

Hương và cộng sự (2025): vị trí tắc nghẽn ở niệu quản 1/3 trên (44,4%), niệu quản 1/3 dưới (37,8%) và niệu quản 1/3 giữa (17,8%)

Về số lượng: một sỏi chiếm tỷ lệ cao nhất (90,6%), hai sỏi chiếm tỷ lệ 7,1% và từ ba sỏi trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất tỷ lệ 2,3%. So sánh với nghiên cứu tương đồng của Nguyễn Xuân Hiền có kết quả một sỏi, hai sỏi và nhóm có từ ba sỏi trở lên lần lượt là: 93,8%; 5,3% và 0,9%.

Về kích thước sỏi niệu quản: Lớn nhất có kích thước trung bình là $14,1 \pm 7,4$ mm; Sỏi > 10mm chiếm tỷ lệ cao nhất (63,5%), từ 6 - 10mm chiếm 25,9%, sỏi \leq 5mm chiếm tỷ lệ thấp nhất (10,6%). Báo cáo của Trần Thanh Nhân trên hình ảnh chụp MSCT hệ Tiết niệu nhận thấy người bệnh có sỏi kích thước từ 5-10mm chiếm tỷ lệ cao nhất (53,73%), tiếp sau đó là nhóm > 10mm chiếm 34,33%, thấp nhất sỏi < 5mm với 11,9%. Sự khác biệt này có thể được giải thích qua việc kích thước sỏi phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố, trong đó chủ yếu là cơ địa người bệnh, bản chất, vị trí của sỏi, thời gian mắc sỏi.

Về tỷ trọng: 57,6% trường hợp \geq 1000HU. Đối sánh với nghiên cứu của Trần Thị Sông Hương và CS cho thấy sự tương đồng khi chỉ ra tỷ trọng trung bình của sỏi gây tắc nghẽn là $1065,67 \pm 325,6$ HU.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 136 người bệnh phát hiện sỏi tiết niệu cao cho thấy những đặc điểm hình ảnh CLVT như sau:

- Về phân bố tổn thương: Sỏi thận: 37,5%. Sỏi niệu quản: 30,9%. Sỏi thận và niệu quản: 31,6%.

- Sỏi thận: Vị trí sỏi chủ yếu tập trung ở nhóm đài thận đơn thuần chiếm tỷ lệ **55,3%**. Số lượng sỏi trên 1 đơn vị thận: thường gặp là 1

sỏi (thận trái 43,8%, thận phải 42,2%) và \geq 3 sỏi (thận trái 39%, thận phải 40,7%). Kích thước viên lớn nhất < 20mm xuất hiện nhiều nhất với 56,4%. Tỷ trọng < 950HU chiếm cao nhất với 59,4%.

- Sỏi niệu quản: Vị trí sỏi chủ yếu tập trung ở nhóm 1/3 trên chiếm tỷ lệ 58,3%. Số lượng sỏi thường gặp là 1 sỏi (90,6%). Kích thước viên lớn nhất chủ yếu > 10mm (63,5%), tỷ trọng chủ yếu \geq 1000HU (57,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thanh Nhân.** Vai trò của MSCT trong chẩn đoán sỏi thận - niệu quản. *Khoa Y Dược - Đại Học Quốc Gia Hà Nội*. Published online 2020.
2. **Hồ Thị Mỹ Lang, Nguyễn Minh Hiệp, Lê Thị Kim Định.** Kết quả chăm sóc, điều trị người bệnh sau phẫu thuật sỏi tiết niệu tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hậu Giang. *Tạp Chí Y Dược Học Cận Thơ*. 2023;(60):1-8. doi:10.58490/ctump.2023i60.449.
3. **Lê Huy Ngọc, Trần Văn Hình, Phạm Quang Vinh.** Mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh sỏi thận với kết quả kỹ thuật tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại bệnh viện Quân y 103. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. 2024;534:224.
4. **Thân Thị Minh Nguyệt.** Vai trò của cắt lớp vi tính đa dãy trong đánh giá trước tán sỏi tiết niệu cao qua da. *Trường Đại Học Y Hà Nội*. Published online 2023:34-35.
5. **Nguyễn Xuân Hiền, Nguyễn Văn Khải.** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sỏi niệu quản. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. 2017;451:146.
6. **Rocco F., Mandressi A., Larcher P.** Surgical classification of renal calculi. *Eur Urol*. 1984;10(2):121-123. doi:10.1159/000463768
7. **Trần Thị Sông Hương, Huỳnh Thị Hạnh, Nguyễn Thanh Thảo, Nguyễn Khoa Hùng.** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính tắc nghẽn cấp tính đường tiết niệu trên nguyên nhân do sỏi. *Tạp Chí Y Dược Huế*. 2025;15(3):180-189. doi:10.34071/jmp.2025.3.24

