

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐA ỒI TRONG 3 THÁNG CUỐI CỦA THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH, TỈNH HƯNG YÊN NĂM 2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị đa ối trong 3 tháng cuối của thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình năm 2025.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu được thực hiện trên 89 hồ sơ bệnh án của thai phụ được chẩn đoán đa ối từ tuần thai thứ 28 trở lên, điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình từ tháng 01/2025 đến tháng 12/2025.

Kết quả: Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 30–34 tuổi (31,5%), tiếp theo là 25 – 29 tuổi (28,1%). Đa số thai phụ vào viện ở tuổi thai 37– 41 tuần (73,0%). Đa ối mức độ nhẹ chiếm chủ yếu (83,2%), đa ối trung bình chiếm 14,6% và đa ối nặng chiếm 2,2%. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là căng tức bụng, đau mỏi thắt lưng (44,4%), dấu hiệu chuyển dạ chiếm 39,3%. Đái tháo đường thai kỳ là bệnh lý kèm theo phổ biến nhất (23,6%). Biến chứng trước đẻ thường gặp nhất là ối vỡ (34,8%). Tỷ lệ đẻ đủ tháng đạt 82,0%. Thai phụ có đa ối trung bình - nặng có nguy cơ đẻ non cao gấp khoảng 70 lần so với nhóm đa ối nhẹ (OR = 70,0; KTC95%: 13,9 – 351,2). Phần lớn trường hợp không cần điều trị thuốc đẻ (67,4%).

Kết luận: Đa ối trong 3 tháng cuối thai kỳ chủ yếu gặp ở mức độ nhẹ và thường phát hiện ở tuổi thai đủ tháng. Triệu chứng lâm sàng thường không điển hình, đa số là căng tức bụng và dấu hiệu chuyển dạ. Biến chứng thường gặp nhất là ối vỡ non/vỡ sớm. Kết quả nghiên cứu gợi ý việc theo dõi sát và xử trí phù hợp có vai trò quan trọng trong quản lý thai phụ đa ối.

Từ khóa: Đa ối, chỉ số ối, ba tháng cuối của thai kỳ, kết quả điều trị.

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF POLYHYDRAMNIOS DURING THE THIRD TRIMESTER OF PREGNANCY AT THAI BINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL, HUNG YEN PROVINCE, IN 2025

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

*Tác giả liên hệ: Đinh Văn Hoàn

Email: dinhvanhoanhtb@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/4/2026

Ngày phản biện: 15/6/2026

Ngày duyệt bài: 21/6/2026

Đinh Văn Hoàn^{1*}, Bùi Minh Tiến¹

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical characteristics, paraclinical features, and evaluate treatment outcomes of polyhydramnios in the third trimester of pregnancy at Thai Binh Maternity Hospital in 2025.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 89 medical records of pregnant women diagnosed with polyhydramnios from 28 weeks of gestation onward and treated at Thai Binh Maternity Hospital from January 2025 to December 2025. Polyhydramnios was diagnosed based on ultrasound findings with an amniotic fluid index (AFI) \geq 25 cm. Data regarding clinical characteristics, paraclinical findings, treatment methods, and pregnancy outcomes were collected and analyzed using SPSS 25.0 software.

Results: The most common maternal age group was 30 - 34 years (31,5%), followed by 25–29 years (28.1%). Most pregnant women were admitted at a gestational age of 37 - 41 weeks (73,0%). Mild polyhydramnios accounted for the majority of cases (83,2%), while moderate and severe polyhydramnios accounted for 14,6% and 2,2%, respectively. The most frequently reported symptoms were abdominal distension and low back pain (44.4%), followed by signs of labor (39.3%). Gestational diabetes mellitus was the most common associated condition (23.6%). Premature rupture of membranes was the most frequent antepartum complication (34.8%). The term delivery rate was 82.0%. Women with moderate-to-severe polyhydramnios had approximately 70 times higher odds of preterm birth compared with those with mild polyhydramnios (OR = 70,0; 95% CI: 13,9 – 351,2). Most cases did not require pharmacological treatment before delivery (67,4%).

Conclusions: Polyhydramnios in the third trimester was mainly mild and commonly detected at term pregnancy. Clinical symptoms included abdominal discomfort and signs of labor. Premature rupture of membranes was the most common complication. These results suggest that close follow-up and appropriate clinical management

are essential for improving pregnancy outcomes in women with polyhydramnios.

