

cần diễn giải cùng MASI, đánh giá của bác sĩ và cảm nhận bệnh nhân để phản ánh đầy đủ hiệu quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cung cấp cái nhìn tổng quan về đặc điểm dịch tễ – lâm sàng của bệnh nhân rối loạn sắc tố da tại Bệnh viện Da Liễu TP.HCM, đồng thời đánh giá hiệu quả và độ an toàn của công thức phối hợp glycolic acid, niacinamide và salicylic acid. Kết quả cho thấy bộ ba hoạt chất này mang lại cải thiện rõ rệt đối với rối loạn sắc tố da mức độ nhẹ đến trung bình và được dung nạp tốt, gợi ý giá trị ứng dụng như một lựa chọn hỗ trợ trong thực hành lâm sàng. Các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và có nhóm đối chứng giả dược là cần thiết để đánh giá đầy đủ hiệu quả đơn lẻ và phối hợp của từng hoạt chất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yalamanchili, R., Shastry, V., & Betkerur, J. (2015). Clinico-epidemiological study and quality of life assessment in pigmentation disorder. *Indian journal of dermatology*, 60(5), 519.
2. Ibrahim, Z. A., Gheida, S. F., El Maghraby, G. M., & Farag, Z. E. (2015). Evaluation of the efficacy and safety of combinations of hydroquinone, glycolic acid, and hyaluronic acid in the treatment of pigmentation disorder. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 14(2), 113-123.
3. Navarrete-Solis, J., Castaneda-Cázares, J. P., Torres-Álvarez, B., Oros-Ovalle, C., Fuentes-Ahumada, C., González, F. J., Martínez-Ramírez, J. D., & Moncada, B. (2011). A double-blind, randomized clinical trial of niacinamide 4% versus hydroquinone 4% in the treatment of pigmentation disorder. *Dermatology research and practice*, 2011.
4. Pratchyapuri, W. o. (2016). Combined use of two formulations containing diacetyl boldine, TGF-β1 biomimetic oligopeptide-68 with other hypopigmenting/exfoliating agents and sunscreen provides effective and convenient treatment for facial pigmentation disorder. Either is equal to or is better than 4% hydroquinone on normal skin. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 15(2), 131-144.
5. Le Thi Thu Hai, B. T. T. H., Nguyen Thi Linh Lan. (2020). Đánh giá kết quả điều trị nám má bằng laser pico giây tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108, 15, 42-48.
6. Luu Truc Linh, H. V. B., Ngo Minh Vinh, Nguyen Hong Ha. (2023). Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân rối loạn sắc tố da tại Bệnh viện trường đại học Y Dược Cần Thơ và Viện nghiên cứu da thẩm mỹ quốc tế FOB năm 2022-2023. *Tạp chí y học Việt Nam*, 529, 171 - 175.
7. Ikino, J. K., Nunes, D. H., Silva, V. P., Frode, T. S., & Sens, M. M. (2015). Pigmentation disorder and assessment of the quality of life in Brazilian women. *An Bras Dermatol*, 90(2), 196-200.
8. Quach Thi Bay, H. V. B., Huynh Thi Xuan Tam. (2024). Kết quả điều trị bệnh rối loạn sắc tố da tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2023 - 2024. *Tạp chí y học Việt Nam*, 544, 327 - 330.
9. Mahajan, V. K., Patil, A., Blicharz, L., Kassir, M., Konnikov, N., Gold, M. H., Goldman, M. P., Galadari, H., & Goldust, M. (2022). Medical therapies for pigmentation disorder. *J Cosmet Dermatol*, 21(9), 3707-3728.
10. GONZALEZ, V. G.-M. A. M.-P. N. (2022). Topical Treatments for Pigmentation disorder and Their Mechanism of Action. *journal of clinical and aesthetic dermatology*, 15 19 -28.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, SIÊU ÂM DOPPLER VÀ KẾT CỤC CHU SINH Ở THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG KHỞI PHÁT MUỘN MỨC ĐỘ NẶNG

