

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG 3 THÁNG CUỐI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Tổng Sỹ Lương¹, Trần Thị Thu Hạnh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng thai chết trong tử cung 3 tháng cuối tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu trên 278 bệnh nhân thai chết trong tử cung từ 28 tuần trở lên bằng bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ ngày 1/1/2022 đến ngày 31/12/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ TCTTC 3 tháng cuối trung bình trong 3 năm 2022 - 2024 là 0,48%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $29,4 \pm 5,7$ tuổi, thường gặp nhất trong độ tuổi 20-34 với tỷ lệ 74,8%. Tỷ lệ con sơ chiếm 40,6% và tiền sử có TCTTC chiếm 9,35%. Tuổi thai lưu trung bình là $33,9 \pm 3,6$ tuần, trong đó dưới 38 tuần chiếm 79,9%. Đa phần các bệnh nhân đến khám vì không thấy thai máy với tỷ lệ 74,8%. Bệnh lý tăng huyết áp thai kỳ chiếm tỷ lệ 6,11% trong đó tăng huyết áp mạn tính 2,51% và tiền sản giật 3,6%. Về xét nghiệm máu: 99,3% có xét nghiệm Fibrinogen bình thường, tỷ lệ thiếu máu với Hemoglobin $<110\text{g/l}$ trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 13,3%. **Kết luận:** TCTTC 3 tháng cuối chủ yếu ở độ tuổi sinh sản và ở tuổi thai chưa đủ tháng, đa phần các bệnh nhân nhập viện vì không thấy thai máy. Tăng huyết áp thai kỳ là một trong những yếu tố quan trọng liên quan đến TCTTC 3 tháng cuối. **Từ khóa:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, thai chết trong tử cung.

Viết tắt: TCTTC: thai chết trong tử cung.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF STILLBIRTH IN THE THIRD TRIMESTER AT THE NATIONAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of stillbirth in the third trimester at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Subjects and methods:** Retrospective study on 278 patients with stillbirth from 28 weeks of gestation or more using pre-designed medical records at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January, 1st 2022 to December, 31st 2024. **Results:** The average rate of stillbirth in the third trimester in the three years from 2022 to 2024 was 0.48%. The average age of the patients was 29.4 ± 5.7 years, most commonly found in the 20–34 age group with a rate of 74.8%. Nulliparous women accounted for 40.6% and history of stillbirth accounted for 9.35%. The average

gestational age at the time of stillbirth was 33.9 ± 3.6 weeks, with cases under 38 weeks accounting for 79.1%. Most patients came to the hospital due to absent fetal movements, with a rate of 74.8%. Gestational hypertension accounted for 6.11%, including 2.51% with chronic hypertension and 3.6% with preeclampsia. Regarding blood tests: 99.3% had normal fibrinogen levels, and the rate of anemia with Hemoglobin $<110\text{g/l}$ in our study was 13.3%. **Conclusion:** Third-trimester stillbirth mainly occurred in women of reproductive age and at preterm gestational age. Most patients were admitted due to the absence of fetal movement. Gestational hypertension is one of the key factors associated with third-trimester stillbirth. **Keywords:** Clinical characteristics, paraclinical characteristics, stillbirth.

Abbreviations: TCTTC: Stillbirth

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai chết trong tử cung (TCTTC) hay thai chết lưu là thai chết và lưu lại trong buồng tử cung của người mẹ, có thể xảy ra ở bất kỳ tuổi thai nào khi chưa có chuyển dạ¹. Phân loại bệnh tật quốc tế lần sửa đổi thứ 11 (ICD – 11) định nghĩa TCTTC là thai chết trước khi bắt đầu chuyển dạ sau tuần thứ 22 hoặc cân nặng từ 500g trở lên nếu không biết tuổi thai. ICD còn phân loại TCTTC sớm (500 - 1000g hoặc 22 - 28 tuần) và TCTTC muộn (lớn hơn 1000g hoặc sau 28 tuần hoặc chiều dài thai sau sinh $>35\text{cm}$)⁵. Tổ chức y tế thế giới (WHO) lấy mốc ≥ 28 tuần để chẩn đoán TCTTC, ngoài ra còn để so sánh và báo cáo quốc tế. Trong nghiên cứu này, chúng tôi định nghĩa TCTTC 3 tháng cuối là thai chết lưu ở ≥ 28 tuần.