Keywords: Polyhydramnios, amniotic fluid index, third trimester pregnancy, treatment outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa ối là tình trạng tăng quá mức lượng nước ối trong buồng tử cung, được chẩn đoán khi chỉ số nước ối (AFI) ≥ 25 cm hoặc cung ối sâu nhất ≥ 8 cm trên siêu âm. Đây là một bệnh lý sản khoa trong sản khoa, chiếm khoảng 1 % tổng số thai kỳ [1]. Cơ chế bệnh sinh của đa ối liên quan đến sự mất cân bằng giữa quá trình sản xuất và hấp thu nước ối, trong đó các nguyên nhân thường gặp bao gồm đái tháo đường thai kỳ, dị tật bẩm sinh của thai nhi, bất thường nhiễm sắc thể, đa thai và đa ối vô căn [2].

Đa ối có thể gây nhiều biến chứng nghiêm trọng cho cả mẹ và thai nhi như đẻ non, vỡ ối non, sa dây rốn, ngôi bất thường, suy thai cấp, băng huyết sau sinh và tăng tỷ lệ mổ lấy thai [1], [2]. Mức độ nguy cơ thường tăng lên ở nhóm đa ối trung bình và nặng. Theo Siveregi và cộng sự (2025), các kết cục bất lợi trong thai kỳ có xu hướng tăng rõ theo mức độ đa ối [3]. Vì vậy, việc phát hiện sớm, đánh giá nguyên nhân và theo dõi chặt chẽ các trường hợp đa ối có ý nghĩa quan trọng trong thực hành sản khoa nhằm giảm tỷ lệ biến chứng mẹ và con.

Hiện nay, siêu âm là phương pháp chủ yếu để chẩn đoán và theo dõi đa ối, giúp đánh giá mức độ tăng nước ối cũng như phát hiện các bất thường phối hợp của thai nhi [1]. Những tiến bộ trong siêu âm và sàng lọc trước sinh đã góp phần nâng cao khả năng phát hiện nguyên nhân cũng như tiên lượng kết cục thai kỳ ở các trường hợp đa ối.

Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu đề cập đến đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí đa ối. Phạm Chí Kông và Trần Hữu Toán (2021) nghiên cứu các trường hợp đa ối ba tháng cuối và ghi nhận đa ối nhẹ chiếm đa số, trong khi nguy cơ biến chứng tăng rõ ở nhóm đa ối nặng [4]. Gần đây, Vũ Thị Hằng (2025) cũng cho thấy đa ối liên quan đến tỷ lệ cao mổ lấy thai, đẻ non và một số biến chứng sơ sinh [5]. Tuy nhiên, các nghiên cứu về đa ối tại tuyến tỉnh còn tương đối hạn chế, đặc biệt tại khu vực đồng bằng Bắc Bộ.

Tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình, tỉnh Hưng yên chưa có nghiên cứu hệ thống nào đánh giá đầy đủ đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị đa ối trong ba tháng cuối thai kỳ. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm góp phần cung cấp cơ sở khoa học cho việc phát

hiện sớm, theo dõi và xử trí hiệu quả các trường hợp đa ối, từ đó nâng cao chất lượng chăm sóc thai kỳ và giảm các biến chứng cho mẹ và thai nhi.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của các thai phụ được chẩn đoán và điều trị đa ối tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình từ ngày 01/01/2025 đến ngày 31/12/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Thai phụ có tuổi thai từ 28 tuần trở lên
- Được chẩn đoán đa ối trên siêu âm với chỉ số ối AFI ≥ 25 cm
- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu
- Sinh và điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình

Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin cần thiết
- Không có kết quả siêu âm xác định đa ối
- Thai phụ được chẩn đoán đa ối nhưng sinh tại cơ sở khác
- Bệnh nhân chuyển tuyến sau đẻ

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- **Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Phụ sản Thái Bình
- **Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 01/2025 đến tháng 12/2025

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ, chọn toàn bộ hồ sơ thỏa mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Trong quá trình thu thập số liệu từ mã ICD, phần mềm bệnh viện chúng tôi thu thập được 93 hồ sơ có chẩn đoán đa ối. Tuy nhiên có 4 hồ sơ bị loại vì có tiêu chuẩn loại trừ, không đủ thông tin nghiên cứu.

Tổng số đối tượng nghiên cứu hợp lệ được thu thập là 89 trường hợp.