Nguyễn Hữu Trung¹, Trần Huỳnh Trung Như¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, siêu âm Doppler và kết cục chu sinh ở nhóm thai chậm tăng trưởng trong tử cung (FGR) khởi phát muộn mức độ nặng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu được thực hiện trên 34

trường hợp thai FGR khởi phát muộn mức độ nặng (EFW hoặc AC < bách phân vị thứ 3), đến khám và sinh tại bệnh viện Từ Dũ, từ tháng 4/2022 đến 12/2022. **Kết quả:** Trong 34 trường hợp thai FGR khởi phát muộn mức độ nặng, ghi nhận 11 trường hợp có biến cố chu sinh bất lợi (APO), chiếm tỉ lệ 32,4%. Tuổi thai trung bình lúc chẩn đoán và lúc sinh lần lượt là $37,4 \pm 1,2$ và $37,6 \pm 1,2$ tuần. Cân nặng trung bình lúc sinh là $2332,4 \pm 288,6$ gram. 5 trường hợp (14,7%) có CPR < bách phân vị thứ 5, 4 trường hợp (11,8%) có UA-PI > bách phân vị thứ 95, và 3 trường hợp (8,8%) có MCA-PI < bách phân vị thứ 5. **Kết luận:** FGR khởi phát muộn mức độ nặng, mặc dù được chẩn đoán ở tuổi thai đủ tháng, vẫn liên quan đến nguy cơ biến chứng chu sinh đáng kể. Theo dõi

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Trung
Email: drtrung@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 24.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025
Ngày duyệt bài: 26.11.2025

siêu âm Doppler định kỳ để phát hiện sớm các trường hợp FGR mức độ nặng, ngay cả khi không có bất thường trên siêu âm Doppler, có vai trò quan trọng trong chẩn đoán thai kỳ hợp lý nhằm cải thiện kết cục chu sinh. **Từ khóa:** kết cục chu sinh bất lợi, thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung khởi phát muộn, thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung nặng

SUMMARY

CLINICAL, DOPPLER, AND PERINATAL CHARACTERISTICS OF SEVERE LATE-ONSET FETAL GROWTH RESTRICTION: A RETROSPECTIVE DESCRIPTIVE STUDY

Objective: To describe the clinical characteristics, Doppler findings, and perinatal outcomes of pregnancies with severe late-onset fetal growth restriction (FGR). **Materials and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 34 pregnancies diagnosed with severe late-onset FGR (EFW or AC < 3rd percentile) that were delivered at Tu Du Hospital between April 2022 and December 2022. Maternal characteristics, gestational age at diagnosis and delivery, fetal Doppler indices, and perinatal outcomes were analyzed using descriptive statistics. **Results:** Among 34 cases of severe late-onset FGR, 11 cases (32.4%) had adverse perinatal outcomes (APO). The mean gestational age at diagnosis and delivery were 37.4 ± 1.2 weeks and 37.6 ± 1.2 weeks, respectively. The mean birth weight was $2,332.4 \pm 288.6$ g. There were 5 cases (14.7%) with CPR < 5th percentile, 4 cases (11.8%) with UA-PI > 95th percentile, and 3 cases (8.8%) with MCA-PI < 5th percentile. **Conclusions:** Severe late-onset FGR carries a significant risk of adverse perinatal outcomes despite term gestation. Serial Doppler surveillance, especially severe EFW or AC, plays an important role in the early detection of fetal hemodynamic compromise and in determining the optimal timing of delivery to improve perinatal outcomes. **Keywords:** adverse perinatal outcomes; late-onset fetal growth restriction; severe fetal growth restriction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đánh giá sự phát triển của bào thai là một trong những mục tiêu chính của chăm sóc trước sinh. Thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung (FGR) là một bệnh lý trong đó bào thai không đạt được sự phát triển như tiềm năng và bệnh lý bánh nhau là nguyên nhân thường gặp nhất. FGR được xem là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn tới tử vong chu sinh, thai chết lưu, bệnh tật trẻ sơ sinh ngắn hạn và lâu dài [1]. Cho đến thời điểm hiện tại, các nghiên cứu trên thế giới về kết cục chu sinh bất lợi (KCCSBL) trên nhóm thai kỳ FGR khởi phát muộn vẫn đang được thực hiện, và vẫn chưa có một đồng thuận chung mang tính toàn cầu về cách thức quản lý các thai kỳ FGR khởi phát muộn. Các bằng chứng mới, như nghiên cứu của Ulusoy và cộng sự (2024), cho thấy FGR khởi phát muộn không chỉ

