

## Khảo sát kết cục thai kỳ và chuyển dạ ở những thai phụ mang thai con so từ 37<sup>+0</sup> đến 41<sup>+6</sup>

Nguyễn Trần Thảo Nguyên<sup>1\*</sup>, Lê Trương Quỳnh Giang<sup>2</sup>, Trần Doãn Tú<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Bộ môn Phụ sản, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

<sup>2</sup> Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

doi: 10.46755/vjog.2022.4.1494

Tác giả liên hệ: Nguyễn Trần Thảo Nguyên, email: nttnguyen@huemed-univ.edu.vn.

Nhận bài (received): 05/09/2022 - Chấp nhận đăng (accepted): 15/02/2023.

### Tóm tắt

**Mở đầu:** Hiện nay, các bằng chứng cho thấy kết cục thai kỳ nhóm thai đủ tháng có thể khác nhau khi phân tích so sánh trong phạm vi mỗi tuần tuổi thai. Các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng ở đối tượng sản phụ mang thai con so có nguy cơ thai kỳ thấp, chuyển dạ ở tuần 39 của thai kỳ không làm giảm đáng kể tỷ lệ biến chứng chu sinh nhưng làm giảm đáng kể tỷ lệ sinh mổ.

**Mục tiêu:** Khảo sát kết cục thai kỳ và chuyển dạ ở những thai phụ mang thai con so từ 37<sup>+0</sup> đến 41<sup>+6</sup>.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 388 sản phụ mang thai con so chuyển dạ từ 37<sup>+0</sup> đến 41<sup>+6</sup> tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 8/2021 đến tháng 4/2022.

**Kết quả:** Có sự khác biệt BMI trước mang thai và tăng cân trong thai kỳ ở các nhóm sản phụ. Tỷ lệ sản phụ nước ối màu xanh và CTG nhóm III có xu hướng tăng ở nhóm thai quá ngày sinh dự đoán. Mổ lấy thai có tỷ lệ tăng dần theo tuần thai chuyển dạ sinh ( $p < 0,05$ ). Nhóm sản phụ chuyển dạ sinh ở tuần thai 40<sup>0-6</sup> có nguy cơ mổ lấy thai cao gấp 2,91 lần so với nhóm sản phụ chuyển dạ sinh ở tuần thai 39<sup>0-6</sup>. Điểm số Apgar phút 1 dưới 8 điểm gặp cao nhất ở nhóm chuyển dạ sinh tuần thai nhỏ hơn 38<sup>0-6</sup>. Số trường hợp theo dõi tại NICU chủ yếu ở nhóm dưới 38<sup>0-6</sup> và nhóm 41<sup>0-6</sup>.

**Kết luận:** Chuyển dạ sinh ở tuần thai 39<sup>0-6</sup> có tỷ lệ mổ lấy thai thấp hơn so với các tuần thai khác. Nhóm thai quá ngày sinh tăng có ý nghĩa tỷ lệ nước ối có phân su, CTG nhóm III và tỷ lệ con to.

**Từ khóa:** thai con so, mổ lấy thai.

## Evaluation pregnancy outcomes and labour characteristics in women at 37<sup>+0</sup> - 41<sup>+6</sup> weeks of gestation

Nguyen Tran Thao Nguyen<sup>1\*</sup>, Le Truong Quynh Giang<sup>2</sup>, Tran Doan Tu<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

<sup>2</sup> University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

### Abstract

**Background:** Currently, the evidence suggests that pregnancy outcomes in the term pregnancy group may differ in comparative analysis within each week of gestational age. Latest findings have shown that labor at 39 weeks in low-risk nulliparous women did not result in a significantly lower frequency of a composite adverse perinatal outcome, but it did result in a significantly lower frequency of cesarean delivery.

**Objectives:** To investigate pregnancy and labor outcomes in pregnant women from 37<sup>+0</sup> to 41<sup>+6</sup>.

**Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study on 388 nulliparous women that labor from 37<sup>+0</sup> to 41<sup>+6</sup> at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from August 2021 to April 2022.

**Results:** There was a difference in BMI before pregnancy and weight gain during pregnancy between the groups. The percentage of pregnant women have amniotic fluid with meconium and group III CTG tends to increase in the group of fetuses beyond the predicted due date. Caesarean section has an increasing rate according to the week of delivery ( $p < 0.05$ ). The group of women who gave birth at 40<sup>0-6</sup> weeks of gestation had a 2.91 times higher risk of cesarean section than the group of women who gave birth at 39<sup>0-6</sup> weeks of gestation. Apgar scores at minute 1 below 8 were highest in the groups that labor before 38<sup>0-6</sup> weeks of gestation. The number of follow-up cases at the NICU was mainly in the group before 38<sup>0-6</sup> and group 41<sup>0-6</sup>.