* Các biến số nghiên cứu

- **Đặc điểm chung:** tuổi mẹ, tiền sử sản khoa, số lượng thai
- **Đặc điểm lâm sàng:** triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể
- **Đặc điểm cận lâm sàng:** chỉ số AFI
- Phương pháp điều trị trước đẻ
- Phương pháp kết thúc thai kỳ

- Kết quả sơ sinh sau đẻ

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập được mã hóa và nhập liệu trên phần mềm EPIDATA 3.1 sau đó được xuất sang phần mềm phân tích thống kê SPSS 25.0 để phân tích.

Các kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng tần xuất và tỷ lệ phần trăm (%); giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Sử dụng test Khi bình phương (Chi - squared) để so sánh tỷ lệ phần trăm giữa các biến số định tính. Khi giá trị mong đợi của ít nhất 1 ô nhỏ hơn 5, kiểm định Fisher's exact được sử dụng. Sử dụng

kiểm định Student's t để so sánh sự khác biệt về giá trị trung bình của hai nhóm. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được Hội đồng xét duyệt đề cương (quyết định số 2252/QĐ-YDTB ngày 21/11/2025) của Trường Đại học Y Dược Thái Bình thông qua và cho phép thực hiện. Được sự đồng ý cho tiến hành nghiên cứu của Ban Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Thái Bình.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đa ối

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng khi nhập viện (n =89)

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khó thở	17	19,1
Dấu hiệu chuyển dạ, đau bụng, ra máu	35	39,3
Căng tức bụng, Đau mỗi thất lưng	40	44,4

- Triệu chứng thường gặp nhất là căng tức bụng, đau mỗi thất lưng (44,4%),
- Dấu hiệu chuyển dạ (39,3%). Triệu chứng khó thở chiếm tỷ lệ 19,1%

Bảng 2. Triệu chứng thực thể khi nhập viện

Triệu chứng	Số lượng(n)	Tỷ lệ (%)	
Cao tử cung (cm)	< 30	2	2,2
	30 - 35	78	87,6
	> 35	9	10,1
Vòng bụng (cm)	< 90	0	0
	90 - 100	35	39,3
	> 100	54	60,7
Ngôi thai	Đầu	72	80,9
	Mông	15	16,9
	Ngang	2	2,2
CTC (cm)	Kín	54	60,7
	1 - 3	25	28,1
	> 3	10	11,2

- Cao tử cung: Chủ yếu ở mức 30 – 35 cm (87,6%), các mức khác chiếm tỷ lệ thấp.
- Vòng bụng: Phần lớn có vòng bụng > 100 cm (60,7%)
- Ngôi thai: Chủ yếu là ngôi đầu (80,9%); ngôi mông (16,9%) và ngôi ngang (2,2%) ít gặp.
- Cổ tử cung (CTC): Đa số CTC còn kín (60,7%), tỷ lệ CTC mở > 3 cm (11,2%).

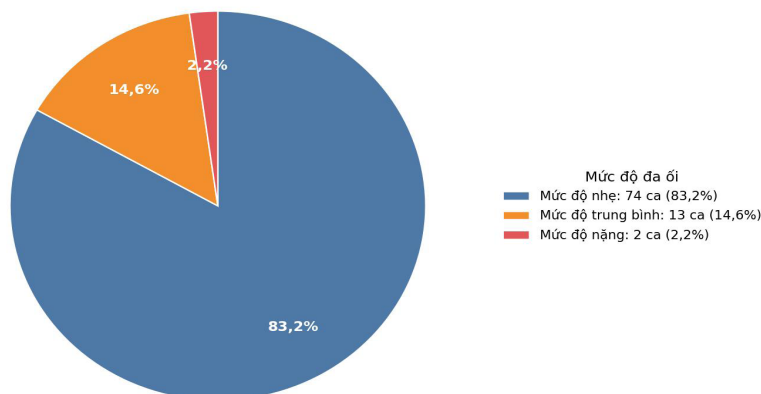
Bảng 3. Bệnh lý liên quan kèm theo (n =89)

Bệnh lý	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thiếu máu	3	3,4
Tiền sản giật	5	5,6
Đái tháo đường thai kỳ	21	23,6

* ghi chú: có đối tượng nghiên cứu mắc nhiều bệnh cùng lúc

- Đái tháo đường thai kỳ là bệnh lý kèm theo thường gặp nhất (23,6%).
- Tiền sản giật (5,6%) và thiếu máu (3,4%) chiếm tỷ lệ thấp.