liên quan đến tổn thương bánh nhau mà còn có thể gắn với các rối loạn viêm hệ thống của mẹ, gợi ý cơ chế bệnh sinh đa yếu tố cũng góp phần ảnh hưởng đến kết cục thai kỳ [2]. Điều này củng cố tầm quan trọng của việc nhận diện sớm và phân tầng nguy cơ chính xác ở nhóm FGR muộn.

Trong số các tiêu chí đánh giá, FGR mức độ nặng (ước lượng cân nặng (EFW) hoặc chu vi vòng bụng (AC) < bách phân vị 3) được nhiều nghiên cứu quốc tế xem là một yếu tố tiên lượng quan trọng, phản ánh tình trạng suy giảm chức năng bánh nhau nghiêm trọng và liên quan chặt chẽ đến kết cục chu sinh bất lợi [3]. Đồng thuận Delphi về chẩn đoán FGR cũng khẳng định EFW < 3rd centile là tiêu chuẩn cốt lõi, đặc biệt hữu ích trong phân nhóm FGR khởi phát muộn, vốn khó phát hiện hơn do các chỉ số Doppler có thể vẫn nằm trong giới hạn bình thường.

Tại Việt Nam, hầu hết các nghiên cứu trước đây tập trung vào nhóm FGR khởi phát sớm; trong khi đó, dữ liệu về FGR khởi phát muộn mức độ nặng còn hạn chế, đặc biệt là về đặc điểm Doppler và kết cục chu sinh thực tế trong bối cảnh lâm sàng trong nước. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, siêu âm Doppler và kết cục chu sinh ở nhóm thai chậm tăng trưởng trong tử cung khởi phát muộn mức độ nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Những thai phụ được chẩn đoán thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung khởi phát muộn mức độ nặng đến khám và sinh tại bệnh viện Từ Dũ trong thời gian từ tháng 4 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022

2.1.1. Tiêu chuẩn nhận vào. Thai phụ đơn thai đã được chẩn đoán thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung khởi phát muộn mức độ nặng (EFW hoặc AC < bách phân vị thứ 3) thông qua đồng thuận Delphi [4].

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Thai dị tật trên siêu âm hình thái học hoặc trên kết quả di truyền;
- Thai phụ có nhiễm trùng bào thai;
- Thai phụ không có kết quả siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ;
- Thai phụ không khám thai thường quy.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu báo cáo loạt ca hồi cứu. Nghiên cứu của chúng tôi tuân thủ chặt chẽ theo khuyến cáo của STROBE (The Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology)

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Vì đây là nghiên cứu báo cáo loạt ca hồi cứu nên chúng

tôi lấy mẫu toàn bộ trong thời gian nghiên cứu. Hồi cứu các trường hợp thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung khởi phát muộn mức độ nặng tại Bệnh viện Từ Dũ từ tháng 4 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu: Chúng tôi chọn mẫu toàn bộ trong thời gian nghiên cứu

