KẾT CỤC THAI KỲ Ở CÁC THAI PHỤ MẮC BỆNH TIM SINH CON TRONG TAM CÁ NGUYỆT THỨ BA TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Trúc Anh[1], Võ Minh Tuấn[2], Nguyễn Hữu Trung[1], Nguyễn Ngọc Yến Oanh[1], Nguyễn Việt Hùng[1], Đinh Gia Đức[1], Trịnh Minh Thiên[1], Phan Thị Thủy[1], Võ Thị Minh Dương[1], Nguyễn Thị Việt Linh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm và phân tích các yếu tố liên quan đến kết cục thai kỳ ở mẹ và trẻ sơ sinh mắc bệnh tim sinh con từ ≥28 tuần tại Bệnh viện Từ Dũ giai đoạn 01/2024–12/2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu trên 366 hồ sơ thai phụ mắc bệnh tim. Các yếu tố liên quan đến kết cục bất lợi được xác định bằng hồi quy logistic đa biến.

Kết quả: Rối loạn nhịp tim là nhóm bệnh thường gặp nhất (38,8%); 71,9% thai phụ thuộc nhóm nguy cơ mWHO I–II. Kết cục bất lợi gặp ở 20,8% mẹ và 9,8% trẻ sơ sinh. Bệnh cơ tim (aOR = 2,9) và mWHO ≥ II (aOR = 2,2) liên quan độc lập với kết cục bất lợi ở mẹ. Ở trẻ sơ sinh, bạch cầu mẹ ≥15,0 K/uL (aOR = 11,9), thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung (aOR = 4,3) và sinh non <37 tuần (aOR = 15,2) là các yếu tố liên quan độc lập với kết cục bất lợi. So với quần thể chung, thai phụ mắc bệnh tim có tỷ lệ tiền sản giật, nhiễm khuẩn hậu sản, sinh mổ, sinh non và trẻ nhập NICU cao hơn (đều $p < 0,05$).

Kết luận: Bệnh cơ tim và mWHO ≥ II liên quan độc lập với kết cục bất lợi ở mẹ. Ở trẻ sơ sinh, bạch cầu mẹ ≥15,0 K/uL, thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung và sinh non <37 tuần là các yếu tố liên quan độc lập với kết cục bất lợi.

Từ khóa: Bệnh tim, kết cục thai kỳ, mWHO.

SUMMARY

PREGNANCY OUTCOMES AMONG WOMEN WITH HEART DISEASE DELIVERING IN THE THIRD TRIMESTER AT TU DU HOSPITAL

Objective: To describe clinical characteristics and identify factors associated with maternal and neonatal adverse outcomes among women with heart disease delivering at ≥28 weeks of gestation at Tu Du Hospital from January 2024 to December 2025.

Methods: A retrospective cross-sectional study was conducted on 366 medical records of pregnant women with heart disease. Factors associated with adverse outcomes were identified using multivariable logistic regression.

Results: Arrhythmias were the most common cardiac disorder (38.8%), and 71.9% of women were classified as mWHO risk class I–II. Adverse outcomes occurred in 20.8% of mothers and 9.8% of neonates. Cardiomyopathy (aOR = 2.9) and mWHO class ≥II (aOR = 2.2) were independently associated with adverse maternal outcomes. Maternal white blood cell count ≥15.0 K/μL (aOR = 11.9), fetal growth restriction (aOR = 4.3), and preterm birth <37 weeks (aOR = 15.2) were independently associated with adverse neonatal outcomes. Compared with the general obstetric population, women with heart disease had higher rates of preeclampsia, postpartum infection, cesarean delivery, preterm birth, and NICU admission (all $p < 0.05$).

Conclusion: Cardiomyopathy and mWHO class ≥II were independently associated with adverse maternal outcomes. Maternal white blood cell count ≥15.0 K/μL, fetal growth restriction, and preterm birth <37 weeks were independently associated with adverse neonatal outcomes.

