

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XỬ TRÍ NHAU TIỀN ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI NĂM 2024 - 2025

Lâm Đức Tâm¹, Trần Minh Tài², Nguyễn Thị Lan Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhou 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 do đó 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: Các sản phụ đến nhập viện và sinh tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai từ 04/2024 – 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 $< 2500\text{g}$ 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 nặng còn cao trong nghiên cứu.

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

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND MANAGEMENT OUTCOMES OF PLACENTA PREVIA: A STUDY AT DONG NAI GENERAL HOSPITAL, 2024 - 2025

Objective: Placenta previa is a leading cause of hemorrhage during the third trimester, labor, and the postpartum period. It presents a significant challenge for obstetricians due to the necessity of prolonged hospitalization for monitoring, increased risks of blood transfusion, preterm birth, and a higher incidence of peripartum hysterectomy (up to 5.3%), leading to elevated maternal mortality. Therefore, this study was conducted to describe the clinical characteristics and evaluate the management outcomes of placenta previa.

Methods: A study was performed on pregnant women admitted for delivery at Dong Nai General Hospital from April 2024 to December 2025.

Results: Pregnant women under the age of 35 accounted for 62.5% of the study population. Significant risk factors included a history of Cesarean section (40%), abortion (5%), and a prior history of placenta previa (2.6%). The study recorded that 100% of cases underwent Cesarean delivery, with emergency Cesarean sections accounting for 57.5% and elective procedures for 42.5%. The rate of intraoperative and postoperative blood transfusion was 15%. No postoperative complications, such as infection or organ injury, were observed (0%). Regarding neonatal outcomes, 95% of newborns achieved a 1-minute Apgar score of ≥ 7 . However, the prevalence of low birth weight ($< 2500\text{g}$) was 32.5%.

Conclusion: Placenta previa primarily affects the younger reproductive age group. A history of Cesarean section is the most common risk factor. Cesarean section remains the primary management strategy for delivery, with a high proportion of emergency cases. While no major postoperative complications were recorded in this study, the risks of low birth weight and neonatal asphyxia remain significant. These findings highlight the importance of stringent prenatal management to optimize maternal and neonatal outcomes.

Keywords: clinical characteristics, pregnancy outcomes, placenta previa.

¹Đại học Y dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Lâm Đức Tâm

Email: ldtam@ctump.edu.vn

Mã bài: N678

Ngày nhận bài: 6/2/2026

Ngày phản biện khoa học: 5/2/2026

Ngày duyệt bài: 20/5/2026

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 [6, 7]. 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 [1, 9]. 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, tỷ lệ lưu hành trên thế giới dao động từ 0,3% đến 0,5% tổng số thai kỳ [1, 5, 7]. Tuy nhiên, những năm 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 [1, 6, 9]. 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) [6, 7, 10]. Đặc biệt, sự kết hợp giữa nhau tiền đạo và 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 [2, 3]. Biểu 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 [5, 7, 10]. 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 [6, 7, 9]. Hiện nay, nhờ vào sự phát triển của siêu âm chẩn đoán và kỹ thuật hồi sức cấp cứu giúp giảm đáng kể tỷ lệ tử vong mẹ, nhưng việc xử trí nhau tiền đạo vẫn đòi hỏi sự chuẩn bị kỹ lưỡng về chuyên môn và sự phối hợp đa chuyên khoa [4, 10]. Tại Việt Nam, có nhiều công trình nghiên cứu về vấn đề này tại 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 địa phương [5, 9]. Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai, với vai trò là cơ sở y tế tuyến cuối của tỉnh, tiếp nhận một lượng

lớn các ca bệnh lý sản khoa phức tạp nhưng đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị nhau tiền đạo chưa được quan tâm và cập nhật số liệu thực tế, từ đó rút kinh nghiệm và hoàn thiện quy trình xử trí, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em tại địa phương. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu 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

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các sản phụ đến nhập viện và sinh tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai từ 04/2024 – 12/2025. 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 kì kinh cuối (đối với chu kì kinh đều 28 ngày) và/ hoặc tính theo siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ, đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các trường hợp gồm: 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.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu là cắt ngang mô tả tiến cứu.

