trên 13 giây là 5,8%. So sánh với các nghiên cứu trước, kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ rối loạn đông máu cao hơn đáng kể. Cụ thể, theo nghiên cứu của Phạm Huy Cường, tỷ lệ thai phụ có PT kéo dài chỉ là 1,1%, APTT kéo dài là 0,4% và giảm fibrinogen là 2,2%³. Sự chênh lệch này có thể đến từ thời điểm xét nghiệm khác nhau, thời gian thai lưu trong tử cung dài hơn hoặc khác biệt trong tiêu chuẩn chọn mẫu. Một điểm đáng lưu ý là trong nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt về chỉ số APTT giữa các nhóm tuổi thai có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Điều này cho thấy, APTT có thể là một chỉ số nhạy hơn, phản ánh sớm sự thay đổi trong quá trình đông máu ở thai phụ TCL.

Một số tác giả đã chỉ ra rằng thời gian tiềm tàng từ khi thai chết đến khi xuất hiện rối loạn đông máu thường là khoảng 4 tuần¹¹. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, các rối loạn này có thể xảy ra sớm hơn tùy theo cơ địa và phản ứng của từng thai phụ. Chảy máu bất thường có thể xuất hiện ở nhiều thời điểm khác nhau: trước can thiệp, trong quá trình chuyển dạ, hoặc sau can thiệp vài giờ. Do đó, việc sàng lọc rối loạn đông máu ngay khi tiếp nhận bệnh nhân có nghi ngờ TCL là bắt buộc và nên được coi là một phần không thể thiếu trong quy trình tiếp cận bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Các dấu hiệu thai và phần phụ của thai trên siêu âm là dấu hiệu quan trọng giúp chẩn đoán thai chết lưu và gợi ý một số nguyên nhân tiềm ẩn. Bên cạnh đó, việc xét nghiệm các chỉ số đông máu cơ bản là rất cần thiết với các thai phụ có TCL để kịp thời phát hiện tình trạng rối loạn đông máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2025). Stillbirth. Accessed July 15, 2025. <https://www.who.int/health-topics/stillbirth>
2. Turton P, Hughes P, Evans CDH, Fainman D. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. Br J Psychiatry. 2001;178(6):556-560. doi:10.1192/bjp.178.6.556
3. Phạm Huy Cường (2016). Nghiên Cứu về Chẩn Đoán Thai Chết Lưu Từ 22 Tuần Trở Lên Tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.
4. Nông Thị Hồng Lê và cộng sự (2024). Đặc

- điểm lâm sàng, cận lâm sàng thai chết lưu từ tuần 22 trở lên tại trung tâm sản khoa – bệnh viện trung ương thái nguyên. TNU J Sci Technol. 2024;229(05):98-104. doi:10.34238/tnu-jst.9139
5. **Nguyễn Huy Bảo** (1994). Tình Hình Xử Trí Thai Chết Lưu Tại Viện Bảo vệ Bà Mẹ và Trẻ Sơ Sinh Trong 2 Năm 1990 - 1991. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội.
 6. **Lê Thị Lưu** (2014). Nghiên Cứu Tuổi Thai Chết Lưu Sau Tuần ở Các Thai Phụ Không Có Ngày Dự Kiến Sinh Tại BV Phụ Sản TW. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.
 7. **Lê Thị Thúy** (2014). Nghiên Cứu Nguyên Nhân và Thái Độ Xử Trí Thai Chết Lưu Quý 3 Thai Kỳ Tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương Trong 2 Năm 2013 và 2014. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.
 8. **Ngô Văn Tài** (1998). Nhận xét về thai chết lưu 2 năm (1996 -1997) tại Viện BVMSS. Bước đầu sử dụng Cytotec trong xử trí thai chết lưu, tr: 180-185.
 9. **Nguyễn Đức Hình** (1997). So sánh hai nhóm có dùng và không dùng Estrogen trước khi truyền Oxytocin cho bệnh nhân bị thai chết lưu, Hội nghị tổng kết nghiên cứu khoa học và điều trị Viện BVMSS, tr: 3-11.
 10. **Weber MA, Sau A, Maxwell DJ, Mouter NA, Lucas SB, Sebire NJ**, "Third trimester intrauterine fetal death caused by arterial aneurysm of the umbilical cord," *Pediatr Dev Pathol*, (10(4)), pp. 305-308, 2007.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VỚI TÌNH TRẠNG GIẢM ALBUMIN MÁU Ở TRẺ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NẶNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ

Tạ Văn Trâm, Nguyễn Bình Phương

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Giảm albumin máu trong sốt xuất huyết là chỉ dấu tiên lượng quan trọng, liên quan mức độ bệnh và kết quả điều trị. **Mục tiêu:** Xác định mối liên quan giữa tình trạng giảm albumin máu và một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị ở trẻ sốt xuất huyết Dengue nặng. **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả:** Nồng độ albumin huyết thanh thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở trẻ SXHD nặng có biểu hiện tăng tính thấm thành mạch. Giảm albumin máu liên quan rõ với các dấu hiệu thoát huyết tương và rối loạn đông máu. Tái sốc, giảm tiểu cầu $<50.000/mm^3$ và truyền dịch trước khi sốc là các yếu tố liên quan độc lập ($p<0,05$). **Kết luận:** Giảm albumin máu ở trẻ sốt xuất huyết Dengue nặng có liên quan chặt chẽ đến thoát huyết tương, rối loạn đông máu và một số yếu tố lâm sàng nặng, góp phần phản ánh mức độ nghiêm trọng của bệnh và hỗ trợ tiên lượng điều trị. **Từ khóa:** Sốt xuất huyết Dengue; Giảm albumin máu; Trẻ em.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL, PARACLINICAL, TREATMENT RESULTS AND HYPOALBUMINEMIA IN CHILDREN WITH SEVERE DENGUE HEMORRHAGEAL FEVER AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL

Introduction: Hypoalbuminemia in dengue fever is an important prognostic marker, associated with

disease severity and treatment outcomes. **Objective:** To determine the association between hypoalbuminemia and selected clinical factors, paraclinical factors, and treatment outcomes in children with severe dengue. **Methods:** A cross-sectional analytic study was conducted on 88 pediatric patients meeting the inclusion criteria at Can Tho Children's Hospital. **Results:** Serum albumin levels were significantly lower in children with severe dengue who presented with increased vascular permeability. Hypoalbuminemia was strongly associated with clinical signs of plasma leakage and coagulopathy. Recurrent shock, platelet count $<50,000/mm^3$, and fluid administration before shock were independent factors associated with hypoalbuminemia ($p<0.05$). **Conclusions:** Hypoalbuminemia in children with severe dengue is closely associated with plasma leakage, coagulopathy, and several severe clinical features, reflecting the severity of the disease and aiding in prognosis and treatment planning.

Keywords: Dengue fever; Hypoalbuminemia; Children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus Dengue gây ra, lây truyền qua muỗi vằn *Aedes aegypti*. Tỷ lệ SXHD nặng chiếm tới 29,6% trong số các trường hợp được khảo sát [1] [2]. Albumin huyết thanh được xem là một chỉ dấu quan trọng trong tiên lượng mức độ nặng của SXHD. Giảm albumin máu thường được ghi nhận ở giai đoạn cấp của bệnh và có mối liên quan mật thiết với mức độ thoát huyết tương cũng như nguy cơ tái sốc ở trẻ mắc SXHD. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu xác định mối liên quan giữa tình trạng giảm albumin máu và các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng cũng như

¹Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Trâm

Email: tavantram@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2025

Ngày duyệt bài: 30.9.2025