

of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Jul 2022;80(7):1254-1259. doi:10.1016/j.joms.2022.04.015

4. **Boymuradov SA, Rustamova DA, Bobamuratova DT, et al.** Aspects of maxillar osteomyelitis in patients who had COVID-19 in Uzbekistan. *Advances in Oral and Maxillofacial Surgery*. 2021 July-September;3:100106. doi: 10.1016/j.adoms.2021.100106. Epub 2021 Jun 7.
5. **Gupta G, Gupta D, Gupta P, Gupta N.** Osteonecrosis of Jaw as an Oral Manifestation of COVID-19: A Case Report. *Acta Scientific Dental Sciencs*. 03/06 2021;5:21-25. doi:10.31080/ASDS.2021.05.1059
6. **Al-Mahalawy H, El-Mahallawy Y, Dessoky NY, et al.** Post-COVID-19 related osteonecrosis of the

jaw (PC-RONJ): an alarming morbidity in COVID-19 surviving patients. *BMC infectious diseases*. Jun 14 2022;22(1):544. doi:10.1186/s12879-022-07518-9

7. **Pauli MA, Pereira LM, Monteiro ML, de Camargo AR, Rabelo GD.** Painful palatal lesion in a patient with COVID-19. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology*. Jun 2021;131(6):620-625. doi:10.1016/j.oooo.2021.03.010
8. **Park JY.** Post-acute infection syndrome after COVID-19: effects on the oral and maxillofacial region and the recent publication trends. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. Jun 30 2022;48(3):131-132. doi:10.5125/jkaoms.2022.48.3.131

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT CỤC THAI KỲ Ở THAI PHỤ THIỂU ỒI TẠI BỆNH VIỆN ĐỒNG NAI 2 NĂM 2025

Lâm Đức Tâm¹, Sơn Thị Lam Thùy², Đoàn Thanh Điền¹, Lê Nguyễn Trọng Nhân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bất thường về nước ối, bao gồm cả đa ối và thiếu ối, đều có thể làm tăng nguy cơ bệnh tật và tử vong đối với mẹ và thai nhi. Trong đó, thiếu ối là yếu tố nguy cơ nghiêm trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến sự phát triển của thai nhi và góp phần làm gia tăng khả năng đẻ khó hoặc cần phải mổ lấy thai. Thiếu ối được định nghĩa là tình trạng giảm thể tích nước ối so với tuổi thai.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và đánh giá kết cục thai kỳ ở sản phụ thiếu ối tại Bệnh viện Đồng Nai 2 từ năm 2025-2026.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 650 sản phụ trong đó có 77 sản phụ thiếu ối.

Kết quả: Tuổi mẹ trung bình $29,25 \pm 5$ tuổi với 82,5% phụ nữ tuổi 20-35 tuổi; mang thai lần đầu (62,92%), chưa sinh lần nào (62,31%), cân nặng trước mang thai là 50kg; tăng cân bình thường chiếm 74,46%; ngôi chằm chạu chiếm ưu thế 92%. Bề cao tử cung $29,45 \pm 2,6$ cm. Vòng bụng $92,6 \pm 6,0$ cm. Tim thai trung bình $141 \pm 5,13$ nhịp/phút. Ngôi đầu chiếm 95%, chỉ số ối trung bình $3,76 \pm 1,24$ cm. Đường kính lưỡng đỉnh thai nhi là $8,88 \pm 0,52$ cm. Chiều dài xương đùi là $6,93 \pm 0,39$ cm. Mổ lấy thai là

phương pháp sinh thường gặp của thiếu ối (90%). Sau mổ nước ối bình thường chiếm 89,27% và cân nặng trẻ sơ sinh trung bình là $2972,5 \pm 500,17$ gram; tình trạng bé lúc mang sinh có chỉ số Apgar tốt là 99,37%.