**Conclusion:** Labor at 39<sup>0-6</sup> weeks has a lower rate of cesarean section compared to other weeks of gestation. The group of fetuses past the due date significantly increased the percentage of amniotic fluid with meconium, group III CTG and the rate higher mean infant weight

**Keywords:** nulliparous women, cesarean section.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, các bằng chứng cho thấy kết cục thai kỳ nhóm thai đủ tháng có thể khác nhau khi phân tích so sánh trong phạm vi mỗi tuần tuổi thai. Ngày càng có nhiều nghiên cứu tập trung đánh giá vào việc lựa chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ tối ưu để giảm thiểu tốt nhất các kết quả chu sinh bất lợi cho nhóm thai đủ tháng [1], [2]. Mặc dù, thai kỳ đủ tháng được tính từ tuần thai thứ 37, liệu tuần thai nào sẽ có kết cục thai kỳ tối ưu, để đưa ra quyết định thích hợp cũng như tư vấn cho sản phụ. Các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng thai nhi được sinh ở tuổi thai từ 37 tuần 0 ngày đến 38 tuần 6 ngày có nguy cơ xảy ra các kết cục bất lợi ở trẻ sơ sinh cũng như có tỷ lệ mổ lấy thai tăng đáng kể so với thai nhi được sinh ở tuổi thai 39 tuần 0 ngày đến 40 tuần 6 ngày [4], [5]. Chuyển dạ ở 39 tuần của thai kỳ không những không làm tăng tỷ lệ tử vong chu sinh cũng như các biến chứng nặng của trẻ sơ sinh, mà còn giảm đáng kể tỷ lệ sinh mổ và các rối loạn tăng huyết áp liên quan đến thai kỳ [3], [5]. Hiện tại, ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu cụ thể nào liên quan đến kết cục thai kỳ của sản phụ mang thai con so, đơn thai, so sánh giữa các tuần thai. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Khảo sát kết cục thai kỳ và chuyển dạ ở những thai phụ mang thai con so từ 37<sup>0</sup> đến 41<sup>6</sup>.

### 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 388 sản phụ con so, đơn thai nhập viện tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

**2.2. Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**2.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh:** các sản phụ con so,

đơn thai, ngôi đầu, xác định rõ tuổi thai với tuổi thai từ 37 tuần 0 ngày đến 41 tuần 6 ngày có dấu hiệu chuyển dạ tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 8/2021 đến tháng 4/2022.

#### 2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

**Bước 1:** Khám sản phụ, xác định tuổi thai, đánh giá các yếu tố liên quan.

**Bước 2:** Ghi nhận các dấu hiệu chuyển dạ, trong sinh và sau sinh của mẹ và trẻ gồm:

- Phương pháp kết thúc chuyển dạ (sinh thường, sinh mổ hay sinh thủ thuật).
- Đánh giá chỉ số Apgar ở thời điểm 1 phút và 5 phút của trẻ sơ sinh.
- Ghi nhận trọng lượng sơ sinh, giới tính và các biến chứng ở trẻ sơ sinh (nếu có): nhiễm trùng sơ sinh sớm, vàng da sớm, dị tật bẩm sinh, tử vong và biến chứng khác.
- Ghi nhận lượng máu mất sau sinh và biến chứng sau sinh ở sản phụ (nếu có): băng huyết sau sinh, nhiễm trùng hậu sản, bí tiểu sau sinh, tử vong và biến chứng khác.

**Bước 3:** Thu thập số liệu, phân tích và viết báo cáo.

#### 2.5. Phân tích và xử lý số liệu

Sử dụng kiểm định Chi-square để phân tích sự khác biệt của các tỷ lệ. Kiểm định ANOVA để so sánh sự khác biệt giá trị trung bình của các nhóm. Sử dụng phép phân tích hồi quy đa biến để xác định chỉ số nguy cơ OR hiệu chỉnh theo các biến độc lập: thời điểm kết thúc thai kỳ, mức tăng cân trong thai kỳ, BMI trước mang thai, màu sắc ối, kết quả siêu âm nước ối. Chúng tôi sử dụng nhóm sản phụ chuyển dạ sinh tuần thai 39<sup>0-6</sup> làm nhóm tham chiếu cho các nhóm còn lại. Số liệu thu thập được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