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐÈ NON TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NAM ĐỊNH NĂM 2025

Nguyễn Bích Hồng¹, Lê Thị Hòa¹

TÓM TẮT

¹ Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bích Hồng
Email: nguyenvichhongnb@gmail.com
Ngày nhận bài: 5.2.2026
Ngày phản biện khoa học: 5.3.2026
Ngày duyệt bài: 9.4.2026

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị đẻ non tại Bệnh viện phụ sản Nam Định năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu; đối tượng là tất cả các trường hợp sản phụ đẻ non từ tuần 22 đến hết 37 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định từ ngày 01/01/2025 đến 30/06/2025. **Kết quả:** Có 470 hồ sơ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn; tỷ lệ tiêm trường thành phổi lần lượt là 8,9%. Chủ yếu những trường hợp đẻ non được mổ đẻ (55,1%) với chỉ định về phía mẹ (mẹ sốt, đái tháo đường thai kỳ, tiền sản giật, mổ cũ) chiếm 62,2%.

Trong lượng sơ sinh trung bình là 2629±560 gram. Tỷ lệ biến chứng suy hô hấp là 68,5% trong tổng số 124 trường hợp có biến chứng sơ sinh. **Kết luận:** Đẻ non chủ yếu ở nhóm tuổi trẻ (26-35 tuổi), tỷ lệ được điều trị dọa đẻ non và tiêm trưởng thành phổi tương đối thấp; phương pháp kết thúc thai kỳ chủ yếu là đẻ mổ với chỉ định về phía mẹ là chủ yếu. Biến chứng hay gặp nhất là suy hô hấp sơ sinh.

Từ khóa: đẻ non, trưởng thành phổi, suy hô hấp sơ sinh.

ABSTRACT

ASSESSMENT OF PREMATURE BIRTH TREATMENT RESULTS AT NAM DINH OBSTETRIC AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2025

Objective: To assess Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital's preterm delivery treatment outcomes in 2025. **Methods and subjects:** Preterm deliveries between 22 and 37 weeks of gestation at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital between January 1, 2025, and June 30, 2025, were the subjects of this retrospective descriptive study. **Results:** 470 records met the selection criteria. Treatment rates for lung maturation injection was 8.9%. Maternal indicators (maternal fever, gestational diabetes, preeclampsia, prior cesarean section) accounted for 62.2% of preterm deliveries, with cesarean sections accounting for the majority (55.1%). 2629 ± 560 grams was the average birth weight. Of the 124 instances with newborn problems, 68.5% had respiratory distress syndrome. In conclusion, the younger age group (26-35 years old) accounts for the majority of premature births, treatment rates for lung maturation injections and threatening prematurity are relatively low, and cesarean sections are the most common way of pregnancy termination, primarily recommended by the mother. Neonatal respiratory distress syndrome is the most frequent consequence.