Biểu đồ 1. Mức độ đa ối theo siêu âm chỉ số ối (AFI)



- Đa ối mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ chủ yếu (83,2%)
- Đa ối mức độ trung bình (14,6%) gặp ít hơn, trong khi mức độ nặng rất hiếm (2,2%).

Bảng 4. Tình trạng thai nhi

Tình trạng thai		Số lượng(n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai khi vào viện (tuần) (n =89)	28 - 32	1	1,1
	33 - 36	23	25,9
	37 - 41	65	73,0
Tuổi thai khi đẻ (tuần) (n =89)	33 - 36	16	18,0
	37 - 41	73	82,0
Số thai khi mang (n = 89)	1	86	96,6
	2	3	3,4

- Đa số sản phụ đa ối nhập viện ở tuổi thai từ 37- 41 tuần, chiếm tỷ lệ cao nhất 73,0%.
- Sau thời gian theo dõi điều trị tuổi thai khi sinh ở nhóm 37- 41 tuần cũng chiếm tỷ lệ cao nhất 82,0%; Không có trường hợp sinh ở tuổi thai 28–32 tuần.
- Phần lớn là đơn thai với 96,6%, trong khi hai thai chỉ chiếm 3,4%. Không có trường hợp nào mang 3 thai trở lên.

Bảng 3.5. Biến chứng trước đẻ của đa ối (n = 89)

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ói vỡ	31	34,8
Sa dây rốn - sa chi	1	1,1
Ngôi bất thường	14	15,7
Đẻ non	16	18,0

- Ói vỡ là biến chứng thường gặp nhất (34,8%).
- Đẻ non (18,0%) và ngôi bất thường (15,7%) gặp với tỷ lệ trung bình.
- Sa dây rốn/sa chi chiếm tỷ lệ thấp (1,1%).

3.2. Kết quả điều trị đa ối

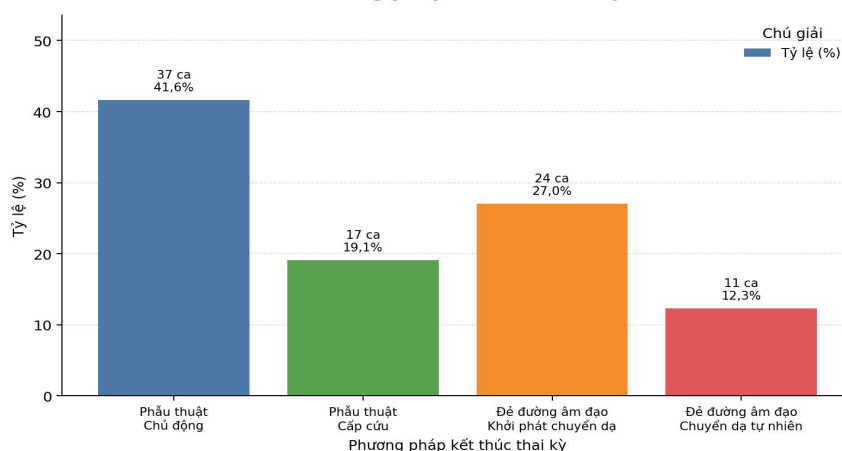
Bảng 6. Điều trị đa ối trước đẻ (n = 89)

Thuốc, phương pháp điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thuốc giảm co tử cung	26	29,2
Thuốc trưởng thành phổi	8	9,0
Không điều trị thuốc	60	67,4

* ghi chú: có đối tượng nghiên cứu kết hợp nhiều phương pháp điều trị

- Thuốc giảm co tử cung được sử dụng ở 29,2% trường hợp.
- Thuốc trưởng thành phổi ít được sử dụng (9,0%)
- Không ghi nhận trường hợp nào chọc ối và dùng Indomethacine

Biểu đồ 2. Phương pháp kết thúc thai kỳ của đa ối



- Phẫu thuật chiếm tỷ lệ chủ yếu (60,7%), trong đó mổ chủ động (41,6%) cao hơn mổ cấp cứu (19,1%).
- Đẻ đường âm đạo chiếm 39,3%, với khởi phát chuyển dạ (27,0%).

Bảng 7. Biến chứng sau đẻ của đa ối

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không biến chứng	78	87,6
Đờ tử cung	8	9,0
Nhiễm trùng	3	3,4
Tổng số	89	100,0

Đờ tử cung (9,0%) là biến chứng thường gặp nhất, nhiễm trùng chiếm tỷ lệ là 3,4%.