Trên toàn thế giới, có khoảng 48,2 triệu ca TCTTC kể từ năm 2000 và ước tính có khoảng 2,6 triệu ca TCTTC mỗi năm⁶. Phần lớn TCTTC xảy ra ở các nước đang phát triển, 98% xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình, chủ yếu ở châu Phi cận Sahara và 5 quốc gia còn lại ở Nam Á hoặc Trung Đông và Bắc Phi với tỷ lệ TCTTC ước tính là 21,1 ca trên 1000 tổng số ca sinh. Đến năm 2021, tỷ lệ TCTTC dao động từ 1,6 ca TCTTC đến 31,2 ca trên tổng số 1000 ca sinh, tại Việt Nam là 8,02 ca⁶. Nếu tỷ lệ TCTTC của mỗi quốc gia vẫn ở mức như năm 2021 thì sẽ có 17,5 triệu ca TCTTC vào năm 2030, vì vậy mà WHO năm 2014 đã triển khai “Kế hoạch hành động cho mọi trẻ sơ sinh” đề ra mục đích ngăn ngừa và chấm dứt tình trạng tử vong cũng như TCTTC có thể phòng ngừa được với mục

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Tổng Sỹ Lương

Email: syluongtong@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2025

Ngày duyệt bài: 29.7.2025

tiêu là dưới 12 ca TCTTC trên 1000 ca sinh ở mọi quốc gia vào năm 2030^{6,8}.

Việc nhận diện sớm các yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của TCTTC 3 tháng cuối có ý nghĩa quan trọng trong việc phòng ngừa, chẩn đoán và có biện pháp xử trí kịp thời để hạn chế tối đa các biến chứng. Nghiên cứu về TCTTC đặc biệt là việc đo lường tỷ lệ và theo dõi xu thế TCTTC cung cấp một chỉ số quan trọng về sức khỏe bà mẹ và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng thai chết trong tử cung 3 tháng cuối tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các bệnh nhân có hồ sơ bệnh án chẩn đoán là TCTTC ≥ 28 tuần và được xử trí tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2024, hồ sơ đầy đủ các thông tin nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Thai chết trong chuyển dạ, các trường hợp đa thai hay TCTTC đã xử trí từ nơi khác chuyển đến.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Đề tài được thực hiện theo phương pháp hồi cứu: Mô tả loạt bệnh.

- Phương pháp chọn mẫu thuận tiện không xác suất, xử trí số liệu bằng phần mềm SPSS 22, sử dụng phương pháp thống kê y học và tính các tỷ lệ %, giá trị trung bình.

- Nội dung nghiên cứu: đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu.

- Quy trình nghiên cứu: Các số liệu thu thập từ hồ sơ được ghi chép vào mẫu phiếu nghiên cứu. Các số liệu được lấy trực tiếp từ kết quả của phòng kế hoạch tổng hợp tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2024.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả, không can thiệp trực tiếp đến đối tượng. Tất cả thông tin cá nhân về người bệnh được đảm bảo bí mật. Đề cương đã được hội đồng chăm đề cương trường Đại học Y Hà Nội, hội đồng y đức Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương thông qua. Nghiên cứu chỉ với mục đích phục vụ và chăm sóc bảo vệ sức khỏe nhân dân, không nhằm mục đích kinh doanh hay mục đích có lợi nhuận gì khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu, chúng tôi chọn được 278 trường hợp TCTTC 3 tháng cuối thỏa mãn những tiêu chuẩn nghiên cứu, kết quả thu được như sau:

Bảng 3.1: Tỷ lệ TCTTC 3 tháng cuối

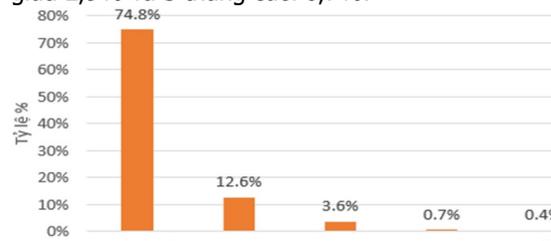
Năm	Số ca đẻ	Số TCTTC 3 tháng cuối	Tỷ lệ %
2022	15289	76	0,50%
2023	21247	110	0,52%
2024	21751	92	0,42%
3 năm	58290	278	0,48%