2.2.4. Phương pháp tiến hành. Dựa vào phần mềm quản lý, theo dõi bệnh nhân nội - ngoại trú, chúng tôi chọn lọc ra những bệnh nhân được chẩn đoán lúc là thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung với mã ICD là O36.5 đến khám và sinh tại bệnh viện Từ Dũ trong thời gian nghiên cứu. Sau đó chúng tôi kết hợp hồ sơ bệnh án của bệnh nhân và phần mềm quản lý bệnh nhân để lọc ra những trường hợp thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung khởi phát muộn mức độ nặng thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Với các hồ sơ của mẹ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, chúng tôi sẽ thu thập các biến số lâm sàng và cận lâm sàng: bệnh lý trước mang thai: tăng huyết áp mạn, đái tháo đường trước mang thai, nhiễm HBV mạn, bệnh lý tuyến giáp, bệnh tự miễn (lupus ban đỏ, hội chứng kháng phospholipid, xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn); quá trình mang thai của mẹ: tăng huyết áp thai kỳ, tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ, BMI mẹ trước sinh; kết quả siêu âm Doppler bào thai và bánh nhau: tuổi thai lúc chẩn đoán, chu vi vòng bụng (AC), ước lượng cân nặng (EFW), chỉ số xung động mạch rốn (UA-PI), chỉ số xung động mạch não giữa (MCA-PI), chỉ số não nhau (CPR), xoang ối lớn nhất (SDP). Sau đó, chúng tôi dựa trên mã số hồ sơ của mẹ để tìm hồ sơ bệnh án của trẻ và tiếp tục tiến hành thu thập số liệu về kết cục chu sinh của trẻ tại khoa Sơ Sinh bệnh viện Từ Dũ. Các biến số thu thập ở trẻ sơ sinh bao gồm: tuổi thai lúc sinh, cân nặng lúc sinh, điểm APGAR 5 phút, phương pháp hỗ trợ thông khí, nhập hồi sức sơ sinh, bệnh tật chu sinh (hạ đường huyết sơ sinh, vàng da sơ sinh cần điều trị quang liệu pháp hoặc thay máu), tử vong chu sinh.

2.4 Xử lý số liệu: Các biến số được ghi nhận từ phiếu thu thập số liệu được chúng tôi nhập vào phần mềm Microsoft Excel phiên bản Microsoft 365 MSO. Xử lý số liệu thống kê bằng phần mềm RStudio 4.3.1 (R Foundation for Statistical Computing; <https://www.r-project.org/>). $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Các phép kiểm định đều thực hiện với độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, có 589 trường hợp được chẩn đoán FGR bằng mã ICD O36.5 tại

Bệnh viện Từ Dũ. Sau khi loại trừ các trường hợp không thỏa tiêu chuẩn (tuổi thai không chính xác, không khám thai định kỳ, thai SGA, song thai, dị tật và FGR khởi phát sớm), chúng tôi ghi nhận 34 trường hợp được phân loại FGR mức độ nặng.

3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nền của dân số nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (N=34)	Tỉ lệ (%)
Tuổi sản phụ	<20	0	0
	20-25	3	8,7
	25-30	9	26,5
	30-35	11	32,4
	>35	11	32,4
Bệnh mạn tính	Không	26	76,5
	Có	8	23,5
	Tuyến giáp	1	2,9
	Nhiễm HBV mạn	2	5,9
	Tăng huyết áp mạn	2	5,9
	Đái tháo đường trước thai kỳ	0	0
BMI	Bệnh khác	3	8,8
	Gầy	3	8,8
	Bình thường	24	70,6
	Béo phì độ I	5	14,7
	Béo phì độ II	2	5,9

Tuổi trung bình của các sản phụ trong nghiên cứu là $30,6 \pm 6,0$ tuổi, trong đó tuổi nhỏ nhất là 20 tuổi và lớn nhất là 44 tuổi. Nhóm phụ nữ từ 25 đến 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (66,1%), tiếp đến là nhóm trên 35 tuổi chiếm 32,4%, và nhóm 20–25 tuổi chiếm 8,8%. Không ghi nhận trường hợp nào dưới 20 tuổi trong mẫu nghiên cứu (Bảng 1).

Về bệnh lý mạn tính, có 8 trường hợp (23,5%) sản phụ mắc ít nhất một bệnh mạn tính. Trong đó, bệnh tuyến giáp chiếm tỷ lệ 2,9%, tăng huyết áp mạn và đái tháo đường trước thai kỳ đều chiếm 5,9%, và không ghi nhận trường hợp viêm gan B mạn.

Xét theo phân loại chỉ số khối cơ thể (BMI), nhóm bình thường chiếm đa số với 70,6%, tiếp theo là gầy chiếm 8,8%, béo phì độ I chiếm 14,7%, và béo phì độ II chiếm 5,9%.

