

# PREGNANCY OUTCOMES OF INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY FROM 2020 TO 2023

Le Trung Hieu<sup>1,2\*</sup>, Le Chi Bang<sup>1</sup>, Nguyen Thi Bich Van<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

<sup>2</sup>National Hospital of Obstetrics and Gynecology - Cua Nam ward, Hanoi, Vietnam

Received: 04/6/2025

Revised: 22/6/2025; Accepted: 07/7/2025

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the clinical characteristics, pregnancy outcomes, and associated factors among fetuses diagnosed with intrauterine growth restriction at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from 2020 to 2023.

**Objects and methods:** This was a retrospective cross-sectional descriptive study conducted on 111 pregnant women diagnosed with intrauterine growth restriction who delivered at National Hospital of Obstetrics and Gynecology between January 1, 2020, and December 31, 2023. Data were collected from medical records. Neonatal mortality - related factors were evaluated using logistic regression analysis.

**Results:** The neonatal mortality rate was 12.6%. Two factors were statistically associated with mortality: gestational age < 32 weeks (OR = 10.1; 95% CI: 1.2-84.6), birth weight < 1000g (OR = 23.7; 95% CI: 5.8-96.4). The most common neonatal complication was respiratory distress syndrome (60.4%), followed by neonatal infections and jaundice. Additionally, 14.4% of neonates presented with multiple concurrent complications.

**Conclusion:** Intrauterine growth restriction is associated with high rates of neonatal mortality and complications, particularly among preterm infants with low birth weight. Early detection, close monitoring, and timely intervention are essential to improving neonatal outcomes.

**Keywords:** Intrauterine growth restriction, neonatal mortality, low birth weight, pregnancy outcome.

---

\*Corresponding author

**Email:** letrunghieu0898@gmail.com **Phone:** (+84) 966378898 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD11.2811**

## KẾT CỤC THAI NGHÉN CỦA THAI CHẬM PHÁT TRIỂN TRONG TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TỪ NĂM 2020 ĐẾN 2023

Lê Trung Hiếu<sup>1,2\*</sup>, Lê Chí Bằng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Bích Vân<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ Sản Trung ương - 1 Triệu Quốc Đạt, phường Cửa Nam, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/6/2025

Ngày chỉnh sửa: 22/6/2025; Ngày duyệt đăng: 07/7/2025

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, kết cục thai nghén và các yếu tố liên quan đến kết cục thai nghén ở nhóm thai chậm phát triển trong tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ năm 2020 đến 2023.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích hồi cứu được thực hiện trên 111 thai phụ có chẩn đoán thai chậm phát triển trong tử cung và sinh con tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong giai đoạn từ 1/1/2020 đến 31/12/2023. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án. Các yếu tố liên quan đến tử vong sơ sinh được đánh giá thông qua hồi quy logistic.

**Kết quả:** Tỷ lệ tử vong sơ sinh là 12,6%. Hai yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tử vong sơ sinh là: tuổi thai dưới 32 tuần (OR = 10,1; KTC 95%: 1,2-84,6), cân nặng dưới 1000g (OR = 23,7; KTC 95%: 5,8-96,4). Biến chứng sơ sinh phổ biến nhất là suy hô hấp (60,4%), tiếp theo là nhiễm trùng sơ sinh và vàng da. Có 14,4% trẻ gặp phải nhiều biến chứng phối hợp.

**Kết luận:** Thai chậm phát triển trong tử cung có tỷ lệ tử vong và biến chứng sơ sinh cao, đặc biệt ở nhóm trẻ sinh non và nhẹ cân. Việc phát hiện sớm, theo dõi sát và xử trí kịp thời đóng vai trò then chốt trong cải thiện kết cục thai nghén.