Nhận xét: Tỷ lệ TCTTC 3 tháng cuối so với tổng số đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương qua các năm: năm 2022 0,50%, năm 2023 0,52% và năm 2024 0,42%. Tỷ lệ TCTTC 3 tháng cuối trung bình 3 năm là 0,48%.

Bảng 3.2: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi mẹ	<20	13	4,7%
	20-34	208	74,8%
	≥35	57	20,5%
	Trung bình	29,4 ± 5,7	
Tuổi thai (tuần)	28-33	131	47,1%
	34-37	91	32,7%
	≥38	56	20,1%
	Trung bình	33,9 ± 3,6	
Số lần sinh	0	113	40,6%
	1	91	32,7%
	≥2	74	26,7%
Tiền sử TCTTC	3 tháng đầu	23	8,3%
	3 tháng giữa	8	2,9%
	3 tháng cuối	2	0,7%
	Không có TCTTC	252	90,65%

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 29,4 ± 5,7 tuổi, trong đó: nhóm tuổi 20 - 34 chiếm tỷ lệ cao nhất với 74,8%, nhóm tuổi ≥ 35 chiếm 20,5% và nhóm tuổi <20 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 4,7%. Tuổi thai lưu trung bình là 33,9 ± 3,6 tuần, trong đó nhóm tuổi thai dưới 34 tuần chiếm 47,1%, dưới 38 tuần chiếm 79,9%. Về tiền sử sản khoa: nhóm bệnh nhân con so chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,6%, có 9,35% bệnh nhân có tiền sử TCTTC với tỷ lệ theo tuổi thai lần lượt là: 3 tháng đầu 8,3%, 3 tháng giữa 2,9% và 3 tháng cuối 0,7%.



Biểu đồ 3.1: Lý do vào viện

Nhận xét: 74,8% bệnh nhân đến khám vì không thấy thai máy, các lý do khác gồm: đau bụng 12,6%, ra nước âm đạo 3,6%, ra máu âm đạo 0,7%, sốt 0,4% (1 trường hợp) và 7,9% phát hiện TCTTC thông qua lần khám thai định kỳ.

Bảng 3.3: Bệnh lý mẹ hiện mắc

Bệnh lý mẹ		n	Tỷ lệ %
Bệnh lý nội khoa	Tăng huyết áp	7	2,51%
	Bệnh tuyến giáp	4	1,44%
	Thiếu máu nặng	3	1,08%
	Bệnh thận	2	0,72%
	Giảm tiểu cầu	2	0,72%
	Bệnh khác	4	1,44%
Tổng		27	7,56%
Bệnh lý thai kỳ	Tiền sản giật	10	3,6%
	Đái tháo đường thai kỳ	28	10,1%
	Tiền sản giật và đái tháo đường thai kỳ	3	1,1%

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nội khoa ở mẹ chiếm 7,56%, trong đó nhiều nhất là tăng huyết áp chiếm 2,51%. Bệnh lý thời kỳ mang thai chiếm 12,6% trong đó có 3,6% tiền sản giật, 10,1% đái tháo đường thai kỳ và 1,1% mắc cả tiền sản giật và đái tháo đường thai kỳ

Bảng 3.4: Xét nghiệm cận lâm sàng

Xét nghiệm		n	%
Fibrinogen (g/l)	<2	2	0,7%
	2-4	220	20,1%
	>4	56	79,1%
Hemoglobin (g/l)	≥ 110	241	86,7%
	90-110	33	11,9%
	60-90	3	1,1%
	<60	1	0,4%
Tổng các nhóm		278	100%