Cỡ mẫu: nghiên cứu được thực hiện trên 40 thai phụ đến nhập viện và sinh tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai năm 04/2025 – 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, chỉ số APGAR 1 phút, cân nặng sơ sinh.

Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán thống kê mô tả: tần suất, tỷ lệ phần trăm, trung bình

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng Y đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 2632/QĐ-ĐHYDCT cấp ngày 04 tháng 7 năm 2025. Số liệu được Trường Đại

học Y dược Cần Thơ cho phép sử dụng và công bố. Đảm bảo cam kết không có xung đột trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 40 sản phụ, ghi nhận kết quả như sau:

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)		
≥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	2,6
Không	39	97,3

Nhận xét: nhóm tuổi <35 chiếm 62,5%, nhóm tuổi ≥35 chiếm tỷ lệ 37,5%. 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 2,6%

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 ngã âm đạo	0	0
Mổ lấy thai	40	100
Chỉ định mổ lấy thai		
Cấp cứu	23	57,5
Chủ động	17	42,5

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

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%. 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 ≥2500g chiếm tỷ lệ 67,5%, còn nhóm <2500g chiếm tỷ lệ 32,5%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm về tuổi của sản phụ

Tuổi (năm)	≥35	<35
Lâm Đức Tâm [6] (N=103)	39 (37,9%)	64 (62,1%)
Ngô Xuân Quý [4] (N=146)	45 (30,8%)	101 (69,2%)
Trương Thị Linh Giang [1] (N=32)	15 (46,9%)	17 (53,1%)
Chúng tôi (N=40)	15 (37,5%)	25 (62,5%)

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%) [1, 4, 6]. 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

Tiền sử sản khoa

Bảng 4. Đặc điểm về tiền sử sản khoa

Tiền sử nạo hút thai	Có	Không
Lâm Đức Tâm [6] (n=103)	12 (11,7%)	91 (88,3%)
Ngô Xuân Quý [4] (n=146)	66 (45,2%)	80 (54,8%)
Nguyễn Văn Hiền [2] (n=146)	46 (31,5%)	100 (68,5%)
Chúng tôi (n=40)	2 (5%)	38 (95%)
Tiền sử mổ lấy thai	Có	Không
Lâm Đức Tâm [6] (n=103)	38 (36,9%)	65 (63,1%)
Lê Hoàng Quyên [5] (n=74)	25 (33,8%)	49 (66,2%)
Trương Thị Linh Giang [1] (n=32)	21 (65,6%)	11 (34,4%)
Chúng tôi (n=40)	16 (40%)	24 (60%)
Tiền sử nhau tiền đạo	Có	Không
Lâm Đức Tâm [6] (n=103)	2 (1,9%)	101 (98,1%)
Ngô Xuân Quý [4] (n=146)	6 (4,1%)	140 (95,9%)
Chúng tôi (n=40)	1 (2,6%)	39 (97,3%)

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, 4, 6]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ, do các phương pháp chấm dứt thai kỳ hiện tại có xu hướng ưu tiên dùng thuốc nhằm hạn chế các can thiệp bằng dụng cụ như nạo hút.

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 Quyên (33,8%) nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang (65,6%) [1, 5, 6]. 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%) [4, 6].

Kết cục thai kỳ xử trí nhau tiền đạo

Phương pháp chấm dứt thai kỳ

Bảng 5. Phương pháp chấm dứt thai kỳ và chỉ định mổ lấy thai

Phương pháp chấm dứt thai kỳ	Sinh ngã âm đạo	Mổ lấy thai
Lâm Đức Tâm [6] (n=44)	2 (4,5%)	42 (95,5%)
Trương Thị Linh Giang [1] (n=32)	2 (6,2%)	30 (93,8%)
Nguyễn Hồng Quang [9] (n=84)	4 (4,8%)	80 (95,2%)
Joan M.G. Crane [8] (n=308)	1,6%	98,4%
Chúng tôi (n=40)	0 (0%)	40 (100%)
Chỉ định mổ lấy thai	Cấp cứu	Chủ động
Nguyễn Thị Hồng [3] (n=60)	37 (61,7%)	23 (38,3%)