Keywords: Heart disease, pregnancy outcomes, mWHO.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch (BTM) gặp ở khoảng 1–4% phụ nữ mang thai và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ tại các quốc gia phát triển. Bệnh bao gồm nhiều nhóm như bệnh tim bẩm sinh, bệnh van tim, bệnh cơ tim và rối loạn nhịp tim. Trong thai kỳ, các thay đổi sinh lý như tăng thể tích tuần hoàn và cung lượng tim có

[1]*Bệnh viện Từ Dũ*
[2]*Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh*
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trúc Anh
Email: bsnguyentrucanh@gmail.com
Mã bài: N934
Ngày nhận bài: 7/7/2026
Ngày phản biện khoa học: 6/7/2026
Ngày duyệt bài: 10/8/2026

thể làm mất bù chức năng tim ở những phụ nữ có bệnh tim từ trước, làm tăng nguy cơ suy tim, rối loạn nhịp, sinh non, thai chậm tăng trưởng, trẻ nhẹ cân, dị tật tim bẩm sinh cũng như tử vong mẹ và chu sinh. Tại các nước có thu nhập cao, bệnh tim mạch và bệnh cơ tim chiếm khoảng 23–27% các trường hợp tử vong mẹ liên quan đến thai kỳ, đồng thời tỷ lệ thai phụ có bệnh tim và các yếu tố nguy cơ tim mạch vẫn đang có xu hướng gia tăng [1].Tại Việt Nam, bệnh tim mạch là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, chiếm khoảng 33% tổng số ca tử vong hằng năm. Tuy nhiên, các nghiên cứu về thai kỳ có bệnh tim còn tương đối hạn chế. Mặc dù đã mô tả đặc điểm lâm sàng và xử trí sản khoa, các nghiên cứu này chưa đánh giá đầy đủ kết cục của mẹ và trẻ sơ sinh, đồng thời chủ yếu được thực hiện tại từng cơ sở hoặc trên từng nhóm bệnh tim riêng biệt.

Đến nay, chưa có nghiên cứu công bố đánh giá một cách hệ thống kết cục thai kỳ ở thai phụ mắc bệnh tim sinh con trong tam cá nguyệt thứ ba tại Bệnh viện Từ Dũ, bệnh viện chuyên khoa sản phụ khoa tuyến cuối khu vực phía Nam, nơi tiếp nhận số lượng lớn thai kỳ nguy cơ cao. Việc đánh giá kết cục thai kỳ ở nhóm đối tượng này sẽ cung cấp bằng chứng thực tiễn về đặc điểm lâm sàng, kết cục của mẹ và trẻ sơ sinh, góp phần hỗ trợ tiên lượng nguy cơ, tối ưu hóa quản lý thai kỳ và hoàn thiện quy trình chăm sóc tại Bệnh viện Từ Dũ. Câu hỏi nghiên cứu: Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với câu hỏi: *"Kết cục thai kỳ ở các thai phụ mắc bệnh tim sinh con trong tam cá nguyệt thứ ba tại Bệnh viện Từ Dũ như thế nào?"* Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá kết cục thai kỳ ở thai phụ mắc bệnh tim sinh con trong tam cá nguyệt thứ ba tại Bệnh viện Từ Dũ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang hồi cứu

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án những thai phụ mắc bệnh lý tim nhập viện sinh trong tam cá nguyệt thứ ba (≥ 28 tuần) tại Bệnh Viện Từ Dũ từ 01/2024 - 12/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Hồ sơ bệnh án những thai phụ được chẩn đoán xác định bệnh lý tim có mã chẩn đoán theo ICD-10. Thai phụ nhập viện và chấm dứt thai kỳ tại Bệnh viện Từ Dũ trong tam cá nguyệt thứ ba (≥ 28 tuần), theo phân loại tuổi thai của ACOG [2].

2.3. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức ước tính cỡ mẫu một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p\,(1-p)}{d^2}$$

- Khoảng tin cậy 95%

- d là độ chính xác lấy d = 0,05

- $Z_{1-\alpha/2}$= 1,96

- p: nghiên cứu ước lượng cỡ mẫu dựa trên nghiên cứu của Gnanaraj Justin Paul năm 2023 [1]: Biến cố tim mạch: 15,2% (n=199). Tỷ lệ kết cục xấu của con chung là 33,7% (n=344)

Trong nghiên cứu chọn n=344 là cỡ mẫu trong nghiên cứu.