**Từ khóa:** Thai chậm phát triển trong tử cung, tử vong sơ sinh, cân nặng sơ sinh thấp, kết cục thai nghén.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai chậm phát triển trong tử cung là một trong những bệnh lý sản khoa thường gặp, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe thai nhi và kết cục thai kỳ. Khái niệm này được hình thành từ những năm 1960s, khi Lubchenco lần đầu tiên công bố biểu đồ phát triển trọng lượng thai nhi theo tuổi thai. Đến năm 1963, biểu đồ chuẩn xác đầu tiên đã được xuất bản và từ đó thai chậm phát triển trong tử cung được định nghĩa là những thai nhi có cân nặng dưới bách phân vị thứ 10 so với tuổi thai tương ứng [1].

Thai chậm phát triển trong tử cung là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong chu sinh, với tỷ lệ cao gấp 6-10 lần so với trẻ có cân nặng phù hợp tuổi thai. Nếu không được phát hiện và can thiệp kịp thời, tình trạng này có thể dẫn đến nhiều hậu quả nặng nề như suy thai, thai lưu, tử vong sơ sinh, tử vong chu sinh và hàng loạt biến chứng sau sinh [2]. Những trẻ sống sót có nguy cơ cao gặp các di chứng về thể chất, trí tuệ và vận động kéo dài đến tuổi trưởng thành.

Việc chẩn đoán sớm và theo dõi sát sự phát triển thai nhi đóng vai trò quyết định trong việc cải thiện tiên lượng. Ngày nay, nhờ vào tiến bộ trong siêu âm sản khoa, Doppler mạch máu thai và các công cụ theo dõi hiện đại, khả năng phát hiện và xử trí thai chậm phát triển trong tử cung đã được nâng cao đáng kể [3]. Có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến thai chậm phát triển trong tử cung, bao gồm yếu tố mẹ (tiền sản giật, tăng huyết áp, suy dinh dưỡng), yếu tố thai (bất thường nhiễm sắc thể, dị tật bẩm sinh) và yếu tố tử phần phụ (thiếu sản nhau, bất thường cuống rốn). Trong các yếu tố trên, nhóm yếu tố từ mẹ là nguyên nhân phổ biến nhất làm ảnh hưởng đến cung cấp dinh dưỡng và oxy cho thai nhi [4]. Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng tại một bệnh viện tuyến cuối tiếp nhận nhiều trường hợp thai nguy cơ cao, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, kết cục thai nghén và các yếu tố liên quan đến kết cục thai nghén ở nhóm thai chậm phát triển trong tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ năm 2020-2023.

\*Tác giả liên hệ

Email: letrunghieu0898@gmail.com Điện thoại: (+84) 966378898 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD11.2811>



## 2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, thời gian thực hiện từ ngày 1/1/2020-31/12/2023.

### 2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: thai đơn sống từ 28-40 tuần. Chẩn đoán thai chậm phát triển trong tử cung bằng siêu âm: cân nặng ước tính dưới bách phân vị thứ 10 so với tuổi thai kèm theo bất thường Doppler động mạch rốn hoặc não giữa; hoặc cân nặng ước tính dưới bách phân vị thứ 3 so với tuổi thai. Tuổi thai xác định bằng ngày đầu kỳ kinh cuối hoặc siêu âm 3 tháng đầu. Có hồ sơ bệnh án theo dõi mẹ và con đến khi ra viện hoặc tử vong.

- Tiêu chuẩn loại trừ: thai dị tật bẩm sinh, thai bất thường nhiễm sắc thể, thai lưu trước sinh, hồ sơ không đầy đủ dữ liệu nghiên cứu.

### 2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu chọn mẫu thuận tiện 111 trường hợp đủ tiêu chuẩn trong giai đoạn 4 năm nói trên, được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ (hồi cứu hồ sơ bệnh án).

### 2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Biến số độc lập: tuổi mẹ, tuổi thai khi sinh, giới tính thai, cân nặng sơ sinh, bệnh lý của mẹ (tiền sản giật, đái tháo đường...), cách sinh.

- Biến số phụ thuộc: tử vong sơ sinh (tử vong trong vòng 28 ngày sau sinh), biến chứng sơ sinh (suy hô hấp, nhiễm trùng sơ sinh, hạ đường huyết, vàng da v.v...), cân nặng sau sinh.