Bảng 8. Liên quan giữa mức độ đa ối và đẻ non

Mức độ đa ối	Đẻ non (< 37 tuần) n(%)	Đẻ đủ tháng (≥ 37 tuần) n(%)	OR (KTC 95%)	P
Nhẹ	4 (5,4)	70 (94,6)	1,0	< 0,001
Trung bình - nặng	12 (80,0)	3 (20)	70,0(13,9-351,2)	
Tổng số	16 (100)	73 (100)		

Tỷ lệ đẻ non ở nhóm đa ối trung bình - nặng là 80,0%, cao hơn đáng kể so với nhóm đa ối nhẹ (5,4%). Thai phụ có đa ối trung bình - nặng có nguy cơ đẻ non cao gấp khoảng 70 lần so với nhóm đa ối nhẹ (OR = 70,0; KTC95%: 13,9–351,2). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Fisher's Exact Test, p < 0,001).

Bảng 9. Bệnh lý của sơ sinh sau đẻ (n =92)

Bệnh lý của sơ sinh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sơ đẻ non tháng	16	17,4
Dị tật bẩm sinh	1	1,1
Vàng da	22	23,9
Suy hô hấp	5	5,4
Nhiễm trùng sơ sinh	2	2,2

* ghi chú: Có 3 ca song thai nên tổng số sơ sinh được nghiên cứu là 92

- Vàng da là bệnh lý thường gặp nhất (23,9%), Sơ đẻ non tháng (17,4%).

- Các bệnh lý khác như suy hô hấp (5,4%), nhiễm trùng sơ sinh (2,2%) và dị tật bẩm sinh (1,1%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đa ối

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là căng tức bụng và đau mỗi thất lưng (44,4%), tiếp theo là các dấu hiệu dọa chuyển dạ như đau bụng, ra máu âm đạo (39,3%), khó thở chiếm 19,1%; tuy nhiên vẫn có tới 34,8% trường hợp không có triệu chứng rõ ràng. Kết quả này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của đa ối khi lượng nước ối tăng làm tử cung căng giãn quá mức, gây tăng áp lực ổ bụng, chèn ép cơ hoành và tạo cảm giác khó chịu cho thai phụ. Nghiên cứu của Phạm Chí Kông và Trần Hữu Toán (2021) cũng ghi nhận triệu chứng căng tức bụng và đau mỗi vùng thất lưng là biểu hiện lâm sàng thường gặp ở các trường hợp đa ối ba tháng cuối [4]. Tỷ lệ không triệu chứng tương đối cao cho thấy nhiều trường hợp đa ối hiện nay được phát hiện tình cờ qua siêu âm thai định kỳ, phản ánh vai trò ngày càng quan trọng của siêu âm trong quản lý thai nghén.

Về triệu chứng thực thể, phần lớn sản phụ có chiều cao tử cung từ 30 - 35 cm (87,6%) và vòng bụng > 100 cm chiếm 60,7%. Điều này phản ánh tình trạng tử cung phát triển vượt quá tuổi thai do tăng thể tích nước ối. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, tăng nhanh chiều cao tử cung và vòng bụng là những dấu hiệu lâm sàng gợi ý đa ối cần được đánh giá bằng siêu âm để xác định mức độ bệnh [1]. Ngôi đầu vẫn chiếm ưu thế với 80,9%, trong khi ngôi mông và ngôi ngang chiếm tỷ lệ thấp hơn. Kết quả này có thể liên quan đến việc đa số trường hợp trong nghiên cứu thuộc nhóm đa ối nhẹ nên chưa ảnh hưởng nhiều đến tư thế thai. Theo nghiên cứu Wu và Chen (2024) cho thấy ở đa ối trung bình và nặng, nguy cơ ngôi bất thường tăng lên do thai di động nhiều trong buồng tử cung [6].

Đa số bệnh nhân nhập viện khi cổ tử cung còn đóng hoặc chưa thuận lợi cho chuyển dạ, với

60,7% cổ tử cung còn kín và chỉ 11,2% mở trên 3 cm; đầu ối còn nguyên chiếm 57,3%. Điều này cho thấy nhiều trường hợp được nhập viện để theo dõi nguy cơ chuyển dạ sớm hơn là đã vào chuyển dạ thực sự. Theo Hướng dẫn quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản, thai phụ đa ối cần được theo dõi sát nguy cơ dọa đẻ non và vỡ ối non do tình trạng căng giãn tử cung kéo dài [1].