2.4. Quy trình nghiên cứu

- Bước 1: Sàng lọc hồ sơ bệnh án, lập danh sách thai phụ mắc bệnh tim sinh tại Bệnh viện Từ Dũ giai đoạn 01/2021–12/2025 từ phần mềm quản lý bệnh viện và kho lưu trữ hồ sơ bệnh án. Hồ sơ bệnh án những thai phụ được chẩn đoán xác định bệnh lý tim có mã chẩn đoán theo ICD-10:

+ Bệnh tim bẩm sinh

+ Bệnh lý cơ tim

+ Bệnh lý van tim

+ Bệnh lý tim khác

- Bước 2: Lựa chọn các trường hợp đủ tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

- Bước 3: Nghiên cứu thử trên 10 hồ sơ bệnh án để hoàn thiện phiếu thu thập số liệu.

- Bước 4: Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án theo phiếu nghiên cứu, bao gồm đặc điểm lâm sàng, bệnh tim, quá trình mang thai, phương pháp sinh và kết cục của mẹ và trẻ sơ sinh.

+ Kết cục thai kỳ xấu của mẹ: được định nghĩa là sự xuất hiện của ít nhất một biến cố bất lợi ở mẹ, bao gồm biến cố tim mạch (suy tim, phù phổi cấp, cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất, ngoại tâm thu nhĩ, rung nhĩ), biến cố sản khoa (nhiễm khuẩn hậu sản, băng huyết sau sinh, vỡ tử cung, nhiễm trùng ối, nhau bong non), nhập ICU, chuyển viện điều trị hoặc tử vong mẹ [3].

+ Kết cục thai kỳ xấu của trẻ: được định nghĩa là sự xuất hiện của ít nhất một trong các biến cố sau: Apgar 5 phút <7 điểm, nhập NICU do nguyên nhân từ trẻ hoặc thai lưu/tử vong sơ sinh trong thời gian nằm viện [3].

2.5. Xử lý số liệu: Biến định tính được trình bày bằng tần số, tỷ lệ (%); biến định lượng bằng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) tùy theo phân phối. Hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan, kết quả trình bày bằng OR hiệu chỉnh (OR*) và khoảng tin cậy 95%, với ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu y sinh: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Từ Dũ số 384/BVTD-HĐĐĐ ngày 03/03/2026.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2024 đến 12/2025, chúng tôi thực hiện nghiên cứu hồi cứu tại Kho lưu trữ hồ sơ bệnh án Bệnh viện Từ Dũ. Trong 399 hồ sơ thai phụ có chẩn đoán bệnh tim, có 366 hồ sơ đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong 366 thai phụ mắc bệnh tim sinh con trong tam cá nguyệt thứ ba, tuổi trung bình là 31,6 ± 5,9 tuổi; nhóm 18–34 tuổi chiếm đa số (68,3%). Phần lớn thai phụ cư trú tại TP. Hồ Chí Minh (70,8%), làm nghề buôn bán/nội trợ (43,4%) và thuộc dân tộc Kinh (95,4%).

Bảng 1: Đặc điểm bệnh tim mang thai và điều trị trước sinh

Nội dung		Tần số (n=366)	Tỷ lệ (%)
Bệnh tim	Bệnh lý cơ tim	22	6,0
	Bệnh lý van tim	131	35,8
	Bệnh tim bẩm sinh	111	30,3
	Rối loạn nhịp tim	142	38,8
	Bệnh lý tim khác	18	4,9
Điều trị bệnh tim trước sinh	Không/ không ghi nhận	227	75,7
	Thuốc (nội khoa)	89	24,3
	Phẫu thuật tim (ngoại khoa)	25	6,8
mWHO	I	127	34,7
	II	136	37,2
	II-III	36	9,8
	III	38	10,4
	IV	29	7,9

Nhận xét: Rối loạn nhịp tim (38,8%), bệnh van tim (35,8%) và bệnh tim bẩm sinh (30,3%) là các nhóm bệnh thường gặp nhất. Phần lớn thai phụ không ghi nhận điều trị bệnh tim trước sinh (75,7%). Theo phân loại mWHO, nhóm II tỷ lệ cao nhất (37,2%) và nhóm I (34,7%).