Kết luận: Các trường hợp thiếu ối đều có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trong giới hạn bình thường nhưng kết quả điều trị chủ yếu là phẫu thuật mổ lấy thai, không có trường hợp nào khởi phát chuyển dạ theo dõi sinh ngã âm đạo.

Từ khóa: Thiếu ối, mổ lấy thai.

SUMMARY

STUDY ON THE PREVALENCE, CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND PREGNANCY OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN WITH OLIGOHYDRAMNIOS AT DONG NAI 2 HOSPITAL IN 2025

Background: Abnormalities of amniotic fluid volume, including both polyhydramnios and oligohydramnios, may increase maternal and perinatal morbidity and mortality. Among these, oligohydramnios is a significant risk factor that directly affects fetal development and contributes to a higher likelihood of labor complications or the need for cesarean delivery. Oligohydramnios is defined as a reduction in amniotic fluid volume relative to gestational age.

Objectives: To determine the prevalence, clinical and paraclinical characteristics, causes of oligohydramnios, and to evaluate pregnancy outcomes in women with oligohydramnios at Dong Nai 2 Hospital from 2025 to 2026.

Materials and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 650 pregnant women, including 77 cases of oligohydramnios.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đồng Nai

Tác giả chính và liên hệ: Lâm Đức Tâm

Email: ldtam@ctump.edu.vn

Mã bài: N605

Ngày nhận bài: 27/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 26/3/2026

Ngày duyệt bài: 28/4/2026

Results: The mean maternal age was 29.25 ± 5 years, with 82.5% aged 20 to under 35 years. Primigravida accounted for 62.92%, and 62.31% had no previous deliveries. The average pre-pregnancy weight was 50 kg, and 74.46% had appropriate gestational weight gain. Occiput anterior presentation was predominant (92%). The mean fundal height was 29.45 ± 2.6 cm, and the mean abdominal circumference was 92.6 ± 6.0 cm. The average fetal heart rate was 141 ± 5.13 beats per minute. Cephalic presentation accounted for 95%, and the mean amniotic fluid index was 3.76 ± 1.24 cm. The mean biparietal diameter was 8.88 ± 0.52 cm, and the mean femur length was 6.93 ± 0.39 cm. Cesarean section was the most common mode of delivery in oligohydramnios cases (90%). After delivery, 89.27% had normal amniotic fluid characteristics, and the mean neonatal birth weight was $2,972.5 \pm 500.17$ grams. A favorable Apgar score at birth was observed in 99.37% of newborns.

Conclusion: Most cases of oligohydramnios presented with clinical and paraclinical findings within normal limits; however, the primary mode of management was cesarean section. No cases underwent induction of labor with successful vaginal delivery.

Keywords: Oligohydramnios, cesarean section.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nước ối giữ vai trò quan trọng trong sự phát triển và bảo vệ thai nhi suốt thai kỳ. Bất thường về thể tích nước ối, đặc biệt là thiếu ối, có thể ảnh hưởng đáng kể đến kết cục chu sinh. Thiếu ối được xác định khi thể tích nước ối giảm so với tuổi thai, thường được chẩn đoán trên siêu âm khi chỉ số nước ối (AFI) ≤ 5 cm hoặc túi ối sâu nhất < 2 cm. Nguyên nhân có thể liên quan đến giảm bài niệu thai, suy chức năng tử cung – nhau, vỡ ối, dị tật bẩm sinh hoặc các bệnh lý của mẹ như tăng huyết áp và đái tháo đường; tuy nhiên, vẫn có những trường hợp không xác định được căn nguyên rõ ràng [1]. Nhiều nghiên cứu cho thấy thiếu ối làm tăng nguy cơ suy thai, ngạt sau sinh và gia tăng tỷ lệ mổ lấy thai. Tỷ lệ mất thay đổi tùy theo tuổi thai và quần thể nghiên cứu, có xu hướng tăng khi thai kỳ tiến gần đủ tháng. Một nghiên cứu cắt ngang lớn trên 112.424 ca sinh tại 39 bệnh viện ở Trung Quốc ghi nhận tỷ lệ thiếu ối ở thai đủ tháng (≥ 37 tuần) là 4,4%. Những số liệu này cho thấy thiếu ối là vấn đề lâm sàng có ý nghĩa và cần được theo dõi, xử trí chặt chẽ nhằm hạn chế biến chứng cho mẹ và thai nhi.