Trong các bệnh lý kèm theo, đái tháo đường thai kỳ chiếm tỷ lệ cao nhất (23,6%), cao hơn nhiều so với tiền sản giật (5,6%) và thiếu máu (3,4%). Đây là kết quả có ý nghĩa lâm sàng quan trọng vì đái tháo đường thai kỳ được xem là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất của đa ối. Tăng glucose máu của mẹ gây tăng glucose máu thai nhi, từ đó làm tăng bài niệu của thai và dẫn đến tăng thể tích nước ối [6]. Nghiên cứu của Sadullah Özkan và Murat Levent Dereli (2024) nhấn mạnh rằng đa ối liên quan đái tháo đường thai kỳ khởi phát muộn có nguy cơ thai to, mổ lấy thai và biến chứng sơ sinh cao hơn so với đa ối vô căn [7]. Điều này cho thấy cần tầm soát rối loạn dung nạp glucose đầy đủ ở các trường hợp đa ối, kể cả khi xuất hiện muộn ở ba tháng cuối của thai kỳ.

Kết quả siêu âm cho thấy đa ối mức độ nhẹ chiếm ưu thế tuyệt đối với 83,2%, đa ối trung bình chiếm 14,6% và đa ối nặng chỉ chiếm 2,2%. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước khi đa số trường hợp đa ối trên lâm sàng là đa ối nhẹ và thường có tiên lượng tốt hơn. Tỷ lệ đẻ non ở nhóm đa ối trung bình - nặng là 80,0%, cao hơn rõ rệt so với nhóm đa ối nhẹ (5,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Nguy cơ đẻ non ở nhóm đa ối trung bình - nặng cao gấp 70 lần so với nhóm đa ối nhẹ (OR = 70,0; KTC95%: 13,9–351,2). Kết quả này phù hợp với cơ chế bệnh sinh khi lượng nước ối tăng nhiều làm tử cung bị

căng giãn quá mức, kích thích hoạt động cơ bóp và làm tăng nguy cơ chuyển dạ đẻ non. Do đó, những trường hợp đa ối trung bình và nặng cần được theo dõi sát để phát hiện sớm các dấu hiệu dọa đẻ non và có biện pháp xử trí kịp thời. Theo Wu và Chen (2024), khoảng 60 –70% trường hợp đa ối là vô căn và phần lớn thuộc nhóm nhẹ [6],[9]. Nghiên cứu của Vũ Thị Hằng (2025) tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội cũng ghi nhận đa ối nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất và có kết cục thai kỳ thuận lợi hơn rõ rệt so với nhóm đa ối trung bình và nặng [5].

Về đặc điểm thai kỳ, Trong nghiên cứu, đa số thai phụ nhập viện ở tuổi thai đủ tháng (73,0%) và tỷ lệ sinh đủ tháng chiếm 82,0%. Tuy nhiên, tỷ lệ đẻ non ở nhóm đa ối trung bình - nặng cao hơn rõ rệt so với nhóm đa ối nhẹ (80,0% so với 5,4%; $p < 0,001$). Kết quả này cho thấy mặc dù phần lớn trường hợp được phát hiện ở tuổi thai muộn, mức độ đa ối nặng vẫn làm gia tăng nguy cơ kết thúc thai kỳ sớm. Điều này có thể liên quan đến tình trạng tử cung căng giãn quá mức, làm tăng nguy cơ chuyển dạ đẻ non. Kết quả cũng cho thấy không có trường hợp sinh trước 32 tuần. Đơn thai chiếm 96,6%, hai thai chỉ chiếm 3,4%. Kết quả này cho thấy phần lớn các trường hợp trong nghiên cứu thuộc nhóm tiên lượng thuận lợi. Theo Wu và Chen (2024), đa ối nhẹ, đặc biệt đa ối vô căn, thường không làm tăng đáng kể nguy cơ chấm dứt thai kỳ sớm nếu không kèm bất thường thai nhi hoặc bệnh lý mẹ [6]. Các nghiên cứu của Phạm Chí Kông (2021) và Vũ Thị Hằng (2025) cũng ghi nhận tỷ lệ sinh đủ tháng chiếm ưu thế ở nhóm đa ối nhẹ [4], [5].