Nhận xét: 99,3% bệnh nhân có lượng Fibrinogen >2g/l, chỉ có 0,7% (2 trường hợp) có chỉ số Fibrinogen giảm <2g/l, cụ thể là 0,36g/l và 0,63g/l. Tỷ lệ thiếu máu (Hemoglobin <110g/l) trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,3% trong đó: Hemoglobin <60g/l chiếm 0,4%, Hemoglobin từ 60-90g/l chiếm 1,1% và Hemoglobin từ 90-110g/l chiếm 11,9%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu TCTTC 3 tháng cuối tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương trong giai đoạn 2022 - 2024, chúng tôi ghi nhận 278 trường hợp với tỷ lệ TCTTC so với tổng số đẻ tại viện trung bình 3 năm là 0,48%. Tỷ lệ này nhỏ hơn các nghiên cứu trước đây tại cùng cơ sở như của Lê Thị Thúy (2014) là 0,87% hay tại các cơ sở khác trong nước như Hoàng Thị Nam Giang (2016) là 0,97% và theo dữ liệu WHO tại Việt Nam (2021) là 0,8%^{2,4}. Sự giảm tỷ lệ này có thể được giải thích bởi các lý do sau: Thứ nhất, chất lượng khám và

quản lý thai ngày càng được cải thiện, thể hiện qua việc chăm sóc tiền sản tốt hơn, áp dụng các phác đồ chẩn đoán và điều trị hiện đại. Việc phát hiện sớm trường hợp thai kỳ nguy cơ cao và kết thúc thai kỳ khi cần thiết đã góp phần giảm thiểu tỷ lệ TCTTC, từ đó cải thiện kết cục chu sinh. Thứ hai, các trường hợp thai bất thường được sàng lọc và đình chỉ thai trước 28 tuần nếu có chỉ định. Phần còn lại TCTTC 3 tháng cuối chủ yếu liên quan đến các yếu tố từ bệnh lý mẹ, một số dị tật bỏ sót chưa phát hiện và các bệnh lý phần phụ ảnh hưởng không tốt đến thai. Thứ ba, việc nâng cao nhận thức của thai phụ về thai kỳ như theo dõi cử động thai và tuân thủ điều trị các bệnh lý hiện mắc đã được nâng cao, từ đó góp phần giảm tỷ lệ TCTTC chung tại viện. Ngoài ra, sự phát triển của hệ thống y tế tuyến dưới giúp bệnh nhân được tiếp cận chẩn đoán và xử trí sớm, kết quả làm giảm bớt sự quá tải về lượng bệnh nhân cũng như giảm tỷ lệ TCTTC 3 tháng cuối đến điều trị tại viện. Tỷ lệ TCTTC là một chỉ số quan trọng phản ánh chất lượng chăm sóc sức khỏe bà mẹ. Việc theo dõi chỉ số này không chỉ giúp chúng ta đánh giá hiệu quả chăm sóc sản khoa mà còn là căn cứ quan trọng để so sánh giữa các khu vực trong nước và quốc tế.

Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 29,4 ± 5,7 tuổi, trong đó độ tuổi 20 - 34 chiếm tỷ lệ cao nhất với 74,8%, kết quả tương đương với nghiên cứu của Lê Thị Thúy (2014) là 84,2%⁴, cho thấy đây là nhóm tuổi sinh sản phổ biến nhất, phù hợp với độ tuổi sinh đẻ tại Việt Nam. Tuổi thai lưu trung bình tại thời điểm TCTTC là 33,9 ± 3,6 tuần, đa số các trường hợp xảy ra ở 28 - 33 tuần với tỷ lệ 47,1% tương tự như nghiên cứu Lê Thị Thúy (2014) là 48,5%⁴ và Ying Hu (2021) là 44,6%⁷. Ngoài ra, tỷ lệ TCTTC chưa đủ tháng dưới 38 tuần chiếm tới 79,9%, điều này có thể được lý giải bởi đa phần các thai dị tật, thai bất thường thường, hay các bệnh lý phù rau thai, thai chậm tăng trưởng trong tử cung thường gây ra thai lưu sớm do quá trình chọn lọc tự nhiên đào thải các trường hợp này trước khi thai đủ tháng (thai lưu, sảy thai, đẻ non,...).