### 2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án lưu trữ tại Khoa Sản bệnh lý và Khoa Sơ sinh. Thông tin được tổng hợp vào phiếu thu thập số liệu có cấu trúc, bao gồm: thông tin mẹ, diễn biến chuyển dạ, phương pháp sinh, dữ liệu sơ sinh, kết cục lâm sàng. Các biến số được mã hóa và nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Excel.

### 2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm Stata phiên bản 16.0. Phân tích mô tả dùng để tính tần suất, tỷ lệ phần trăm, trung bình và độ lệch chuẩn. Phân tích mối liên quan giữa các biến được thực hiện bằng kiểm định Chi-square, t-test và hồi quy logistic. Mối liên quan có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ . Odds ratio (OR) và khoảng tin cậy (KTC) 95% được tính để xác định mức độ liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và tử vong sơ sinh.

### 2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Vì là nghiên cứu hồi cứu hồ sơ, danh tính bệnh nhân được mã hóa để đảm bảo bí mật thông tin cá nhân. Dữ liệu chỉ được sử dụng phục vụ mục tiêu nghiên cứu khoa học, không gây ảnh hưởng đến quyền lợi của người bệnh.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm chung của sản phụ ( $n = 111$ )**

|                              | Đặc điểm                                                                                         | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|
| Nhóm tuổi của sản phụ        | $\leq 24$ tuổi                                                                                   | 16     | 14,4      |
|                              | 25-29 tuổi                                                                                       | 35     | 31,5      |
|                              | 30-34 tuổi                                                                                       | 32     | 28,8      |
|                              | 35-39 tuổi                                                                                       | 19     | 17,1      |
|                              | $\geq 40$ tuổi                                                                                   | 9      | 8,1       |
| Khu vực sinh sống            | Thành thị                                                                                        | 36     | 32,4      |
|                              | Nông thôn                                                                                        | 75     | 67,6      |
| Đặc điểm bệnh lý của sản phụ | Chưa phát hiện bất thường                                                                        | 29     | 26,1      |
|                              | Tiền sản giật                                                                                    | 55     | 49,5      |
|                              | Cao huyết áp                                                                                     | 3      | 2,7       |
|                              | Đái tháo đường                                                                                   | 5      | 4,5       |
|                              | Có nhiều bệnh lý phối hợp                                                                        | 15     | 13,5      |
|                              | Bệnh lý khác (dị dạng tử cung, suy dinh dưỡng, thiếu máu, rối loạn đông máu, bệnh lý gan mật...) | 4      | 3,6       |

Phần lớn sản phụ trong nghiên cứu nằm trong độ tuổi từ 25-34 tuổi, chiếm 60,3%. Nhóm sản phụ  $\geq 35$  tuổi chiếm 25,2%, trong khi nhóm  $\leq 24$  tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất với 14,4%. Đa số sản phụ sinh sống tại khu vực nông thôn (67,6%), cao gần gấp đôi so với khu vực thành thị. Trong số các bệnh lý được ghi nhận, tiền sản giật chiếm tỷ lệ cao nhất với 49,5%. Có 26,1% sản phụ không có bất thường nào được phát hiện trong quá trình theo dõi.

**Bảng 2. Đặc điểm cuộc đẻ của đối tượng nghiên cứu (n = 111)**

| Đặc điểm            |                                    |                     | Tần số         | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|------------------------------------|---------------------|----------------|-----------|
| Tuổi thai           | Rất non (28,0-31,6 tuần)           |                     | 35             | 31,5      |
|                     | Non vừa (32,0-33,6 tuần)           |                     | 24             | 21,6      |
|                     | Non muộn (34,0-36,6 tuần)          |                     | 29             | 26,1      |
|                     | Đủ tháng ( $\geq 37,0$ tuần)       |                     | 23             | 20,7      |
|                     | $\bar{X} \pm SD$ (tuần)            |                     | 33,4 $\pm$ 3,2 |           |
| Cách sinh           | Mổ lấy thai                        |                     | 101            | 90,9      |
|                     | Đẻ đường âm đạo                    |                     | 10             | 9,1       |
| Monitoring sản khoa | Tim thai chưa phát hiện bất thường |                     | 44             | 39,6      |
|                     | Tim thai bất thường                | Nhịp chậm           | 56             | 50,4      |
|                     |                                    | Nhịp tim thai phẳng | 11             | 10,0      |