4.2. Kết quả điều trị đa ối

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân không cần can thiệp điều trị đặc hiệu trước sinh (67,4%). Điều trị giảm co được sử dụng ở 29,2% trường hợp, thuốc hỗ trợ trưởng thành phổi chỉ chiếm 9,0% và không có trường hợp nào được chọc ối giảm áp. Kết quả này phản ánh đa số bệnh nhân thuộc nhóm đa ối nhẹ nên chủ yếu được theo dõi bảo tồn. Theo Hướng dẫn quốc gia của Bộ Y tế, chọc ối giảm áp chỉ được chỉ định ở các trường hợp đa ối nặng có triệu chứng chèn ép nặng hoặc nguy cơ đẻ non cao vì đây là thủ thuật xâm lấn có thể gây vỡ ối, nhiễm trùng hoặc chuyển dạ sớm. Việc không có trường hợp nào được chọc ối giảm áp trong nghiên cứu là do bệnh nhân trong nghiên cứu của tôi nhóm đa ối mạn tính, tiến triển từ từ và chủ yếu ở mức độ nhẹ. Khác với đa ối cấp thường gặp ở ba tháng giữa với biểu hiện căng tức nhanh,

khó thở nhiều và nguy cơ đẻ non cao, đa ối mạn thường đáp ứng tốt với theo dõi điều trị nội khoa, ít cần can thiệp xâm lấn [1], [5]. Arianna Laoreti và cộng sự (2024) cũng cho thấy chọc ối giảm áp chủ yếu được áp dụng ở nhóm đa ối nặng có triệu chứng, mặc dù có thể cải thiện triệu chứng lâm sàng nhưng vẫn tiềm ẩn nguy cơ biến chứng sản khoa và đẻ non [2].

Tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu là 60,7%, cao hơn sinh đường âm đạo. Kết quả này không chỉ phản ánh ảnh hưởng của đa ối mà còn liên quan đến tỷ lệ đại tháo đường thai kỳ khá cao (23,6%) dẫn đến biến chứng thai to, cùng các chỉ định sản khoa đi kèm khác như ngôi bất thường hoặc nguy cơ suy thai. Đa ối cũng làm tăng nguy cơ biến chứng trong chuyển dạ như sa dây rốn, bất thường cơ co tử cung và suy thai, do đó làm gia tăng xu hướng lựa chọn mổ lấy thai để đảm bảo an toàn cho mẹ và thai nhi. Nghiên cứu của Vũ Thị Hằng (2025) ghi nhận tỷ lệ mổ lấy thai ở sản phụ đa ối lên tới 74,3% [5]. Wu và Chen (2024) cũng cho thấy đa ối làm tăng nguy cơ mổ lấy thai, đặc biệt ở nhóm đa ối trung bình và nặng [6]. Tuy nhiên, ở nhóm đa ối nhẹ không có chống chỉ định sản khoa, sinh đường âm đạo vẫn được xem là lựa chọn an toàn và phù hợp [1].

Biến chứng sau sinh chủ yếu là đờ tử cung với tỷ lệ 9,0%, nhiễm trùng sau sinh chiếm 3,4%; đa số sản phụ không gặp biến chứng (87,6%). Đờ tử cung là biến chứng thường gặp do tử cung bị căng giãn kéo dài bởi lượng nước ối tăng quá mức, làm giảm khả năng co hồi sau sinh [6], [8]. Bộ Y tế cũng xác định đa ối là yếu tố nguy cơ quan trọng của băng huyết sau sinh và khuyến cáo cần chủ động dự phòng bằng thuốc tăng co tử cung ngay sau đẻ [1].

Phân tích mối liên quan giữa mức độ đa ối và đẻ non cho thấy nhóm đa ối trung bình và nặng có tỷ lệ đẻ non cao hơn rõ rệt (80,0%) so với nhóm đa ối nhẹ (5,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đây là kết quả quan trọng, cho thấy mức độ đa ối có giá trị tiên lượng rõ rệt đối với nguy cơ đẻ non. Nghiên cứu của Siveregi và cộng sự (2025) cũng ghi nhận nguy cơ kết cục bất lợi tăng theo mức độ đa ối, đặc biệt ở nhóm trung bình và nặng [7]. Wu và Chen (2024) cho rằng tình trạng tử cung căng giãn quá mức trong đa ối nặng là yếu tố thúc đẩy cơ co tử cung và chuyển dạ sớm [6].