3.2. Đặc điểm thai và siêu âm Doppler

Bảng 2. Đặc điểm thai và siêu âm Doppler

Đặc điểm	Tần số (N=34)
Tuổi thai lúc chẩn đoán (tuần)	$37,40 \pm 1,23$
Tuổi thai lúc sinh (tuần)	$37,65 \pm 1,16$
Cân nặng lúc sinh (gram)	$2332,35 \pm 288,64$
Chỉ số CPR	$1,75 \pm 0,50$
MCA-PI < 5th centile, n (%)	3 (8,8%)

Đặc điểm	Tần số (N=34)
UA-PI > 95th centile, n (%)	4 (11,8%)
CPR < 5th centile, n (%)	5 (14,7%)
SDP (Xoang ối lớn nhất)	4,84 ± 2,02

Tuổi thai trung bình lúc chẩn đoán FGR trong nhóm nghiên cứu là 37,4 ± 1,2 tuần, và tuổi thai trung bình lúc sinh là 37,6 ± 1,2 tuần. Cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh đạt 2332,4 ± 288,6 gram. Có 3 trường hợp (8,8%) có MCA-PI < bách phân vị thứ 5, 4 trường hợp (11,8%) có UA-PI > bách phân vị thứ 95, và 5 trường hợp (14,7%) có CPR < bách phân vị thứ 5. Chỉ số xoang ối lớn nhất (SDP) trung bình là 4,84 ± 2,02 cm, trong đó phần lớn các trường hợp nằm ở mức giới hạn thấp (Bảng 2).

3.3. Đặc điểm kết cục chu sinh bất lợi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Đặc điểm kết cục chu sinh bất lợi của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (N=34)	Tỉ lệ (%)
Apgar 5 phút < 7	0	0,0
Nhập khoa sơ sinh	0	0,0
Nhập hồi sức sơ sinh	11	32,4
Vàng da sơ sinh cần chiếu đèn/thay máu	6	17,6
Hạ đường huyết sơ sinh	2	5,9
Suy hô hấp sơ sinh cần NCPAP	3	8,8
Suy hô hấp sơ sinh cần đặt nội khí quản	2	5,9
Tử vong sơ sinh	0	0,0

Trong 34 trường hợp thai FGR khởi phát muộn mức độ nặng, có 11 trường hợp (32,4%) ghi nhận biến cố kết cục chu sinh bất lợi (Bảng 3). Không có trường hợp nào có Apgar 5 phút < 7 hay tử vong sơ sinh. Tỷ lệ nhập hồi sức sơ sinh (NICU) là 32,4%, chiếm phần lớn trong các biến cố bất lợi. Trong nhóm này, 3 trẻ (8,8%) cần hỗ trợ hô hấp bằng NCPAP, và 2 trẻ (5,9%) cần đặt nội khí quản để thở máy xâm lấn. Ngoài ra, có 6 trẻ sơ sinh (17,6%) bị vàng da cần chiếu đèn hoặc thay máu, và 2 trẻ (5,9%) bị hạ đường huyết sơ sinh.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này mô tả đặc điểm lâm sàng, siêu âm Doppler và kết cục chu sinh của 34 trường hợp thai chậm tăng trưởng trong tử cung (FGR) khởi phát muộn mức độ nặng, được chẩn đoán và theo dõi tại một bệnh viện chuyên khoa sản phụ khoa Từ Dũ. Nhóm thai này thường bị bỏ sót trong thực hành lâm sàng vì biểu hiện lâm sàng kín đáo, chỉ số Doppler ít thay đổi và thường được phát hiện muộn. Việc nhận diện đúng nhóm FGR khởi phát muộn mức độ nặng

có ý nghĩa đặc biệt, giúp dự báo các biến cố chu sinh và định hướng quyết định thời điểm chấm dứt thai kỳ hợp lý.

Tuổi mẹ trung bình trong nghiên cứu là 30,6 ± 6,0 tuổi, tương tự báo cáo của Morales-Roselló và cộng sự (2018) [5], trong đó nhóm tuổi 25–35 chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ bệnh mạn tính ở sản phụ là 23,5%, trong đó tăng huyết áp mạn tính và đái tháo đường trước thai kỳ đều chiếm 5,9%, cho thấy yếu tố chuyển hóa – tim mạch của mẹ vẫn có vai trò nhất định trong cơ chế bệnh sinh của FGR khởi phát muộn.