Hầu hết các trường hợp được chỉ định mổ lấy thai, chiếm tỷ lệ 90,9%, trong khi sinh thường qua ngã âm đạo chỉ chiếm 9,1%. Phân bố tuổi thai tại thời điểm sinh cho thấy 31,5% các ca sinh rất non xảy ra ở tuổi thai từ 28,0-31,6 tuần, trong khi sinh đủ tháng ( $\geq 37$  tuần) chiếm 20,7%. Nhịp tim thai có dấu hiệu bất thường trong quá trình theo dõi chiếm 60,4%, trong đó nhịp tim chậm được ghi nhận nhiều nhất với 50,4%.

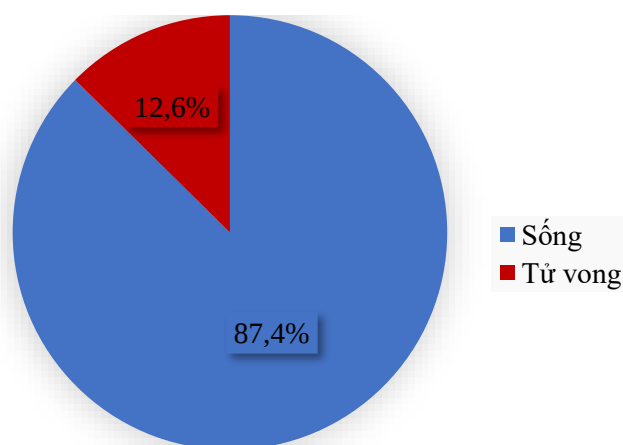
**Bảng 3. Đặc điểm kết cục thai nghén của trẻ**

| Đặc điểm                           |                           | Rất non<br>(n = 35) | Non vừa<br>(n = 24) | Non muộn<br>(n = 29) | Đủ tháng<br>n = 23  | Tổng<br>(n = 111)   | P       |
|------------------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|---------|
| Trọng lượng sơ sinh trung bình (g) |                           | 837,14<br>(228,92)  | 1200<br>(193,37)    | 1448,28<br>(286,13)  | 1978,26<br>(274,62) | 1311,71<br>(481,80) | < 0,001 |
| Tình trạng con khi ra viện         | Sống                      | 24 (68,6%)          | 23 (95,8%)          | 28 (96,6%)           | 22 (95,7%)          | 97 (87,4%)          | 0,001   |
|                                    | Tử vong                   | 11 (31,4%)          | 1 (4,2%)            | 1 (3,4%)             | 1 (4,3%)            | 14 (12,6%)          |         |
| Biến chứng sau sinh của con        | Bình thường               | 0                   | 0                   | 8 (27,6%)            | 19 (82,6%)          | 27 (24,3%)          | < 0,001 |
|                                    | Suy hô hấp                | 21 (60,0%)          | 24 (100%)           | 20 (69,0%)           | 2 (8,7%)            | 67 (60,4%)          |         |
|                                    | Nhiễm khuẩn sơ sinh       | 0                   | 0                   | 0                    | 1 (4,3%)            | 1 (0,9%)            |         |
|                                    | Phối hợp nhiều biến chứng | 14 (40,0%)          | 0                   | 1 (3,4%)             | 1 (4,3%)            | 16 (14,4%)          |         |

Trẻ sơ sinh có cân nặng dưới 1500g chiếm tỷ lệ lớn, với 43,2% trường hợp có cân nặng từ 1000-1500g và 21,6% trường hợp có cân nặng dưới 1000g. Suy hô hấp sau sinh chiếm 60,4%, là biến chứng phổ biến nhất. Có 14,4% trẻ gặp phải nhiều biến chứng kết hợp, trong khi chỉ 24,3% trẻ không có biến chứng sau sinh. Tình trạng sống khi ra viện cũng cải thiện rõ rệt theo tuổi thai. Trong khi chỉ có 68,6% trẻ rất non còn sống khi xuất viện thì tỷ lệ này ở các nhóm còn lại đều vượt trên 95%, và sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,001$ ).