Tại Bệnh viện Đồng Nai 2, thai phụ nhập viện với chẩn đoán thiếu ối khá phổ biến và nhiều trường hợp được chỉ định mổ lấy thai. Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách hệ thống về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như kết quả xử trí ở nhóm bệnh nhân này tại bệnh viện. Việc khảo sát thực trạng sẽ góp phần cung cấp bằng chứng thực tiễn, làm cơ sở cho việc lựa chọn chiến lược xử

trí phù hợp và tối ưu hóa kết cục thai kỳ. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ở sản phụ thiếu ối nhập viện tại Bệnh viện Đồng Nai 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những sản phụ đến sinh và nhập viện tại Bệnh viện Đồng Nai 2 từ tháng 6/2025 đến tháng 12/2025, phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả các trường hợp thiếu ối được chuẩn đoán dựa vào tiêu chuẩn siêu âm: Chỉ số ối (AFI) < 5 cm hoặc/và bề sâu khoang ối lớn nhất (MPV) < 2 cm đến sinh có tuổi thai ≥ 28 tuần. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Rỉ ối hoặc vỡ ối. Đa thai. Thai chết lưu trong tử cung. Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 06/2025 đến tháng 12/2025 tại Bệnh viện Đồng Nai 2

Cỡ mẫu: 77 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và loại trừ.

Phương pháp chọn mẫu

Lấy toàn bộ trường hợp sản phụ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu đến sinh và nhập viện tại Bệnh viện Đồng Nai 2 từ tháng 6/2025 đến tháng 12/2025.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung: tuổi, khu vực sống, trình độ văn hóa, nghề nghiệp. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: tiền thai, tiền sử nạo hút thai, tiền sử bệnh lý của mẹ, đặc điểm sinh lần trước, cân nặng trước mang thai, tăng cân trong thai kỳ, nơi khám thai, tuổi thai, bề cao tử cung, vòng bụng, ngôi thai, tim thai, chỉ số nước ối, đường kính lưỡng đỉnh, chiều dài xương đùi, hemoglobin. Đánh giá kết quả điều trị: phương pháp sinh, màu sắc nước ối, chỉ số Apgar, cân nặng trẻ, chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ thiếu ối.

Quy trình tiến hành nghiên cứu: Tiến hành phỏng vấn các sản phụ theo bộ câu hỏi soạn trước, theo dõi diễn tiến và kết cục thai kỳ.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Dữ liệu được kiểm tra, mã hóa, nhập liệu, quản lý bằng Excel và phân tích bằng SPSS 22 và được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm cho biến số không liên tục và trung bình, độ lệch chuẩn cho biến số liên tục.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n=77)	Tỷ lệ (%)
Tuổi mẹ Trung bình: 29,25 ± 5 tuổi	<20 tuổi	1	1,30
	20-<35 tuổi	68	88,31
	≥ 35 tuổi	8	10,39
Khu vực	Nông thôn	48	62,34
	Thành thị	29	37,66
Dân tộc	Kinh	69	89,61
	Hoa	5	6,49
	Khmer	2	2,60
	Khác	1	1,30
Trình độ văn hóa	Mù chữ - Tiểu học	1	1,30
	Trung học cơ sở	12	15,58
	Trung học phổ thông	46	59,74
	Cao đẳng-đại học	18	23,28
Nghề nghiệp	Công nhân	40	51,95
	Công nhân viên	18	23,38
	Buôn bán	2	2,6
	Nội trợ	16	20,78
	Làm nông	1	1,3