Tỷ lệ biến cố chu sinh bất lợi (APO) trong nghiên cứu là 32,4%, chủ yếu do nhập hồi sức sơ sinh (32,4%), vàng da sơ sinh cần điều trị (17,6%) và suy hô hấp cần hỗ trợ (14,7%). Không ghi nhận trường hợp tử vong sơ sinh hay Apgar 5 phút < 7, phản ánh khả năng chăm sóc và chỉ định chấm dứt thai kỳ hợp lý tại cơ sở nghiên cứu. Tỷ lệ APO này tương đồng với các báo cáo quốc tế (20–40%) ở nhóm FGR muộn có EFW < 3rd centile [3, 6]. Kết quả cho thấy mặc dù xuất hiện ở tuổi thai lớn, FGR mức độ nặng vẫn tiềm ẩn nguy cơ chu sinh đáng kể, đặc biệt khi có rối loạn Doppler hoặc thiếu ối. Những đặc điểm này khẳng định rằng FGR muộn mức độ nặng không còn đơn thuần là thai nhỏ sinh lý, mà là một thể bệnh lý có rối loạn tuần hoàn thai. Khi so sánh với các nghiên cứu gần đây, xu hướng kết quả của chúng tôi tương đồng với dữ liệu thế giới. Nghiên cứu của Dall'Asta và cộng sự (2022) trên 468 trường hợp FGR muộn báo cáo rằng EFW tại thời điểm chẩn đoán là yếu tố siêu âm duy nhất liên quan độc lập với kết cục chu sinh bất lợi, và ngưỡng phân biệt tối ưu nằm quanh 3,95 bách phân vị [7]. Điều này phù hợp với nhóm FGR mức độ nặng trong nghiên cứu của chúng tôi (EFW < 3rd), vốn cũng ghi nhận tỷ lệ APO cao. Mặc dù cỡ mẫu nhỏ không cho phép phân tích mô hình hồi quy như nghiên cứu của Dall'Asta, nhưng cả hai đều khẳng định mức độ giảm tăng trưởng là chỉ báo tiên lượng quan trọng. Ngoài ra, so sánh với nghiên cứu của Yilmaz và cộng sự (2023), nhóm tác giả ghi nhận rằng ngoài các chỉ số Doppler UCR, CPUR, lưu lượng tĩnh mạch rốn và PI eo động mạch chủ cùng với PI động mạch rốn và CPR có giá trị dự báo tốt hơn đối với biến cố sơ sinh bất lợi [8]. Nghiên cứu hiện tại không bao gồm các chỉ số Doppler nâng cao như UV flow hay CPUR; tuy nhiên, việc ghi nhận rối loạn Doppler ở nhóm có APO cao gợi ý cùng xu hướng với phát hiện của Yilmaz rằng mở rộng đánh giá Doppler ngoài UA và CPR có thể cải thiện phân tầng nguy cơ ở FGR khởi phát muộn mức độ nặng.

Tóm lại, hiện nay, tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung khởi phát muộn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đóng góp vào dữ liệu chung của thế giới về đặc điểm lâm sàng, siêu âm Doppler và kết cục chu sinh của thai chậm tăng trưởng trong tử cung (FGR) khởi phát muộn mức độ nặng. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại Bệnh viện Từ Dũ, là một trung tâm Sản phụ khoa tuyến cao nhất tại miền Nam Việt Nam, nơi tập trung quản lý các thai kì nguy cơ cao. Bên cạnh đó, tiêu chuẩn chẩn đoán thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung khởi phát muộn của chúng tôi dựa trên Đồng thuận Delphi, được các tổ chức và các chuyên gia uy tín trên thế giới đồng thuận cao trong việc chẩn đoán FGR. Một trong những giới hạn trong nghiên cứu của chúng tôi là cỡ mẫu nhỏ và thiết kế hồi cứu giới hạn khả năng phân tích yếu tố tiên lượng độc lập.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã mô tả đặc điểm lâm sàng, siêu âm Doppler và kết cục chu sinh của nhóm thai chậm tăng trưởng trong tử cung (FGR) khởi phát muộn mức độ nặng. Kết quả cho thấy, mặc dù nhóm thai này được chẩn đoán ở tuổi thai trung bình lớn (khoảng 37 tuần) và phần lớn có chỉ số Doppler chỉ biến đổi nhẹ, nhưng tỷ lệ biến cố chu sinh bất lợi vẫn cao (32,4%), đặc biệt là nhập hồi sức sơ sinh và suy hô hấp sơ sinh. Điều này khẳng định rằng FGR khởi phát muộn vẫn là một thể bệnh lý có nguy cơ cao, và việc nhận