Keywords: prematurity, lung maturation, neonatal respiratory distress syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đẻ non hiện nay chiếm khoảng 6 - 10% tổng số thai nghén trên thế giới và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong sơ sinh¹. Tỷ lệ đẻ non ở Việt Nam hiện nay vào khoảng từ 6,5% - 10%^{2,3}. Tỷ lệ tử vong sơ sinh non tháng chiếm 75,3%-87,5% tử vong sơ sinh^{4,5}. Hiện nay, với sự tiến bộ của y học chúng ta đã có thể nuôi sống những trẻ có trọng lượng và tuổi thai khá nhỏ song để thực hiện được điều đó đã tốn rất nhiều công sức, nhân lực, tài chính, đồng thời tỷ lệ mắc bệnh của những trẻ đó khi lớn lên còn khá cao. Do vậy, hạn chế tỷ lệ đẻ non luôn là mục đích của y học nhằm cho ra đời những trẻ có thể chất khỏe mạnh, thông minh. Nhìn một cách tổng thể, để hạn chế tỷ lệ đẻ non, tỷ lệ bệnh tật và tỷ lệ tử vong sơ sinh người ta đã

thực hiện cả ba bước của một quá trình bao gồm: Dự phòng đẻ non cho những đối tượng có nguy cơ cao: phụ nữ có tiền sử đẻ non, hở eo tử cung, cổ tử cung ngắn, u xơ tử cung, tử cung dị dạng, đa thai,... Điều trị cho những phụ nữ có dấu hiệu dọa đẻ non, các bệnh có nguy cơ đẻ non cao như tăng huyết áp, tiền sản giật, sản giật, rau tiền đạo,... Chăm sóc và nuôi dưỡng sơ sinh non tháng. Bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định là bệnh viện chuyên khoa về lĩnh vực Sản khoa trên địa bàn tỉnh Ninh Bình nên số lượng sản phụ dọa đẻ non, đẻ non tại bệnh viện tương đối lớn. Vì vậy, nghiên cứu về kết quả điều trị đẻ non tại viện sẽ cho chúng tôi những kết quả cụ thể và chính xác nhất về các phương pháp điều trị sản phụ đẻ non, tình trạng sơ sinh tại thời điểm hiện tại. Do vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu "Đánh giá kết quả điều trị đẻ non tại Bệnh viện phụ sản Nam Định năm 2025".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các sản phụ có hồ sơ bệnh án chẩn đoán chuyển dạ đẻ non tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định từ 01/01/2025 đến 30/06/2025

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu

Tất cả các trường hợp sản phụ một thai đẻ non từ tuần 22 đến hết 37 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định từ ngày 01/01/2025 đến 30/06/2025.

Có các dấu hiệu khi vào viện:

- Đau bụng
- Ra máu
- Ra dịch âm đạo
- Hiện tượng xóa mờ CTC

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Tất cả các trường hợp đình chỉ thai nghén do thai chết lưu, thai dị dạng, song thai.

Các sản phụ được chẩn đoán trước đẻ là đẻ non, chẩn đoán sau đẻ là đủ tháng.

Các bệnh án không đủ dữ liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp hồi cứu mô tả.

Kỹ thuật chọn mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện, tất cả các hồ sơ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu.

2.2.2. Các biến số nghiên cứu.

- Điều trị trước đẻ non: tiêm trưởng thành phổi,...
- Phân loại trẻ sơ sinh non tháng³
- + Trẻ cực kỳ non: < 28 tuần (196 ngày).

- + Trẻ rất non: 28 - 32 tuần
- + Trẻ non vừa phải đến gần đủ tháng: 32 - 37 tuần (256 ngày).
- Chỉ định mổ đẻ:
 - + Do bệnh lý mẹ: TSG, bệnh lý tim,...
 - + Do thai: ngôi bất thường: ngôi mông, ngôi vai, ngôi mặt,...
 - + Do phần phụ thai: rau bong non, rau tiền đạo,...
- + Lý do xã hội: con quý, con hiếm (Thai IVF), bệnh nhân xin mổ,...
- Trọng lượng thai sau sinh: < 1000g, 1000 - 1500g, 1600 - 2000g, 2100 - 2400g, ≥ 2500g.
- Phân loại theo cân nặng³:
 - + Trẻ có cân nặng sơ sinh thấp: ≤ 2500g
 - + Rất thấp: 1000 - 1499g
 - + Cực kỳ thấp: < 1000g.
- Biến chứng sơ sinh: suy hô hấp, vàng da, nhiễm khuẩn, rối, tử vong.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý theo chương trình SPSS 22.0. Sử dụng thuật toán χ^2 để so sánh sự khác nhau giữa 2 tỷ lệ. Nếu $p < 0.05$ thì sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Đây là nghiên cứu không can thiệp trên sản phụ, chỉ sử dụng hồ sơ bệnh án được lưu trữ tại kho hồ sơ của bệnh viện, do đó đảm bảo tính chính xác, khoa học cũng như tính an toàn cho sản phụ.