Về tiền sử sản khoa, tỷ lệ bệnh nhân con so chiếm 40,6%, tương đương với nghiên cứu của Lê Thị Thúy (2014) là 51,5%, Ying Hu (2021) là 62,4%^{4,7}. Điều này gợi ý mối liên quan đáng kể giữa thai kỳ lần đầu và nguy cơ TCTTC, do đó cần cần những nghiên cứu sâu và toàn diện hơn để đánh giá mối liên quan này bởi việc mang thai lần đầu hay lần sinh đầu là TCTTC 3 tháng cuối ảnh hưởng không tốt đến tâm lý của sản phụ và là nỗi lo sợ khi mang thai lần sau. Trong nghiên cứu có 9,35% các trường hợp có tiền sử

TCTTC, chủ yếu xảy ra ở 3 tháng đầu chiếm 8,3%. Tỷ lệ tái phát TCTTC 3 tháng cuối là rất thấp chỉ với 0,7%, tương tự như nghiên cứu của Ying Hu (2021) là 0,9%⁷. Điều này có thể do việc tăng cường quản lý thai kỳ ở nhóm nguy cơ cao, như kiểm tra nguyên nhân TCTTC ở lần mang thai trước, đồng thời áp dụng các biện pháp dự phòng thích hợp trong lần mang thai hiện tại. Trong nghiên cứu này, 2 trường hợp TCTTC 3 tháng cuối tái phát có liên quan đến tiền sản giật và thai chậm tăng trưởng trong tử cung, tuy nhiên việc theo dõi sát vẫn không ngăn chặn được kết cục xấu, cho thấy việc quản lý thai kỳ nguy cơ cao vẫn là một thách thức lâm sàng lớn.

Phần lớn các bệnh nhân đến khám vì không thấy thai máy chiếm 74,8%. Tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu trước đây và cũng là dấu hiệu ban đầu chính khiến thai phụ đi khám, như của Lê Thị Thúy (2014) là 50,4%, Nguyễn Thị Thu Hà (2024) là 68%, Ying Hu và cộng sự (2021) là 49,7%^{3,4,7}. Triệu chứng không thấy thai máy là một dấu hiệu quan trọng giúp sản phụ tự theo dõi, có thể là dấu hiệu gợi ý thời gian TCTTC. Dấu hiệu đau bụng, đặc biệt là đau bụng cơn không phải là dấu hiệu gợi ý TCTTC, đây là dấu hiệu gợi ý bệnh nhân có tình trạng chuyển dạ hay dọa sinh non. Nghiên cứu của chúng tôi những bệnh nhân đau bụng đến khám chiếm tỷ lệ 12,6%, những bệnh nhân được chẩn đoán chuyển dạ chiếm 8,3% trong đó 91,3% vào viện vì đau bụng. Có 7,9% các trường hợp không có dấu hiệu rõ ràng, thông qua lần khám thai định kỳ mà phát hiện ra TCTTC, kết quả tương tự các nghiên cứu hiện nay như của Nguyễn Thị Thu Hà (2024) là 10%, Ying Hu và cộng sự (2021) là 7,4%, nhưng thấp hơn nghiên cứu trước đây của Lê Thị Thúy (2014) là 37,7%^{3,4,7}. Điều này cho thấy ngày nay phụ nữ càng hiểu biết và quan tâm đến tình trạng thai nghén hơn nên khi thấy dấu hiệu khác thường là đi khám ngay, cùng với sự phát triển của y học đặc biệt là siêu âm, đã phát hiện ra TCTTC sớm, để có xử trí kịp thời làm hạn chế biến chứng của TCTTC xảy ra.

Về các bệnh lý mẹ, tăng huyết áp thai kỳ là một trong những biến chứng nội khoa thường gặp, bao gồm 4 thể: tăng huyết áp mạn tính, tiền sản giật, tiền sản giật trên nền tăng huyết áp mạn và tăng huyết áp trong thai kỳ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng huyết áp thai kỳ chiếm 6,11%, trong đó tăng huyết áp mạn tính chiếm 2,51% và tiền sản giật chiếm 3,6%. Tỷ lệ này thấp hơn so với một số nghiên cứu khác như của: Lê Thị Thúy (2014) là 7,2%⁴, Ying Hu (2021) là 12,5%⁷ và một số nghiên cứu trước đó,