Phương pháp chấm dứt thai kỳ	Sinh ngã âm đạo	Mổ lấy thai
Lâm Đức Tâm [6] (n=42)	32 (76,2%)	10 (23,8%)
Lê Hoàng Quyên [5] (n=74)	44 (59,5%)	30 (40,5%)
Ngô Xuân Quý [4] (n=146)	66 (45,2%)	80 (54,8%)
Nguyen Hong Quang [9] (n=80)	34 (42,5%)	46 (57,5%)
Chúng tôi (n=40)	23 (57,5%)	17 (42,5%)

Kết quả nghiên cứu ghi nhận, chấm dứt thai kỳ ở 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%), Nguyen Hong Quang (95,2%), Joan M.G. Crane [1, 7-9]. Tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai, tiêu chuẩn 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 tối ưu để kiểm soát tình trạng mất máu. Trong đó, tỷ lệ mổ lấy thai cấp cứu chiếm 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%) [3, 5, 7]. Tuy nhiên, kết quả này trái ngược với nghiên cứu của Ngô Xuân Quý (45,2%), Nguyen Hong Quang (42,5%) khi tỷ lệ mổ cấp cứu thấp hơn so với mổ chủ động. 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.

Tình trạng truyền máu

Bảng 6. Tình trạng truyền máu

Truyền máu	Có	Không
Ngô Xuân Quý [4] (n=146)	25 (17,1%)	121 (82,9%)

Truyền máu	Có	Không
Trương Thị Linh Giang [1] (n=32)	3 (9,4%)	29 (90,6%)
Nguyễn Văn Hiền [2] (n=146)	22 (15,1%)	124 (84,9%)
Nahid A. Salim [10] (n=52)	21 (40,4%)	31 (59,6%)
Chúng tôi (n=40)	6 (15%)	34 (85%)

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%) [1, 2, 4, 10]. 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.

Biến chứng sau mổ lấy thai

Bảng 7. Biến chứng sau mổ lấy thai

Biến chứng	Nhiễm trùng	Tổn thương cơ quan
Lâm Đức Tâm [6] (n=44)	0 (0%)	0 (0%)
Nguyễn Thị Hồng [3] (n=60)	1 (1,7%)	-
Nguyễn Văn Hiền [2] (n=146)	12 (8,2%)	1 (0,7%)
Chúng tôi (n=40)	0 (0%)	0 (0%)

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 [7]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng ghi nhận tỷ lệ nhiễm trùng là 1,7%, Nguyễn Văn Hiền có nhiễm trùng, tổn thương cơ quan với tỷ lệ lần lượt là 8,2% và 0,7% [2, 3]. 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.

Kết cục của trẻ sơ sinh

Bảng 8. Kết cục của trẻ sơ sinh

Chỉ số APGAR 1 phút	≥7	<7
Lâm Đức Tâm [6] (n=44)	38 (86,4%)	6 (13,6%)
Nguyễn Văn Hiền [2] (n=146)	141 (96,6%)	5 (3,4%)
Chúng tôi (n=40)	38 (95%)	2 (5%)
Cân nặng sơ sinh	≥2500g	<2500g
Trương Thị Linh Giang [1] (n=32)	26 (81,2%)	6 (18,8%)
Lâm Đức Tâm [6] (n=44)	29 (65,9%)	15 (34,1%)
Nguyễn Văn Hiền [2] (n=146)	134 (91,8%)	12 (8,2%)
Chúng tôi (n=40)	27 (67,5%)	13 (32,5%)

Nhóm cân nặng sơ sinh ≥2500g chiếm tỷ lệ 67,5%, ưu thế so với nhóm cân nặng sơ sinh <2500g (32,5%) với 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, 2, 7]. Nhóm cân nặng sơ sinh <2500g 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%) [2, 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 của chúng tôi cho thấy rằng 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.