3.2. Mối liên quan đến kết cục thai kỳ của mẹ

Các biến có giá trị p < 0,20 trong phân tích hồi quy logistic đơn biến (8 biến số) được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến nhằm kiểm soát các yếu tố nhiễu và xác định các yếu tố liên quan độc lập với kết cục thai kỳ xấu của mẹ.

Bảng 2: Mô hình hồi quy đa biến đến kết cục thai kỳ của mẹ

Biến số	Kết cục xấu n=76 (%)	Kết cục tốt n=290 (%)	OR (KTC95%)	aOR (KTC95%)	p
Bệnh lý cơ tim					
Không	65 (18,9)	279 (81,1)	1	1	
Có	11 (50,0)	11 (50,0)	4,3 (1,8–10,4)	**2,9 (1,1–7,6)**	**0,033**
Phân tầng nguy cơ mWHO					
I	28 (13,5)	180 (86,5)	1	1	
≥II	48 (30,4)	110 (69,6)	2,3 (1,3–4,2)	**2,2 (1,2–4,3)**	**0,013**

p: Kiểm định hồi quy đa biến logistic

Nhận xét: bệnh lý cơ tim (aOR = 2,9; KTC 95%: 1,1–7,6; p = 0,033) và mWHO ≥ II (aOR = 2,2; KTC 95%: 1,2–4,3; p = 0,013) cũng có liên quan với kết cục thai kỳ xấu.

3.3. Mối liên quan đến kết cục thai kỳ của con

Các biến có giá trị p < 0,20 trong phân tích hồi quy logistic đơn biến (14 biến số) được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến nhằm kiểm soát các yếu tố nhiễu và xác định các yếu tố liên quan độc lập với kết cục thai kỳ xấu của con.

Bảng 3: Mô hình hồi quy đa biến đến kết cục xấu của con

Biến số	Kết cục xấu n=36 (%)	Kết cục tốt n=330(%)	OR (KTC95%)	aOR (KTC95%)	p
Bạch cầu (×10^9/L)					
<15,0	29 (8,3)	319 (91,7)	1	1	
≥15,0	7 (38,9)	11 (61,1)	7,0 (2,5–19,4)	**11,9 (2,6–55,1)**	**0,002**
Thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung					
Không	20 (6,1)	306 (93,9)	1	1	
Có	16 (40,0)	24 (60,0)	11,8 (5,6–24,9)	**4,3 (1,4–13,2)**	**0,010**
Tuổi thai khi sinh					
≥37 tuần	12 (4,1)	282 (95,9)	1	1	
<37 tuần	24 (33,3)	48 (66,7)	27,7 (11,4–67,1)	**15,2 (4,9–46,2)**	**<0,001**

p: Kiểm định hồi quy đa biến logistic

Nhận xét: bạch cầu máu ≥15,0 K/uL (aOR = 11,9), thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung (aOR = 4,3) và sinh trước 37 tuần (aOR = 15,2) là các yếu tố liên quan độc lập với kết cục thai kỳ xấu của trẻ (đều p < 0,05).

3.4. So sánh thai phụ mắc bệnh tim với quần thể chung Bệnh viện Từ Dũ năm 2025

Theo thống kê tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2025, có 52.050 thai phụ nhập viện sinh, trong đó 224 trường hợp mắc bệnh tim, chiếm 0,43%. Số liệu được trích lục từ Phòng Kế hoạch Tổng hợp và Báo cáo tổng kết Bệnh viện Từ Dũ năm 2025, làm cơ sở so sánh với quần thể sản phụ chung (Bảng 4).

Bảng 4: So sánh thai phụ mắc bệnh tim với quần thể chung Bệnh viện Từ Dũ năm 2025

Thông số	Năm 2025 (n=52.050) (%)	Bệnh tim (n=366) (%)	p
Đối với sản phụ			
Tiền sản giật	2916 (5,6)	39 (10,7)	**<0,001**[2]
Hc HELLP	31 (0,059)	2 (0,3)	**0,022**[2]
Sản giật	33 (0,063)	0	1,000[2]
Băng huyết sau sinh	821 (1,6)	4 (1,1)	0,458[1]
Nhiễm khuẩn hậu sản	239 (0,5)	12 (3,3)	**<0,001**[2]
Suy tim	10 (0,02)	4 (1,1)	**<0,001**[2]
Phù phổi cấp	4 (0,008)	1 (0,3)	**0,034**[2]
Sinh giúp	376 (0,7)	6 (1,6)	0,053[2]
Sinh mổ	26877 (51,6)	263 (72,2)	**<0,001**[1]
Sinh thường	19921 (38,3)	97 (26,5)	**<0,001**[1]
Đối với thai và sơ sinh			
Sinh non 28 < 37 tuần	7723 (14,8)	72 (19,7)	0,010[1]
Nhập NICU	2849 (5,5)	34 (9,3)	0,001[1]
Tử vong sơ sinh	294 (0,6)	0	0,278[2]