### 3. KẾT QUẢ

**Bảng 3.1.** Một số đặc điểm chung

		Tuần ≤ 38 <sup>0-6</sup> (n = 95)		Tuần 39 <sup>0-6</sup> (n = 141)		Tuần 40 <sup>0-6</sup> (n = 121)		Tuần 41 <sup>0-6</sup> (n = 31)		P
Tuổi	≤ 18	6	6,3	4	2,8	9	7,4	4	12,9	p > 0,05
	19 – 34	89	93,7	133	94,4	27	91,7	27	87,1	
	≥ 35	0	0	4	2,8	1	0,9	0	0	
	± SD	24,5 ± 3,6		26,0 ± 4,3		24,7 ± 3,6		23,6 ± 3,5		p < 0,05
BMI trước mang thai (kg/m <sup>2</sup> )	± SD	21,9 ± 3,11		20,4 ± 2,40		20,9 ± 2,9		21,8 ± 3,1		p < 0,05
	Tăng cân trong thai kỳ (kg)	± SD	14,2 ± 5,1		14,5 ± 4,2		14,8 ± 4,5		15,8 ± 3,5	
Màu sắc ối	Trong	77	81,1	110	78,0	75	62,0	19	61,3	p < 0,05
	Xanh	18	18,9	31	22,0	46	38,0	21	38,7	

<b>Siêu âm nước ối</b>	Bình thường	84	88,4	128	90,8	110	90,9	29	93,5	p > 0,05
	Bất thường	11	11,6	13	9,2	11	9,1	2	6,5	
<b>Phân loại CTG</b>	Nhóm I	70	73,7	116	82,3	86	71,1	22	71,0	p > 0,05
	Nhóm II	17	17,9	20	14,2	28	23,1	4	12,9	
	Nhóm III	8	8,4	5	3,5	7	5,7	5	16,1	

Tuổi mẹ trung bình ở nhóm chuyển dạ sinh tuần thai 39<sup>0-6</sup> là 26,0 ± 4,3, cao hơn các nhóm còn lại (p < 0,05). Có sự khác biệt BMI trước mang thai và tăng cân trong thai kỳ ở các nhóm sản phụ. Tỷ lệ sản phụ nước ối màu xanh có xu hướng tăng ở nhóm sản phụ chuyển dạ sinh theo tuần thai (p < 0,05). Lượng nước ối và phân loại CTG ở các nhóm sản phụ không có sự khác biệt.

**Bảng 3.2.** Một số đặc điểm chuyển dạ và kết thúc thai kỳ

		Tuần ≤ 38 <sup>0-6</sup> (n = 95)	Tuần 39 <sup>0-6</sup> (n = 141)	Tuần 40 <sup>0-6</sup> (n = 121)	Tuần 41 <sup>0-6</sup> (n = 31)	P				
<b>Chuyển dạ</b>	Tự phát	91	95,8	136	96,5	91	75,2	18	58,1	p < 0,05
	KPCD	4	4,2	5	3,5	30	24,8	13	41,9	
<b>Phương pháp kết thúc thai kỳ</b>	Sinh ngã âm đạo	49	51,6	81	57,4	37	30,6	9	29,0	p < 0,05
	Mổ lấy thai	46	48,4	60	42,6	84	69,4	22	71,0	
<b>Cân nặng trẻ sơ sinh</b>	< 2500gr	6	6,3	2	1,4	1	0,8	0	0	p < 0,05
	2500 - 3500 gr	79	83,2	119	84,4	82	67,8	22	71,0	
	> 3500 gr	10	10,5	20	14,2	38	31,4	9	29,0	
<b>Apgar 1 phút</b>	≥ 8	84	88,4	133	94,3	115	95,0	28	90,3	p > 0,05
	< 8	11	11,6	8	5,7	6	5,0	3	9,7	
<b>Biến chứng mẹ</b>	Nhiễm trùng hậu sản	1	1,1	1	0,7	2	1,7	1	3,2	-
	Đờ tử cung	0	0	0	0	4	3,3	2	6,5	
	Nằm viện dài ngày	1	1,1	0	0	1	0,8	0	0	
	Không có biến chứng	93	97,8	140	99,3	114	94,2	28	90,3	
<b>Biến chứng trẻ</b>	Vàng da sớm	1	1,1	0	0	1	0,8	2	6,5	-
	Theo dõi tại NICU	7	7,3	4	2,8	3	2,5	5	16,0	
	Không có biến chứng	87	91,6	137	97,2	117	96,7	24	6,5	

Nhóm sản phụ chuyển dạ ở tuần thai 39<sup>0-6</sup> có tỷ lệ chuyển dạ tự phát cao nhất (96,5%). Mổ lấy thai có tỷ lệ tăng dần theo tuần thai chuyển dạ sinh (p < 0,05). Điểm số Apgar phút 1 dưới 8 gặp cao nhất ở nhóm chuyển dạ sinh tuần thai nhỏ hơn 38<sup>0-6</sup>. Số trường hợp theo dõi tại NICU chủ yếu ở nhóm dưới 38<sup>0-6</sup> và nhóm 41<sup>0-6</sup>.