Xét về biến chứng sau sinh, tỷ lệ suy hô hấp chiếm ưu thế ở các nhóm non, đặc biệt là 100% trẻ non vừa và 60% trẻ rất non bị suy hô hấp, trong khi đó chỉ có 8,7% trẻ đủ tháng gặp tình trạng này. Ngược lại, tỷ lệ trẻ bình thường không biến chứng sau sinh cao nhất ở nhóm đủ tháng (82,6%), trong khi nhóm rất non và non vừa không có trường hợp nào bình thường. Tỷ lệ biến chứng phối hợp và nhiễm khuẩn sơ sinh rất thấp, chủ yếu gặp ở nhóm rất non và đủ tháng, với tỷ lệ lần lượt là 40% và 4,3% đối với biến chứng phối hợp.





**Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ tử vong của trẻ (n = 111)**

Tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh chiếm 12,6% tổng số ca nghiên cứu.

**Bảng 4. Một số yếu tố liên quan tới tỷ lệ tử vong ở trẻ**

| Đặc điểm                   |                       | Sống       | Tử vong    | OR (KTC 95%)    |
|----------------------------|-----------------------|------------|------------|-----------------|
| Tuổi thai của trẻ khi sinh | Đủ tháng (n = 23)     | 22 (95,7%) | 1 (4,3%)   | 1               |
|                            | Non muộn (n = 29)     | 28 (96,5%) | 1 (3,4%)   | 0,8 (0,05-13,3) |
|                            | Non vừa (n = 24)      | 23 (95,8%) | 1 (4,2%)   | 0,9 (0,05-16,2) |
|                            | Rất non (n = 35)      | 24 (68,6%) | 11 (31,4%) | 10,1 (1,2-84,6) |
| Giới tính của trẻ          | Nam (n = 52)          | 47 (90,4%) | 5 (9,6%)   | 1               |
|                            | Nữ (n = 59)           | 50 (84,7%) | 9 (15,3%)  | 1,6 (0,5-5,4)   |
| Tuổi mẹ                    | < 35 tuổi (n = 83)    | 74 (89,2%) | 9 (10,8%)  | 1               |
|                            | ≥ 35 tuổi (n = 28)    | 23 (82,1%) | 5 (17,9%)  | 1,7 (0,5-5,9)   |
| Cân nặng sơ sinh           | ≥ 1000g (n = 87)      | 84 (96,6%) | 3 (3,4%)   | 1               |
|                            | < 1000g (n = 24)      | 13 (54,2%) | 11 (45,8%) | 23,7 (5,8-96,4) |
| Cách sinh                  | Mổ lấy thai (n = 101) | 89 (88,1%) | 12 (11,9%) | 1               |
|                            | Đẻ thường (n = 10)    | 8 (80,0%)  | 2 (20,0%)  | 1,8 (0,3-9,7)   |

Tuổi thai khi sinh có ảnh hưởng rõ rệt đến tỷ lệ tử vong sơ sinh. Ở nhóm trẻ rất non (28,0-31,6 tuần), tỷ lệ tử vong là 31,4%, cao hơn rõ rệt so với các nhóm còn lại. Nguy cơ tử vong ở nhóm này cao hơn 10,1 lần so với trẻ không sinh non (OR = 10,1; KTC 95%: 1,2-84,6). Cân nặng sơ sinh là yếu tố có liên quan chặt chẽ nhất đến tử vong. Trẻ dưới 1000g có nguy cơ tử vong cao gấp 23,7 lần so với nhóm từ 1000g trở lên (KTC 95%: 5,8-96,4). Đây là yếu tố nguy cơ mạnh nhất trong phân tích này. Cách sinh (mổ lấy thai hay sinh thường) không có sự khác biệt rõ về tỷ lệ tử vong (OR = 1,8; KTC 95%: 0,3-9,7). Các yếu tố trên có ý nghĩa thống kê với KTC 95% không chứa giá trị 1.