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm tiền sử thai phụ

Đặc điểm		Tần số (n=77)	Tỷ lệ (%)
Tiền thai	Con so	48	62,34
	Con rạ	29	37,66
Tiền sử nạo hút thai	Có	12	15,58
	Không	65	84,42
Tiền sử bệnh lý của mẹ	Có	8	10,39
	Không	69	89,61
Đặc điểm sanh lần trước	Chưa sanh	48	62,34
	Sanh thường	24	31,17
	Sanh mổ	4	5,19
	Sanh kiềm	1	1,30
Tăng cân trong thai kỳ	< 8kg	6	7,79
	8-12 kg	57	74,03
	12-20 kg	10	12,99
	>20 kg	4	5,19
Nơi khám thai	Trạm Y tế	3	3,90
	Bệnh viện	9	11,69
	Phòng khám tư	65	84,42

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng thai phụ

Đặc điểm		Tần số (n=77)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai Trung bình: 38,5 ± 0,9 tuần	<37 tuần	4	5,2
	37-40 tuần	69	89,6
	>40 tuần	4	5,2
Bề cao tử cung	≤25 cm	2	2,60
	25-<30 cm	54	70,13
	30-<35 cm	14	18,18
Vòng bụng	≥35 cm	7	9,09
	<90 cm	18	23,38
	≥90 cm	59	76,62
Ngôi thai	Đầu	71	92,21
	Mông	5	6,49
	Phức tạp	1	1,30
Tim thai (nhịp phút)	<120	0	0
	120-160	76	98,70
	>160	1	1,30

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng thai phụ

Đặc điểm		Tần số (n=77)	Tỷ lệ (%)
Chỉ số nước ối	≤ 2 cm	12	15,58
	>2-5 cm	65	84,42
Đường kính lưỡng đỉnh	< 90 mm	33	42,86
	≥ 90 mm	44	57,14
Chiều dài xương đùi	< 70 mm	35	45,45
	≥ 70 mm	42	54,55
Hemoglobin	< 11 g/l	3	3,90
	≥ 11 g/l	74	96,10

3.3. Đánh giá quá trình điều trị

Bảng 5. Đánh giá kết quả điều trị thiếu ối

Đặc điểm		Tần số (n=77)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp sanh	Mổ lấy thai	64	83,12
	Sanh ngã âm đạo	13	16,88
Màu sắc nước ối	Trắng đục	71	92,21
	Xanh	4	5,19
	Vàng xanh	1	1,30
	Khác	1	1,30
Chỉ số Apgar	Phút thứ 1 ≥ 7 điểm	76	98,70
	phút thứ 5 ≥ 7 điểm	76	98,70
Cân nặng trẻ Trung bình: 3017 ± 488,69 gram	< 2500gram	12	15,58
	2500-<3500gram	54	70,13
	≥ 3500gram	11	14,29

Bảng 6. Chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ thiếu ối

Chẩn đoán trước và sau mổ	Tần số (n=77)	Tỷ lệ (%)
Cổ tử cung không thuận lợi	21	27,27
Thiếu ối-vô ối	27	35,06
Đau vết mổ cũ-thiếu ối	5	6,49
Suy thai cấp-thiếu ối	4	5,19
Ngôi mông-thiếu ối	3	3,90
Thai quá ngày-thiếu ối	3	3,90
Tăng huyết áp thai kỳ-thiếu ối	9	11,69
Con quý-thiếu ối	1	1,30
Chuyển dạ ngưng tiến triển	1	1,30
Con so lớn tuổi	1	1,30
Nhau tiền đạo trung tâm	1	1,30
Khác	1	1,30