[1] Kiểm định Chi-Square [2] Fisher's exact test

Nhận xét: So với quần thể sản phụ chung tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2025, thai phụ mắc bệnh tim có tỷ lệ tiền sản giật, hội chứng HELLP, nhiễm khuẩn hậu sản, suy tim, phù phổi cấp, sinh mổ, sinh non và trẻ nhập NICU cao hơn (p < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu trên 366 thai phụ mắc bệnh tim sinh con từ ≥28 tuần tại Bệnh viện Từ Dũ, rối loạn nhịp tim (38,8%), bệnh van tim (35,8%) và bệnh tim bẩm sinh (30,3%) là ba nhóm bệnh thường gặp nhất. Phần lớn thai phụ thuộc nhóm nguy cơ tim mạch mWHO I–II (71,9%). Kết quả này cho thấy mô hình bệnh tim trong thai kỳ có sự đa dạng, trong đó rối loạn nhịp và bệnh tim bẩm sinh ngày càng được ghi nhận nhiều hơn nhờ những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị tim mạch. Tuy nhiên, bệnh van tim vẫn chiếm tỷ lệ cao, có thể liên quan đến gánh nặng bệnh thấp tim còn tồn tại tại các quốc gia đang phát triển. Kết quả tương đồng với báo cáo của ESC và nghiên cứu của Gnanaraj Justin Paul và cộng sự, trong đó bệnh van tim vẫn là nhóm bệnh phổ biến ở thai phụ tại Ấn Độ [1, 4].

Đối với kết cục của mẹ, bệnh cơ tim là yếu tố liên quan độc lập với kết cục thai kỳ xấu (aOR = 2,9; KTC95%: 1,1–7,6; p = 0,033). Bệnh cơ tim có thể làm giảm dự trữ chức năng tim, trong khi những thay đổi huyết động của thai kỳ làm tăng gánh nặng tuần hoàn, từ đó làm tăng nguy cơ mất bù tim mạch. Nghiên cứu gần đây của Partani và cộng sự cũng ghi nhận bệnh cơ tim làm tăng nguy cơ biến cố tim mạch trong thai kỳ sau khi hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu [5]. Vì vậy, thai phụ mắc bệnh cơ tim cần được đánh giá chức năng tim và theo dõi chặt chẽ trong suốt thai kỳ, đặc biệt ở giai đoạn cuối thai kỳ và hậu sản sớm. Bên cạnh bệnh cơ tim, phân loại nguy cơ tim mạch mWHO ≥ II cũng liên quan độc lập với kết cục xấu ở mẹ (aOR = 2,2; KTC95%: 1,2–4,3; p = 0,013). Phân loại mWHO là công cụ được khuyến cáo để đánh giá nguy cơ tim mạch trước mang thai và trong thai kỳ.

Đối với trẻ sơ sinh, sinh trước 37 tuần là yếu tố liên quan mạnh nhất với kết cục xấu (aOR = 15,2; KTC95%: 4,9–46,2; p < 0,001), tiếp theo là thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung (FGR) (aOR = 4,3; KTC95%: 1,4–13,2) và bạch cầu máu mẹ ≥15 × 10^9/L (aOR = 11,9; KTC95%: 2,6–55,1). Mối liên quan giữa sinh non và kết cục bất lợi ở trẻ phù hợp với các bằng chứng trước đây, do sinh non làm tăng nguy cơ suy hô hấp, điểm Apgar thấp, nhập NICU và các biến chứng sơ sinh khác. Nghiên cứu của Svanvik và cộng sự cũng ghi nhận thai phụ mắc bệnh tim có nguy cơ sinh non và trẻ nhập NICU cao hơn so với quần thể chung [6]. FGR làm tăng hơn bốn lần nguy cơ kết cục xấu ở trẻ. Ở thai phụ mắc bệnh tim, tình trạng giảm tưới máu tử cung–nhau thai có thể ảnh hưởng đến sự tăng trưởng của thai. ESC và ISUOG đều xem FGR là một chỉ dấu quan trọng của suy giảm chức năng bánh nhau và nguy cơ biến cố chu sinh [4, 7].