có thể do quá trình khám và quản lý thai ngày càng hiệu quả hơn, thể hiện ở việc khám phát hiện sớm cùng với theo dõi sát và xử trí kịp thời để ngăn ngừa TCTTC có thể xảy ra. Mặc dù vậy, đây vẫn là một bệnh lý phức tạp và khó khăn với các bác sĩ sản khoa trong việc ra quyết định đúng thời điểm chấm dứt thai kỳ, chia khóa để giảm tỷ lệ TCTTC do nguyên nhân này. Tỷ lệ bệnh nhân bị đái tháo đường thai kỳ là 10,1%, tăng cao so với những năm trước. Mặc dù không được cho là nguyên nhân trực tiếp gây ra TCTTC, nhưng đái tháo đường thai kỳ ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe của mẹ và thai đặc biệt trong 3 tháng cuối như: thai to, đa ối, nhiễm trùng, tiền sản giật,... và có thể gây TCTTC trong những trường hợp đường huyết không được kiểm soát tốt.

Về xét nghiệm cận lâm sàng: Rối loạn đông máu đặc biệt là giảm Fibrinogen là một trong những biến chứng nguy hiểm của TCTTC, có thể dẫn đến tình trạng xuất huyết không kiểm soát, đe dọa tính mạng nếu không được xử trí kịp thời. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận 2 trường hợp xét nghiệm Fibrinogen giảm (0,36g/l và 0,63g/l), cả 2 trường hợp này đều có kèm theo rau bong non, là nguyên nhân chính gây giảm Fibrinogen chứ không phải là hậu quả của TCTTC kéo dài. Các trường hợp còn lại (99,3%) đều có Fibrinogen >2g/l, tương tự như nghiên cứu của Lê Thị Thúy (2014) là 95,3%⁴. Đây cũng là minh chứng cho thấy các trường hợp TCTTC ngày nay được phát hiện và xử trí sớm, phản ánh việc nâng cao chăm sóc tiền sản và nhận thức của thai phụ. Lý do khác là đa phần các trường hợp TCTTC thường có chuyển dạ tự nhiên sau khi thai chết 1-2 tuần, trong khi nguy cơ rối loạn đông máu thường xảy ra muộn hơn, khi thai chết bị lưu trong buồng tử cung quá 4 tuần¹.

Thiếu máu trong thai kỳ thường do thiếu sắt và biểu hiện trên xét nghiệm công thức máu bởi Hemoglobin <110g/l ở 3 tháng cuối thai kỳ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 13,3% các trường hợp có Hemoglobin <110g/l, trong đó thiếu máu nặng chỉ chiếm 0,4% (1 trường hợp). Mặc dù thiếu máu thai kỳ là yếu tố nguy cơ dẫn đến thai chậm trong tử cung, sinh non và thậm chí TCTTC, tuy nhiên các nghiên cứu trên đều không tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu và nguy cơ TCTTC. Việc phát hiện thiếu máu và điều trị sớm thiếu máu đóng vai trò quan trọng trong đảm bảo sức khỏe mẹ và thai, đặc biệt trong công tác chuẩn bị cho xử trí TCTTC nhằm dự phòng biến chứng chảy máu sau đẻ.

V. KẾT LUẬN

TCTTC 3 tháng cuối chủ yếu ở độ tuổi sinh sản và ở tuổi thai chưa đủ tháng, đa phần các bệnh nhân nhập viện vì không thấy thai máy. Tăng huyết áp thai kỳ là một trong những yếu tố quan trọng liên quan đến TCTTC 3 tháng cuối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2016. Thai chết trong tử cung. Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 (Bộ y tế, Hà Nội, 2016).
- Hoàng Thị Nam Giang, Bechtold-Dalla Pozza S, Hoàng Thị Trân và cộng sự.** Stillbirth and preterm birth and associated factors in one of the largest cities in central Vietnam. Acta Paediatr.2019;108(4): 630-636. doi:10.1111/apa.14534
- Nguyễn Thị Thu Hà, Lê Văn Đạt, Phan Thị Huyền Thương và cộng sự.** Đặc điểm lâm