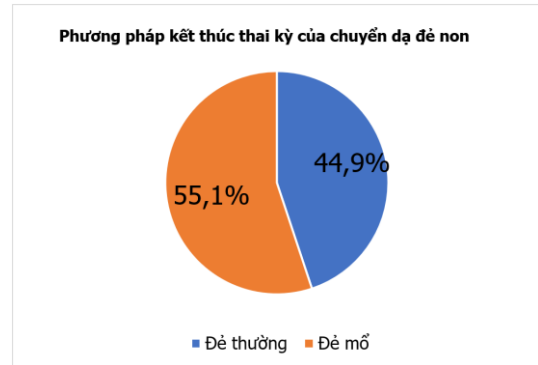
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 470 hồ sơ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu. Kết quả trình bày tại các bảng và biểu đồ sau:

Bảng 3.1. Tỷ lệ sử dụng trường thành phổi theo tuổi thai

Nhóm tuổi thai	Tiêm trường thành phổi		p
	Không tiêm	Có tiêm	
Tuổi thai < 28 tuần	5 1,2%	0 0%	5 24 441 470
Tuổi thai 28-32 tuần	16 3,7%	8 19%	
Tuổi thai 33-37 tuần	407 95,1%	34 81%	
Tổng	428 100%	42 100%	

Nhận xét: Có 42 trường hợp được tiêm trường thành phổi, trong đó chủ yếu ở nhóm tuổi thai 33-37 tuần. Sự khác biệt về tiêm trường thành phổi giữa các nhóm tuổi thai có ý nghĩa thống kê (do $p=0,01 < 0,05$).



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ các phương pháp kết thúc thai kỳ của chuyển dạ đẻ non

Nhận xét: Trong số 470 đối tượng tham gia nghiên cứu, có 211 trường hợp đẻ thường, chiếm 44,9%. Tỷ lệ đẻ mổ là 55,1%.

Bảng 3.2. Chỉ định mổ đẻ trong chuyển dạ đẻ non

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Do mẹ (sốt, ĐTD thai kỳ, TSG, mổ cũ)	161	62,2
Do thai (ngôi ngược, song thai, thai to)	59	22,7
Do phần phụ thai (rau bong non, rau tiền đạo)	36	13,9
Nguyên nhân xã hội	3	1,2
Tổng	259	100

Nhận xét: Trong số 259 trường hợp mổ đẻ, chủ yếu chỉ định mổ do mẹ (mẹ sốt, ĐTD thai kỳ, TSG, mổ cũ), chiếm 62,2%. Có 22,7% số trường hợp mổ do thai (ngôi ngược, song thai, thai to); 13,9% số trường hợp mổ do phần phụ thai (rau tiền đạo, rau bong non) và 3 trường hợp mổ lấy thai vì gia đình xin mổ, chiếm 1,2%

Bảng 3.3. Trọng lượng của trẻ sơ sinh

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cực kỳ thấp (<1000g)	6	1,3
Rất thấp (1000-1499g)	12	2,6
Thấp (1500-≤2500g)	132	28,0
Bình thường	320	68,1
Tổng	470	100
Trung bình cân nặng sơ sinh Min - Max	2629±560 gram 400-3990 gram	

Nhận xét: Trong 470 trường hợp chuyển dạ đẻ non. Cân nặng sơ sinh <1000g chiếm 1,3%; cân nặng >2500g chiếm tỷ lệ chủ yếu, 68,1%. Cân nặng trung bình của sơ sinh là 2629±560 gram. Thấp nhất là 400 gram, cao nhất là 3990 gram.