diện FGR khởi phát muộn mức độ nặng là vô cùng quan trọng trong theo dõi trước sinh để cải thiện kết cục chu sinh bất lợi của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. von Beckerath, A.K., et al., Perinatal complications and long-term neurodevelopmental outcome of infants with intrauterine growth restriction. *Am J Obstet Gynecol*, 2013. 208(2): p. 130.e1-6.
2. Ulusoy, C.O., et al., Role of Inflammatory Markers and Doppler Parameters in Late-Onset Fetal Growth Restriction: A Machine-Learning Approach. *Am J Reprod Immunol*, 2024. 92(4): p. e70004.
3. Bahia, M.L.R., et al., Adverse perinatal outcomes in fetuses with severe late-onset fetal growth restriction. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2022. 35(25): p. 8666-8672.
4. Gordijn, S.J., et al., Consensus definition of fetal growth restriction: a Delphi procedure. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2016. 48(3): p. 333-9.
5. Morales-Roselló, J., et al., Mathematical simulation of Doppler changes in late-onset smallness; progression patterns of cerebral and umbilical anomalies define two types of late-onset fetal growth restriction. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2021. 34(17): p. 2869-2879.
6. Spinillo, A., et al., Pathologic placental lesions in early and late fetal growth restriction. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2019. 98(12): p. 1585-1594.
7. Dall'Asta, A., et al., Ultrasound prediction of adverse perinatal outcome at diagnosis of late-onset fetal growth restriction. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2022. 59(3): p. 342-349.
8. Yilmaz, C., et al., The role of different Doppler parameters in predicting adverse neonatal outcomes in fetuses with late-onset fetal growth restriction. *Turk J Obstet Gynecol*, 2023. 20(2): p. 86-96.

PHẪU THUẬT ĐẶT KEEL THANH QUẢN TRONG ĐIỀU TRỊ DÍNH MÉP TRƯỚC DÂY THANH

Trần Anh Bích¹, Hoàng Văn Anh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dính mép trước dây thanh có thể do bẩm sinh hoặc mắc phải. Kích thước của màng dính thay đổi từ rất nhỏ đến bao phủ toàn bộ phần màng dây thanh, dẫn đến sự khác biệt đáng kể về biểu hiện lâm sàng và lựa chọn điều trị. Điều trị dính mép trước dây thanh là một thách thức do nguy cơ tái phát và ảnh hưởng đến chất lượng giọng nói. Mục tiêu điều trị

cần hướng tới việc khôi phục đồng thời chức năng phát âm và dẫn khí của đường hô hấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca, có can thiệp lâm sàng trên 14 bệnh nhân được chẩn đoán dính mép trước dây thanh và điều trị tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2013 đến năm 2025. **Kết quả:** Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 14 ca dính mép trước dây thanh, trong đó có 2 ca bẩm sinh; chấn thương là nguyên nhân thường gặp nhất (6/14). Phân loại theo Cohen ghi nhận 8 trường hợp độ I, 4 trường hợp độ II và 2 trường hợp độ III – IV. Kỹ thuật đặt keel được thực hiện qua đường mở cổ ở 12 bệnh nhân và qua nội soi ở 2 bệnh nhân. Chỉ số khuyết tật giọng nói (VHI) cải thiện có ý nghĩa sau phẫu thuật. Sau 3 tháng, ghi nhận 1 trường hợp còn dính nhẹ Cohen độ I; tổng thể, 71,4% đạt kết quả tốt, 28,6% trung bình và không có trường hợp xấu. **Kết luận:** Kỹ thuật tách dính mép trước dây thanh kết hợp

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Bích

Email: trananhbich2015@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025