So với quần thể sản phụ chung tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2025, thai phụ mắc bệnh tim có tỷ lệ cao hơn về tiền sản giật, hội chứng HELLP, nhiễm khuẩn hậu sản, suy tim, phù phổi cấp, sinh mổ, sinh non và trẻ nhập NICU. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế, cho thấy bệnh tim ở mẹ làm gia tăng nguy cơ biến chứng sản khoa và chu sinh [8]. Mặc dù tỷ lệ tử vong mẹ và sơ sinh trong nghiên cứu thấp, sự gia tăng các biến chứng vẫn cho thấy đây là nhóm thai kỳ nguy cơ cao, cần được quản lý tại các cơ sở có khả năng phối hợp giữa sản khoa, tim mạch, gây mê hồi sức và sơ sinh.

Nghiên cứu có một số hạn chế do thiết kế hồi cứu, phụ thuộc vào chất lượng hồ sơ bệnh án và được thực hiện tại một bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối nên khả năng khái quát còn hạn chế. Tuy nhiên, nghiên cứu cung cấp thêm bằng chứng về các yếu tố liên quan đến kết cục bất lợi ở mẹ và trẻ trong thai kỳ có bệnh tim, góp phần hỗ trợ phân tầng nguy cơ và quản lý thai kỳ đa chuyên khoa

V. KẾT LUẬN

Thai phụ mắc bệnh tim tại Bệnh viện Từ Dũ chủ yếu thuộc nhóm nguy cơ tim mạch mWHO I–II, với rối loạn nhịp tim là bệnh lý thường gặp nhất. Kết cục thai kỳ xấu gặp ở 20,8% sản phụ và 9,8% trẻ sơ sinh. Bệnh cơ tim và mWHO ≥ II là các yếu tố liên quan độc lập với kết cục xấu của mẹ; trong khi bạch cầu máu ≥15,0 K/uL, thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung và sinh trước 37 tuần là các yếu tố liên quan độc lập với kết cục xấu của trẻ. So với quần thể chung, thai phụ mắc bệnh tim có tỷ lệ tiền sản giật, nhiễm khuẩn hậu sản, sinh mổ, sinh non và trẻ nhập NICU cao hơn, cho thấy cần được quản lý thai kỳ theo mô hình đa chuyên khoa và phân tầng nguy cơ ngay từ đầu thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Justin Paul, G., et al.,** Pregnancy outcomes in women with heart disease: the Madras Medical College Pregnancy And Cardiac (M-PAC) Registry from India. European Heart Journal, 2023. 44(17): p. 1530-1540.
2. **ACOG,** Committee Opinion No 700: Methods for Estimating the Due Date. Obstet Gynecol, 2017. 129(5): p. e150-e154.
3. **Herman, D., et al.,** Composite adverse outcomes in obstetric studies: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth, 2021. 21(1): p. 107.
4. **De Backer, J., et al.,** 2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy. Eur Heart J, 2025. 46(43): p. 4462-4568.
5. **Partani, E., et al.,** Pregnancy Outcomes in Women With Cardiovascular Disease:A Retrospective Cohort Study from Kaiser Permanente Northern California. The American Journal of Cardiology, 2026. 264: p. 7-13.
6. **Svanvik, T., et al.,** Cardiovascular disease in pregnancy: Prevalence and obstetric outcomes in a Swedish population-based cohort study between 2000 and 2019. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 2024. 103(12): p. 2401-2411.
7. **Lees, C.C., et al.,** ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, 2020. 56(2): p. 298-312.
8. **Aracil Moreno, I., et al.,** Maternal and Perinatal Outcomes in Pregnant Women with Heart Disease: A Case—Control Study. Journal of Clinical Medicine, 2024. 13(17): p. 5084.