Bảng 3.4. Biến chứng của trẻ đẻ non

	Số lượng (n=505)	Tỷ lệ (%)
Suy hô hấp	85	16,8
Xuất huyết	23	4,6
Vàng da	12	2,3
Tử vong	4	0,8
Tổng	124	24,5

Nhận xét: Trong tổng số 505 sơ sinh được sinh ra từ 470 sản phụ chuyển dạ đẻ non, có 4 sơ sinh tử vong, chiếm 0,8%; 16,8% số trường hợp bị suy hô hấp; xuất huyết có ở 4,6% số trường hợp. Vàng da sơ sinh chiếm tỷ lệ 2,3%.

IV. BÀN LUẬN

Có 42 trường hợp được tiêm trưởng thành phổi, trong đó chủ yếu ở nhóm tuổi thai 33-37 tuần. Sự khác biệt về tiêm trưởng thành phổi giữa các nhóm tuổi thai có ý nghĩa thống kê (do $p=0,01<0,05$) (bảng 3.1). Corticoid là thuốc có khả năng thúc đẩy trưởng thành phổi thai nhi và giúp nâng tỷ lệ sống của trẻ sơ sinh sau đẻ, điều này đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu. Giảm tần suất xuất huyết não, viêm ruột hoại tử, nhiễm trùng hô hấp trong vòng 48 giờ đầu tiên trẻ sinh ra. Tuy nhiên, corticoid không phải là một liệu pháp vô hại, nên phải cân nhắc giữa lợi ích và rủi ro xảy ra cho thai phụ. Theo Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2016, corticoid chỉ định cho thai từ 24-34 tuần. Tỷ lệ thai phụ được tiêm trưởng thành phổi trong nghiên cứu của chúng tôi là 42/470, chiếm 8,9%. Tỷ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của một số tác giả Nguyễn Tiến Lâm(45,5%)⁶, Ngô Thị Diễm (34,1%)⁷. Vì nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu các sản phụ chuyển dạ đẻ non, nên tỷ lệ được điều trị dọa đẻ non hạn chế; đặc biệt việc sử dụng Corticoid trưởng thành phổi cân nhắc sử dụng cho những trường hợp có thể kéo dài thai kỳ trên 48 giờ.

Trong số 470 đối tượng tham gia nghiên cứu, có 211 trường hợp đẻ thường, chiếm 44,9%. Tỷ lệ đẻ mổ là 55,1% (biểu đồ 3.1). Với những sản phụ chuyển dạ đẻ non do thai nhi thường có trọng lượng thấp nên các quá trình lọt, xuống, quay, sổ thường nhanh nên cuộc chuyển dạ thường diễn ra dễ dàng. Vì vậy hầu hết các trường hợp đẻ non nếu không kèm theo các yếu tố nguy cơ khác thì có thể đẻ đường dưới. Tuy nhiên cuộc đẻ đối với thai non tháng đôi khi cũng có nhiều khó khăn do thai nhi non tháng có kích thước đầu lớn hơn mông, sự bình chính của thai nhi với khung chậu người mẹ không tốt làm cho ngôi thể, kiểu thể bất thường.

Mặt khác thai nhi non tháng cũng thường kèm theo các bất thường của người mẹ, thai, phần phụ như u xơ tử cung, rau tiền đạo. Hơn nữa thai nhi non tháng có hệ thống các cơ quan, tổ chức trong cơ thể chưa hoàn thiện nên dễ xảy ra các tai biến cho sơ sinh sau đẻ^{1,5}. Hiện nay với những tiến bộ của y học khả năng nuôi sống sơ sinh non tháng đã tác động không nhỏ tới thái độ xử trí của thầy thuốc với đẻ non. Vì những lợi ích của sơ sinh thầy thuốc sẵn sàng chỉ định mổ lấy thai trước những trường hợp khó khăn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đẻ mổ lớn hơn tỷ lệ đẻ thường (biểu đồ 3.1)

Phân tích chỉ định mổ trong đẻ non:

Thái độ xử trí lần trước có ảnh hưởng đến thái độ xử trí của lần này, lần trước nếu mổ đẻ đã tạo áp lực tâm lý cho sản phụ và người thầy thuốc sản khoa ở lần đẻ này, nguy cơ mổ lại rất cao. Trong số 259 trường hợp mổ đẻ, chủ yếu chỉ định mổ do mẹ (mẹ sốt, ĐTD thai kỳ, TSG, mổ cũ), chiếm 62,2% (bảng 3.2).