Về kết cục sơ sinh, vàng da sơ sinh là bệnh lý gặp nhiều nhất (23,9%), tiếp theo là sơ đẻ non

tháng (17,4%), suy hô hấp (5,4%), nhiễm trùng sơ sinh (2,2%) và dị tật bẩm sinh (1,1%). Tỷ lệ dị tật bẩm sinh thấp có thể liên quan đến việc phần lớn trường hợp trong nghiên cứu thuộc nhóm đa ối nhẹ và được sàng lọc trước sinh khá đầy đủ. Theo Wu và Chen (2024), nguy cơ dị tật bẩm sinh và bất thường nhiễm sắc thể tăng rõ rệt ở nhóm đa ối nặng hoặc đa ối xuất hiện sớm [6]. Tỷ lệ vàng da và bệnh lý hô hấp ở trẻ sơ sinh trong nghiên cứu chủ yếu liên quan đến đẻ non hơn là do đa ối trực tiếp gây ra. Điều này cũng phù hợp với nhận định của Siveregi và cộng sự (2025), khi cho rằng phần lớn biến chứng sơ sinh ở đa ối liên quan đến hậu quả của đẻ non và bệnh lý nền hơn là do tăng nước ối đơn thuần [7].

V. KẾT LUẬN

Đa ối chủ yếu gặp ở thai phụ 25 - 34 tuổi, tuổi thai khi nhập viện thường gặp khi thai đủ tháng (37– 41 tuần chiếm 73,0%) đồng thời tuổi thai lúc đẻ ở nhóm này cũng chiếm đa số 82%. Đa ối mức độ nhẹ chiếm ưu thế rõ rệt (83,2%), trong khi đa ối nặng rất hiếm (2,2%).

Triệu chứng thường gặp nhất là căng tức bụng, đau mỗi thất lưng và dấu hiệu chuyển dạ, tuy nhiên 34,8% trường hợp không có biểu hiện rõ ràng. Đái tháo đường thai kỳ là bệnh lý phối hợp hay gặp nhất (23,6%), biến chứng trước đẻ chủ yếu là ối vỡ non/vỡ sớm.

Phần lớn bệnh nhân không cần điều trị đặc hiệu trước đẻ, chủ yếu là theo dõi và xử trí sản khoa phù hợp. Tỷ lệ đẻ đủ tháng cao (82,0%), kết quả sơ sinh đa phần là tốt.

Tỷ lệ đẻ non ở nhóm đa ối trung bình - nặng là 80,0%, cao hơn đáng kể so với nhóm đa ối nhẹ (5,4%). Thai phụ có đa ối trung bình - nặng có nguy cơ đẻ non cao gấp khoảng 70 lần so với nhóm đa ối nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2015).** Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Đa ối, Nhà xuất bản Y học. Tr 35-37
- Arianna Laoreti 1,2, Valentina Sala, et al (2024).** Amnioreduction for Polyhydramnios in a Consecutive Series at a Single Center: Indications, Risks and Perinatal Outcomes 11, 502. <https://doi.org/10.3390/children11040502>
- Siveregi A, Horak A, Stewart C et al [2025].** Causes, management and outcomes of polyhydramnios at a secondary level hospital in Cape Town, South Africa. Plos one 20(3): e0317256. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0317256>
- Phạm Chí Kông, Trần Hữu Toán (2021).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí ở sản phụ mang thai đa ối ba tháng cuối. Tạp chí Phụ sản.19(1), Tr 23–29.
- Vũ Thị Hằng (2025).** Đặc điểm lâm sàng và kết quả thai kỳ ở sản phụ đa ối tại Bệnh viện Phụ Hà Nội. Tạp chí Y học Cộng đồng Tr 322 - 327.
- Wu FT, Chen CP. et al [2024]** Too Much of a Good Thing: Updated Current Management and Perinatal Outcomes of Polyhydramnios. Journal of Medical Ultrasound. 32(4):285 -290. doi:10.4103/jmu.jmu_83_24.
- Sadullah Özkan , Murat Levent Dereli, et al (2024).** Isolated polyhydramnios in the third trimester or polyhydramnios secondary to late-onset gestational diabetes: is it worth distinguishing? Rev Assoc Med Bras; 70(6):e20231390. doi: 10.1590/1806-9282.20231390
- Huri, M.; Di Tommaso, M.; Seravalli, et al (2023)** Amniotic Fluid Disorders: From Prenatal Management to Neonatal Outcomes. Children, 10, 561. <https://doi.org/10.3390/children10030561>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2021)** Practice Bulletin No. 234: Fetal Growth Restriction and Amniotic Fluid Disorders. Obstet Gynecol. 138(5):e295 - e313.