- sàng, cận lâm sàng thai chết lưu tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Y học công đồng. 2024;65(5).
- Lê Thị Thúy** (2015). Nghiên cứu nguyên nhân và thái độ xử trí thai chết lưu quý 3 thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương trong 2 năm 2013 và 2014. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
 - ICD-11 về Thống kê Tử vong và Bệnh tật.** Accessed March 15, 2025. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1947342847>
 - Stillbirths and stillbirth rates.** UNICEF DATA. Accessed May 26, 2024. <https://data.unicef.org/topic/child-survival/stillbirths/>
 - Hu Y, Wu Q, Liu J, et al.** Risk factors and incidence of third trimester stillbirths in China. Sci Rep. 2021.11(1):12701. doi:10.1038/s41598-021-92106-1
 - Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, et al.** Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. The Lancet. 2016;387(10018):587-603. doi:10.1016/S0140-6736(15)00837-5

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U XƠ MẠCH VÒM MŨI HỌNG TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG, 2024–2025

Lê Minh Đức¹, Phạm Thị Bích Đào^{1,2}, Đinh Tuấn Anh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị u xơ mạch vòm mũi họng (UXMVMH) tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ năm 2024 đến 2025. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện trên 6 bệnh nhân nam, độ tuổi chủ yếu từ 8–18 (83.3%), được chẩn đoán UXMVMH tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương trong giai đoạn từ 1/2024 đến 5/2025. Dữ liệu được thu thập từ bệnh án, bao gồm các triệu chứng lâm sàng, kết quả nội soi, hình ảnh học (CT, MRI, chụp mạch), và kết quả điều trị. **Kết quả:** Triệu chứng phổ biến gồm chảy máu mũi nhẹ (83.3%), nghẹt mũi một bên (100% trong đó 83.3% từng lúc, mức độ ít; 16.7% thường xuyên, mức độ vừa) và chảy dịch mũi lẫn máu (83.3%). Khối u được ghi nhận tại cửa mũi sau (100%) và vòm mũi (50%) qua nội soi; kích thước u từ 2–3 cm ở 66.7% bệnh nhân; 83.3% thuộc giai đoạn I–II theo phân loại Fish. Có 83.3% bệnh nhân được tắc mạch trước mổ, trong đó nguồn nuôi u là từ động mạch bướm khẩu cái (60%) và động mạch hàm trong (40%). Tất cả bệnh nhân (100%) được phẫu

thuật nội soi, thời gian nằm viện từ 4–14 ngày. Không ghi nhận biến chứng nặng sau mổ, và tỷ lệ tái phát sau 3 tháng là 16.7%. **Kết luận:** UXMVMH thường gặp ở nam giới trẻ tuổi với biểu hiện lâm sàng đặc trưng là chảy máu mũi và nghẹt mũi. Phẫu thuật nội soi kết hợp tắc mạch cho thấy hiệu quả điều trị cao, an toàn, với tỷ lệ biến chứng 0% và tái phát sau 3 tháng chỉ 16.7%. Việc chẩn đoán sớm và theo dõi định kỳ là cần thiết để phát hiện sớm tái phát và nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: U xơ mạch vòm mũi họng, lâm sàng, cận lâm sàng, phẫu thuật nội soi, tắc mạch.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES AND THE TREATMENT OUTCOMES OF NASOPHARYNGEAL ANGIOFIBROMA AT THE NATIONAL OTORHINORHINOLOGY HOSPITAL OF VIETNAM DURING 2024–2025

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the treatment outcomes of juvenile nasopharyngeal angiofibroma (JNA) at the National Otorhinolaryngology Hospital from 2024 to 2025. **Subjects and Methods:** A prospective descriptive study was conducted on six male patients, mostly aged 8–18 years (83.3%), diagnosed with JNA at the National Otorhinolaryngology Hospital from January 2024 to May 2025. Data were collected from medical records, including clinical symptoms, endoscopy findings, imaging results (CT, MRI, angiography), and treatment outcomes. **Results:** Common symptoms

¹Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Hà Nội

³Bệnh viện Tai Mũi Họng TW

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Bích Đào

Email: daoptb0024@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2025

Ngày duyệt bài: 27.7.2025