Chỉ định mổ trong đẻ non do nguyên nhân bệnh lý của mẹ như bệnh tim, THA, rau bong non, theo quan điểm của chúng tôi, chỉ định đó là tương đối xác đáng bởi cuộc chuyển dạ từ những thai phụ này chứa đầy những biến cố khó lường trước và cần theo dõi hết sức chặt chẽ. Chỉ định mổ lấy thai là hợp lý tránh những nguy cơ đáng tiếc cho mẹ và thai. Sự nới rộng chỉ định mổ làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai.

Có 22,7% số trường hợp mổ do thai (ngôi ngược, song thai, thai to); 13,9% số trường hợp mổ do phần phụ thai (rau tiền đạo, rau bong non) và 3 trường hợp mổ lấy thai vì gia đình xin mổ, chiếm 1,2% (bảng 3.2). Nhiều tác giả nhận thấy ngôi mông trong đẻ non có thể đẻ đường dưới, tuy nhiên thầy thuốc sản khoa vẫn chỉ định mổ lấy thai do khả năng sống của trẻ cao, chỉ định mổ dễ dàng hơn nếu kết hợp yếu tố con quý, con hiếm, ối vỡ non, ối vỡ sớm⁸. Từ những kết quả này, chúng tôi nhận thấy chỉ định mổ lấy thai trong đẻ non tăng lên rõ rệt. Vậy việc tăng tỷ lệ mổ có thực sự hợp lý? Theo chúng tôi có thể hạn chế được tỷ lệ mổ lấy thai trong đẻ non nếu chúng ta tăng cường quản lý thai cho các sản phụ, đặc biệt là sản phụ có nguy cơ đẻ non. Hơn nữa, việc hạ thấp tỷ lệ can thiệp bằng forceps trong đẻ non nhằm hạn chế nguy cơ tai biến cho thai cũng góp phần làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai trong đẻ non.

Đặc điểm sơ sinh sau đẻ:

Bảng 3.3, chỉ ra trong 470 trường hợp chuyển dạ đẻ non. Cân nặng sơ sinh <1000g chiếm 1,3%; cân nặng >2500g chiếm tỷ lệ chủ

yếu, 68,1%. Cân nặng trung bình của sơ sinh là 2629±560 gram. Thấp nhất là 400 gram, cao nhất là 3990 gram. Tỷ lệ nhóm cân nặng >2500g cao hơn trong nhiều nghiên cứu của các tác giả Mai Trọng Dũng (28%)⁸, Nguyễn Văn Phong (8,2%)⁹. Vì nghiên cứu của các tác giả trên thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản trung ương, bệnh viện tuyến cuối của chuyên ngành nên tỷ lệ thai non tháng cao hơn; đồng thời khả năng điều trị sơ sinh tốt hơn Bệnh viện của chúng tôi nên chiếm phần lớn là tỷ lệ sơ sinh cân nặng thấp.

Biến chứng sơ sinh sau đẻ:

Kết quả tại bảng 3.4 cho thấy 16,8% số trường hợp bị suy hô hấp; xuất huyết có ở 4,6% số trường hợp. Vàng da sơ sinh chiếm tỷ lệ 2,3%. Đây là những biến chứng phổ biến của trẻ sơ sinh non tháng khi tuổi thai quá thấp. Ngoài ra tình trạng suy hô hấp của trẻ còn liên quan đến tình trạng bệnh lý của mẹ, bệnh lý sơ sinh, thời gian chuyển dạ... Quan trọng hơn cả là do các cơ quan của trẻ non tháng chưa được hoàn thiện, đặc biệt là phổi nên sơ sinh non tháng khó khăn trong việc thích nghi với việc thay đổi từ môi trường tử cung ra môi trường sống bên ngoài, hơn nữa trẻ cũng dễ bị hạ thân nhiệt nên càng dễ rối loạn hô hấp, vì vậy nguy cơ trẻ non tháng bị suy hô hấp sau đẻ là rất cao. Như vậy nếu chúng ta hạn chế được tỷ lệ đẻ non thì cũng sẽ giảm được tình trạng suy hô hấp của trẻ sơ sinh sau đẻ. Nghiên cứu của chúng tôi mới chỉ bàn đến được nhóm nhỏ bệnh lý sơ sinh những ngày đầu sau đẻ, chưa nghiên cứu được những bệnh lý khác và chưa theo dõi được trẻ những ngày tiếp theo để biết hậu quả của đẻ non lên trẻ sơ sinh.

Nhiều nghiên cứu khác cũng chỉ ra những hậu quả tương tự, theo tác giả Robert tỷ lệ xuất huyết não ở trẻ đẻ non khoảng 10,5 - 14,9%¹⁰. Trẻ non tháng dễ bị mắc bệnh hơn cũng là điều dễ giải thích vì trẻ đẻ non thường phổi chưa trưởng thành thiếu chất surfactant nên dễ bị xẹp phổi hay bệnh màng trong. Mặt khác trẻ non tháng hệ miễn dịch kém nên dễ nhiễm khuẩn,

lớp mỡ dưới da mỏng nên dễ bị hạ thân nhiệt, dễ bị xuất huyết do thiếu các yếu tố đông máu...

IV. KẾT LUẬN

Đẻ non chủ yếu ở nhóm tuổi trẻ (26-35 tuổi), tỷ lệ được điều trị dọa đẻ non và tiêm trưởng thành phổi tương đối thấp; phương pháp kết thúc thai kỳ chủ yếu là đẻ mổ với chỉ định về phía mẹ là chủ yếu. Biến chứng hay gặp nhất là suy hô hấp sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Doyle LW, Permezel M, Ford GW, et al.** The Obstetrician and the Extremely Immature Fetus (24-26 weeks): Outcome to 5 Years of Age. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1994;34(4):421-424. doi:10.1111/j.1479-828X.1994.tb01261.x
- Nguyễn Việt Tiên PTH.** Kết quả điều trị dọa đẻ non trong hai năm tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và trẻ sơ sinh. *Tạp chí Y học thực hành.* 1996;Số 5.
- World Health Organization** (2009). *Certain Conditions Originating in the Perinatal Period, Disorders Related to Length of Gestation and Fetal Growth.* Vol (P05-P08). (Chapter XVI), 00-96. Accessed May 5, 2025. <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/P05-P08>
- Trần Hán Chúc.** Đẻ thai non tháng. *Bài Giảng Chuyên Khoa I;* 1997.
- Nguyễn Việt Hùng.** Đẻ non. *Bài Giảng Sản Phụ Khoa.*; 2007:129-135.
- Nguyễn Tiên Lâm.** *Nghiên Cứu Đẻ Non Tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương Năm 2008.* Luận văn thạc sĩ y học. 2009.
- Ngô Thị Diễm.** *Nghiên Cứu Kết Quả Điều Trị Các Thai Phụ Dọa Đẻ Non Tại Khoa Sản Bệnh Viện E Năm 2016-2017.* Luận văn Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
- Mai Trọng Dũng.** *Nghiên Cứu Tình Hình Đẻ Non Tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương Từ Tháng 1 Năm 2013 Đến Tháng 8 Năm 2004.* Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện. 2004.
- Nguyễn Văn Phong.** *Nghiên Cứu Tình Hình Đẻ Non và Một Số Yếu Tố Nguy Cơ Đến Đẻ Non Tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương Trong Hai Năm 2011 - 2012.* Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2003.
- Trần Quang Hiệp.** *Nhận Xét về Tình Hình Đẻ Non Tại Viện Bảo vệ Bà Mẹ và Trẻ Sơ Sinh Trong Ba Năm 1998 - 2000.* Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Y học. 2001.