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Tuổi trung bình của thai phụ là $29,25 \pm 5$ tuổi; nhóm 20–<35 tuổi chiếm ưu thế (88,31%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Cấn Bá Quát, trong đó nhóm 20–34 tuổi chiếm 86,6%[1]. Thai phụ chủ yếu sống tại khu vực nông thôn (62,34%), phù hợp đặc điểm dân cư địa phương có nhiều lao động nhập cư. Dân tộc Kinh chiếm đa số (89,61%). Trình độ học vấn chủ yếu là trung học phổ thông (59,74%), cao đẳng–đại học chiếm 23,28%. Nghề nghiệp tập trung ở công nhân (51,95%), tiếp theo là công nhân viên (23,38%) và nội trợ (20,78%), phản ánh đặc điểm kinh tế – xã hội của địa phương có nhiều khu công nghiệp[3].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

Trong 77 thai phụ thiếu ối, con so chiếm 62,34%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Tuấn Đạt, trong đó tỷ lệ con so (57%) cũng cao hơn con rạ (43%) [2]. Tiền sử nạo hút thai gặp ở 15,58%; bệnh lý nội khoa kèm theo chiếm 10,39%. Đa số chưa từng sinh (62,34%); trong nhóm đã sinh, sinh thường chiếm ưu thế. Mức tăng cân chủ yếu 8–12 kg (74,03%), phù hợp khuyến cáo theo BMI [8]. Phần lớn thai phụ khám thai tại cơ sở tư nhân (84,42%). Kết quả phù hợp với xu hướng sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh tại khu vực có mật độ dân cư lao động cao và hệ thống y tế tư nhân phát triển.

Dựa trên số liệu tại Bảng 3, tuổi thai trung bình của nhóm nghiên cứu là $38,5 \pm 0,9$ tuần. Thai đủ tháng (37–40 tuần) chiếm tỷ lệ cao nhất (89,61%), trong khi thai <37 tuần và thai ≥40 tuần cùng chiếm 5,2%. Tỷ lệ thai từ 40 tuần trở lên trong nghiên cứu ở mức đáng lưu ý. Kết quả này phù hợp với diễn tiến sinh lý của thai kỳ, khi thể tích nước ối có xu hướng giảm dần vào cuối tam cá nguyệt III do sự lão hóa

bánh nhau và giảm tưới máu tử cung–nhau thai. Sự suy giảm tự nhiên trong quá trình sản xuất và trao đổi nước ối ở giai đoạn cận ngày dự sinh có thể góp phần làm tăng tỷ lệ thiếu ối [5].

Các chỉ số lâm sàng như bề cao tử cung và vòng bụng phần lớn trong giới hạn bình thường, cho thấy thiếu ối thường ít biểu hiện rõ trên lâm sàng và cần siêu âm để chẩn đoán. Về ngôi thai, ngôi đầu chiếm 92,21%, ngôi mông 6,49% và ngôi phức tạp 1,30%. Tỷ lệ ngôi bất thường trong nghiên cứu là 7,79%, tương đồng với kết quả của Ninh Văn Minh khi ghi nhận ngôi bất thường 8,6% [3]. Mặc dù thiếu ối có thể ảnh hưởng đến khả năng xoay và bình chỉnh ngôi thai do giảm môi trường dịch ối, kết quả trên cho thấy phần lớn trường hợp trong nghiên cứu có thể là thiếu ối mức độ nhẹ hoặc được phát hiện ở giai đoạn muộn khi ngôi thai đã cố định. Đối với tim thai, 98,70% trường hợp có nhịp tim trong giới hạn bình thường (120–160 nhịp/phút), chỉ 1,30% >160 nhịp/phút và không ghi nhận trường hợp <120 nhịp/phút. Mặc dù thiếu ối được xem là yếu tố nguy cơ gây suy thai do chèn ép dây rốn, kết quả này cho thấy đa số thai phụ được phát hiện và theo dõi ở thời điểm tình trạng huyết động thai còn ổn định. Việc đánh giá nhịp tim thai và chỉ số ối bằng siêu âm đóng vai trò quan trọng trong theo dõi và xử trí thai kỳ có thiếu ối nhằm giảm nguy cơ biến chứng chu sinh.