#### 4. BÀN LUẬN

Thai chậm phát triển trong tử cung là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và bệnh tật chu sinh. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tử vong sơ sinh ở nhóm thai chậm phát triển trong tử cung là 12,6%, một con số tương đối cao so với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Kết quả

này phản ánh mức độ nghiêm trọng của tình trạng chậm phát triển thai khi không được phát hiện và can thiệp kịp thời. Trong nghiên cứu tại bệnh viện Civil Hospital, Ahmedabad (Ấn Độ), tỷ lệ tử vong ở nhóm thai chậm phát triển trong tử cung là 10%, gần tương đương với nghiên cứu của chúng tôi, nhưng hầu hết các ca đều sinh ở tuổi thai từ 37 tuần trở lên [5]. Trong khi đó, ở nghiên cứu của Ullah I.K và cộng sự (2023), trong 100 trường hợp chậm phát triển trong tử cung được theo dõi, tỷ lệ tử vong sơ sinh là 6%, nhưng tăng lên đến 100% nếu có chỉ số Doppler bất thường [6].

Một điểm đáng lưu ý trong nghiên cứu là mối liên quan chặt chẽ giữa các yếu tố lâm sàng và tỷ lệ tử vong sơ sinh, trong đó tuổi thai khi sinh là một yếu tố tiên lượng quan trọng. Trẻ sinh ở tuổi thai từ 28-32 tuần có nguy cơ tử vong cao hơn 10 lần so với nhóm trẻ sinh đủ tháng (OR = 10,1; KTC 95%: 1,2-84,6). Mối liên quan giữa tuổi thai và tử vong sơ sinh ở trẻ chậm phát triển trong tử cung có

thể được giải thích bởi nhiều cơ chế bệnh sinh kết hợp. Trẻ sinh non ở tuổi thai dưới 32 tuần thường chưa có đủ lượng surfactant trong phổi, khiến phế nang dễ xẹp, dẫn đến suy hô hấp sau sinh. Điều này trở nên nghiêm trọng hơn ở nhóm chậm phát triển trong tử cung vì tình trạng thiếu oxy mạn tính trong tử cung làm ức chế quá trình trưởng thành phổi, từ đó làm tăng nguy cơ bệnh màng trong và tử vong sớm. Bên cạnh đó, thai chậm phát triển trong tử cung thường đi kèm với tổn thương nhau thai như xơ hóa, tắc mạch hay giảm tưới máu, gây giảm trao đổi khí và dinh dưỡng trong thai kỳ. Khi sinh non, các cơ quan như tim, gan, thần kinh và hệ miễn dịch - vốn đã bị ảnh hưởng bởi thiếu oxy mạn tính - sẽ càng không đủ khả năng thích nghi với môi trường ngoài tử cung [7].

Theo kết quả của chúng tôi, nhóm trẻ non vừa có tỷ lệ suy hô hấp lên tới 100%, trong khi nhóm rất non là 60% và non muộn là 69%. Ngược lại, chỉ 8,7% trẻ đủ tháng gặp biến chứng này. Suy hô hấp sơ sinh là một biến chứng nghiêm trọng thường gặp ở trẻ sinh non, đặc biệt là ở những trẻ dưới 34 tuần tuổi thai. Nguyên nhân chủ yếu là do phổi của trẻ chưa phát triển đầy đủ, dẫn đến thiếu hụt chất surfactant - một chất đóng vai trò then chốt trong việc giữ cho các phế nang không bị xẹp khi thở ra. Khi thiếu surfactant, phế nang dễ bị xẹp, gây cản trở trao đổi khí và dẫn đến tình trạng suy hô hấp. Ngoài thiếu surfactant, các yếu tố như nhiễm trùng sơ sinh, ngạt chu sinh hoặc dị tật bẩm sinh đường hô hấp cũng góp phần làm tăng nguy cơ. Việc điều trị bao gồm hỗ trợ hô hấp bằng oxy hoặc máy thở, và trong nhiều trường hợp cần sử dụng surfactant ngoại sinh để cải thiện chức năng phổi.