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thiện được bài tiểu luận này một cách tốt nhất, em xin gửi lời cảm ơn chân thành đến Ban giám hiệu, các phòng ban, khoa và các thầy cô giảng viên trường Đại học Y Dược Cần Thơ đã tận tình dạy dỗ và tạo điều kiện cho em trong quá trình nghiên cứu và học tập. Đặc biệt, em muốn gửi lời cảm ơn sâu sắc đến thầy Lâm Đức Tâm người đã trực tiếp hướng dẫn em nghiên cứu đề tài một cách rất nhiệt tình và tận tâm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Thị Linh Giang và Trần Thị Mỹ Chi** (2023), "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*. 21(3), tr. 22-27.
2. **Nguyễn Văn Hiền và Trần Quang Khải** (2025), "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*, tr. 81-86.
3. **Nguyễn Thị Hồng và các cộng sự.** (2025), "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. 20(1).
4. **Ngô Xuân Quý và Nguyễn Thị Thu Hà** (2025), "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*. 546(3).

5. **Lê Hoàng Quyền và các cộng sự.** (2024), "Amount of blood loss and related factors in cesarean delivery of women with placenta previa at Can Tho Gynecology and Obstetrics Hospital in 2022-2024", *Cantho Journal of Medicine and Pharmacy*(77), tr. 220-226.
6. **Lâm Đức Tâm, Lý Thị Mỹ Tiên và Phạm Đắc Lộc** (2023), "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*. 21(3), tr. 15-21.
7. **Lâm Đức Tâm và các cộng sự.** (2023), "Kết cục thai kỳ 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*. 531(1).
8. **Joan M. G. Crane và các cộng sự.** (2000), "Maternal complications with placenta previa", *Am J Perinatol*. 17(02), tr. 101-106.
9. **Nguyen Hong Quang và Pham My Hoai** (2025), "The clinical and paraclinical features and treatment outcomes of placenta previa at a Thai Nguyen Hospital", *Tạp Chí Y học Cộng đồng*. 66(8).
10. **Nahid A. Salim và Ismail Satti** (2021), "Risk factors of placenta previa with maternal and neonatal outcome at Dongola/Sudan", *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 10(3), tr. 1215-1217.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NỘI SOI TÁN SỎI NIỆU QUẢN BẰNG LASER HOLMIUM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2024 - 2026

Nguyễn Hải Anh¹, Phạm Quốc Anh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sỏi tiết niệu là bệnh lý thường gặp ở đường tiết niệu, trong đó sỏi niệu quản chiếm 28%. Theo thời gian tán sỏi nội soi ngược dòng bằng Laser Holmium: YAG ngày càng được phát triển, hoàn thiện, trở thành một phương pháp điều trị rất hiệu quả và không thể thiếu trong điều trị sỏi niệu quản.

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, phân độ thận ứ nước trên siêu âm và đánh giá kết quả nội soi tán sỏi niệu quản bằng Laser Holmium: YAG.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 90 bệnh nhân bị sỏi niệu quản tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Trường đại học Y dược Cần Thơ năm 2024-2026.

Kết quả: Có 90 bệnh nhân, trong đó có 53 nam (58,9%), 37 nữ (41,1%). Tuổi trung bình $49,81 \pm 12,78$ tuổi. Kích thước sỏi trung bình là $10,44 \pm 3,12$ mm. Thận ứ nước độ 1 chiếm 63,3% (57 bệnh nhân), ứ nước độ 2 chiếm 30% (27 bệnh nhân), ứ nước độ 3 chiếm 6,7% (6 bệnh nhân). Thời gian phẫu thuật trung bình là $37,11 \pm 17,97$ phút. Thời gian nằm viện trung bình là $5,32 \pm 1,9$ ngày. Kết quả phẫu thuật: thành công 96,7% (87 bệnh nhân), thất bại 3,3% (3 bệnh nhân) do sỏi chạy lên thận, sót sỏi to. Không có biến chứng được ghi nhận.

Kết luận: Phương pháp nội soi tán sỏi niệu bằng Laser Holmium: YAG là phương pháp an toàn, có tỉ lệ thành công cao và thời gian nằm viện ngắn.

Từ khóa: Sỏi niệu quản, Nội soi tán sỏi niệu quản, Thận ứ nước.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF RETROGRADE URETEROSCOPIC LITHOTRIPSY FOR URETERAL STONE WITH HOLMIUM YAG LASER AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL AND CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL IN 2024-2026

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hải Anh

Email: nguyenhaianh12a2@gmail.com

Mã bài: TTN-4

Ngày nhận bài: 11/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 10/4/2026

Ngày duyệt bài: 20/5/2026