Dựa trên số liệu tại Bảng 4, chỉ số nước ối (AFI) ≤2 cm chiếm 15,58%, trong khi nhóm >2–5 cm chiếm 84,42%, cho thấy phần lớn trường hợp thuộc mức thiếu ối nhẹ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Thành Đạt khi ghi nhận đa số bệnh nhân thiếu ối ở mức độ nhẹ. Các chỉ số sinh trắc học thai nhi (BPD, FL) phần lớn phù hợp tuổi thai. Theo các tài liệu sản khoa kinh điển như Williams Obstetrics, các thông số sinh trắc học thường giảm rõ rệt trong các trường hợp thai chậm tăng trưởng trong tử cung hoặc dị tật bẩm sinh, trong khi thiếu ối đơn thuần không nhất thiết đi kèm bất thường tăng trưởng [6]. Tỷ lệ thiếu máu ở mẹ thấp (3,90%), ít có khả năng liên quan cơ chế bệnh sinh thiếu ối.

4.3. Đánh giá quá trình điều trị

Dựa trên số liệu tại Bảng 5, phương pháp chấm dứt thai kỳ chủ yếu là mổ lấy thai với tỷ lệ 83,12%, trong khi sinh ngả âm đạo chiếm 16,88%. Tỷ lệ mổ lấy thai ở mức cao, phản ánh xu hướng xử trí thận trọng trong bối cảnh thai kỳ có yếu tố nguy cơ như thiếu ối. Theo nghiên cứu Matiyas Asrat Shiferaw, việc lựa chọn phương thức sinh ở thai kỳ thiếu ối cần dựa trên tuổi thai, tình trạng cổ tử cung, khả năng theo dõi tim thai liên tục và điều kiện hồi sức sơ sinh; mổ lấy thai được cân nhắc khi có dấu hiệu suy thai hoặc yếu tố sản khoa bất lợi [7].

Về đặc điểm nước ối khi sinh, nước ối trắng đục chiếm 92,21%, nước ối xanh 5,19%, vàng xanh và

các dạng khác cùng chiếm 1,30%. Kết quả này cho thấy đa số trường hợp chưa ghi nhận tình trạng nhiễm phân su rõ rệt, phù hợp với tỷ lệ suy thai cấp thấp trong nhóm nghiên cứu.

Chỉ số Apgar cho thấy kết cục sơ sinh khả quan: 98,70% trẻ đạt ≥ 7 điểm ở phút thứ nhất và phút thứ năm. Tỷ lệ này tương đối cao, cho thấy phần lớn trẻ sơ sinh thích nghi tốt sau sinh. So với nghiên cứu của Lâm Đức Tâm, trong đó Apgar ≥ 7 điểm ở phút thứ nhất và thứ năm lần lượt là 99% [4], kết quả của chúng tôi tương đồng tác giả, có thể liên quan đến việc phát hiện sớm và xử trí chủ động các trường hợp thiếu ối. Về cân nặng sơ sinh, cân nặng sơ sinh trung bình $3017 \pm 488,69$ g, chủ yếu trong khoảng $2500 - < 3500$ g.

Chỉ định mổ lấy thai thường gặp là thiếu ối/vai ối đơn thuần (35,06%), cổ tử cung không thuận lợi (27,27%) và tăng huyết áp thai kỳ (11,69%). Các chỉ định khác chiếm tỷ lệ thấp. Kết quả cho thấy thiếu ối thường đi kèm các yếu tố nguy cơ sản khoa khác, làm tăng tỷ lệ can thiệp. Nhìn chung, dù tỷ lệ mổ lấy thai cao, kết cục sơ sinh khả quan nhờ phát hiện sớm và xử trí kịp thời.