Cân nặng sơ sinh cũng là yếu tố có ảnh hưởng mạnh đến tỷ lệ tử vong. Trẻ dưới 1000g có nguy cơ tử vong cao hơn 23,7 lần so với trẻ từ 1000g trở lên (KTC 95%: 5,8-96,4). Về cân nặng sơ sinh, một nghiên cứu khác tại châu Âu trên 5070 ca sinh non dưới 28 tuần tuổi ghi nhận tỷ lệ tử vong ở nhóm dưới 1000g là 52,6%, trong khi trẻ từ 1000g trở lên có tỷ lệ sống cao hơn rõ rệt. Cân nặng không chỉ ảnh hưởng đến tử vong mà còn liên quan độc lập đến tình trạng toan máu, điểm Apgar thấp và nguy cơ xuất huyết não thất [8]. Điều này phản ánh hậu quả cuối cùng của thai chậm phát triển trong tử cung nặng, khi quá trình nuôi dưỡng thai kéo dài trong điều kiện suy dinh dưỡng mạn tính. Các nghiên cứu cho thấy những trẻ cân nặng rất thấp thường đi kèm với thiếu surfactant, chậm trưởng thành phổi, và có nguy cơ cao bị bệnh lý màng hyalin, viêm ruột hoại tử và xuất huyết não thất [9].

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy thai chậm phát triển trong tử cung là một tình trạng sản khoa nghiêm trọng, liên quan đến tỷ

lệ tử vong sơ sinh cao (12,6%). Biến chứng phổ biến nhất là suy hô hấp sơ sinh, chiếm 60,4% tổng số ca. Các yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tử vong sơ sinh bao gồm tuổi thai khi sinh dưới 32 tuần và cân nặng sơ sinh dưới 1000g.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phan Trường Duyệt, Đinh Thế Mỹ. Biểu đồ phát triển cân nặng thai tương ứng với tuổi thai. Lâm sàng sản phụ khoa. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2007, tr. 13-4.
- [2] Bộ Y tế. Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2007.
- [3] Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y Hà Nội. Thủ thuật sản phụ khoa. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1997, tr. 28-9.
- [4] Yang L, Feng L, Huang L, Li X, Qiu W, Yang K et al. Maternal factors for intrauterine growth retardation: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Reproductive Sciences*, 2023, 30 (6): 1737-45.
- [5] Sharma P, Mehta A.U. Study of fetomaternal implications in intrauterine growth restriction pregnancies. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 2024, 13 (4): 895-9.
- [6] Ullah I.K, Thakur M.K, Varma D. Doppler sonographic evaluation of intrauterine growth restriction of fetus and its correlation with perinatal outcomes among the population of riverine (char) areas of Barpeta Assam. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 2023, 12 (4): 965.
- [7] Sharma D, Shastri S, Sharma P. Intrauterine growth restriction: antenatal and postnatal aspects. *Clinical medicine insights: pediatrics*, 2016, 10: CMPed. S40070.
- [8] Mamopoulos A, Petousis S, Tsimpanakos J, Masouridou S, Kountourelli K, Margioulas-Siarkou C et al. Birth weight independently affects morbidity and mortality of extremely preterm neonates. *Journal of Clinical Medicine Research*, 2015, 7 (7): 511.
- [9] D'Agostin M, Morgia C.D.S, Vento G, Nobile S. Long-term implications of fetal growth restriction. *World journal of clinical cases*, 2023, 11 (13): 285.