V. KẾT LUẬN

Qua phân tích 77 trường hợp thiếu ối điều trị tại Bệnh viện Đồng Nai 2, nhận thấy biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng nhìn chung không có dấu hiệu đặc hiệu nổi bật, phần lớn được phát hiện thông qua siêu âm. Phương thức chấm dứt thai kỳ chủ yếu là mổ lấy thai, trong khi không ghi nhận trường hợp nào được khởi phát chuyển dạ để theo dõi sinh ngã âm đạo. Điều này cho thấy xu hướng xử trí còn nghiêng về can thiệp phẫu thuật hơn là theo dõi chuyển dạ có kiểm soát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cần Bá Quát, Hoàng Thị Ngọc Trâm, Trương Văn Vũ, Nguyễn Thị Mơ, Chu Tiểu Yến** (2023), "Nghiên cứu xử trí thiếu ối ở tuổi thai đủ tháng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", Tạp chí Y học Việt Nam, 527 (1B).
2. **Đỗ Tuấn Đạt, Thành Xuân Anh, Phan Thị Huyền Thương, Lương Hoàng Thành, Nguyễn Xuân Mỹ** (2026), "Mức độ thiếu ối: các yếu tố liên quan và kết cục thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2024", Tạp chí Y học Cộng đồng, tr.67 (1).
3. **Ninh Văn Minh, Hoàng Tiến Nam, Trần Thị Len** (2013), "Thiếu ối ở thai trên 28 tuần, các yếu tố liên quan và phương pháp xử trí tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình", Tạp chí Y học thực hành, 874 (6), Tr. 90-1.
4. **Lâm Đức Tâm, Nguyễn Vũ Quốc Huy** (2014), "Đánh giá kết quả điều trị thiếu ối nhập viện tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ", Tạp chí phụ sản, 12 (3), Tr. 74-78.
5. **Taylor Bynarowicz, Suzanne Jenkins, Anthony Shanks** (2025), "Oligohydramnios", StatPearls.
6. **F. G. Cunningham, K. J. Leveno, S. L. Bloom, J. S. Dashe, B. L. Hoffman, B. M. Casey, C. Y. Spong** (2018), Williams Obstetrics 26th edition, (Physiology of labor), McGraw-Hill Education New York, pp.400-440.
7. **Matiyas Asrat Shiferaw, Ananya Solomon, Sintayehu Getachew, Wondimu Gudu** (2024), "Maternal and perinatal outcomes of oligohydramnios in late term and post term pregnancies at public hospitals in Ethiopia: a cross-sectional study", BMC Women's Health, 24 (1), pp.113.
8. **Ann L Yaktine&Kathleen M Rasmussen** (2010), "Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines".

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LINH SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ TIÊU CHẢY CẤP DO ROTAVIRUS Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI DƯƠNG NĂM 2024

Vương Thị Duyên¹, Đỗ Thị Kim Oanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và điều trị tiêu chảy cấp do Rotavirus ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2024.

¹Trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Vương Thị Duyên

Email: vuongthiduyen83@gmail.com

Mã bài: N697

Ngày nhận bài: 29/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 28/4/2026

Ngày duyệt bài: 30/5/2026

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện trên 267 bệnh nhân.

Kết quả: Trẻ nam chiếm tỉ lệ đa số (65,92%). Phân bố tỉ lệ nam : nữ là 1,9:1. Hầu hết trẻ đều có triệu chứng đi ngoài phân lỏng (93,63%), sau đó là nôn (75,28%), biếng ăn, bỏ bú (61,79%), đau bụng (43,07%), sốt chiếm 34,45%, sụt cân chỉ chiếm 12,73%. 46,82% trẻ không có dấu hiệu mất nước, 49,06% trẻ có mất nước nhẹ hoặc vừa, chỉ có 4,12% trẻ có dấu hiệu mất nước nặng. Bù dịch bằng đường uống (97,75%) và bổ sung kẽm (97%) là biện pháp chính trong điều trị tiêu chảy cấp do Rotavirus. Hiện chưa có thuốc kháng virus nào được sử dụng để điều trị nhiễm rotavirus do đó uống vaccin phòng RVA được khuyến nghị.