**Bảng 3.3.** Một số yếu tố liên quan đến tuần thai kết thúc thai kỳ

		Tuần $\leq 38^{0-6}$ (n = 95)	Tuần $39^{0-6}$ (n = 141)	Tuần $40^{0-6}$ (n = 121)	Tuần $41^{0-6}$ (n = 31)
<b>Mổ lấy thai</b>	OR	1,16	1	2,91	2,73
	95% CI	0,81 - 2,31	-	1,12 - 3,58	1,31 - 4,72
	p	0,6	-	0,000	0,03
<b>Cân nặng trẻ sơ sinh</b>	$\pm$ SD	3042,1 $\pm$ 385,7	3150,4 $\pm$ 342,8	3370,3 $\pm$ 348,7	3361,3 $\pm$ 354,7
	MD (95% CI)	108,3 (15,2 - 201,3)	-	-219,9 (-306,8 - 133,0)	-210,9 (-349,9 - 71,89)
	p	0,023	-	0,000	0,003

Nhóm sản phụ chuyển dạ sinh ở tuần thai  $40^{0-6}$  có nguy cơ mổ lấy thai cao gấp 2,91 lần so với nhóm sản phụ chuyển dạ sinh ở tuần thai  $39^{0-6}$ .

Cân nặng trung bình của trẻ sinh ở tuần thai  $39^{0-6}$  thấp hơn nhóm sinh ở tuần thai  $40^{0-6}$  và  $41^{0-6}$ , cao hơn nhóm sinh ở tuần thai nhỏ hơn  $38^{0-6}$ ,  $p < 0,05$ .

#### 4. BÀN LUẬN

Hiện nay, theo ACOG, định nghĩa thai kỳ đủ tháng được tính  $37^{+0}$  đến  $41^{+6}$ . Thời điểm sinh thích hợp là một yếu tố quan trọng để đánh giá kết cục thai kỳ. Như chúng ta đã biết, thai kỳ non tháng hay già tháng đều làm tăng nguy cơ tỷ lệ mắc bệnh cũng như tỷ lệ tử vong. Đối với nhóm thai từ  $37^{+0}$  đến  $41^{+6}$ , thì các kết cục bất lợi cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu ở hai đầu tuổi thai nhóm này. Hiện nay, các nghiên cứu trên thế giới đã thực hiện ở bước lựa chọn tuổi thai để tiến hành khởi phát chuyển dạ nhằm có được thời điểm sinh tối ưu, hạn chế các rủi ro cho thai phụ và trẻ sơ sinh. Nghiên cứu của chúng tôi hiện đang cắt ngang mô tả so sánh giữa các tuần thai để đánh giá tuần thai nào có được kết cục thai kỳ khả quan hơn so với những thai kỳ còn lại, là tiền đề có thể thực hiện những nghiên cứu lớn hơn, để có thể lựa chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ tối ưu ở những trường hợp mổ lấy thai chủ động hay lựa chọn tuần thai để khởi phát chuyển dạ thích hợp.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được một số kết quả đáng lưu ý:

Liên quan các đặc điểm thai kỳ, trung bình tăng cân trong thai kỳ ở tuần thai 41 ( $15,8 \pm 3,5$ ), cao hơn so với các tuần thai khác có trung bình tăng cân trong thai kỳ ở mức 14 (kg). Ở các tuần thai quá ngày sinh, xu hướng sản phụ tăng cân nhiều hơn, đây cũng là yếu tố thuận lợi làm tăng tỷ lệ thai to cũng như các vấn đề liên quan đến mẹ trong thời kỳ hậu sản.

Liên quan đến các vấn đề xảy ra trong quá trình chuyển dạ: tỷ lệ nước ối có phân su có xu hướng tăng ở nhóm tuần thai thứ 40 và 41 tuần; tỷ lệ CTG bất thường

ở tuần thai 41 tuần là 16,1%, tăng cao hơn so với các tuần thai khác (bảng 3.1). Điều này phù hợp với thay đổi của một thai kỳ đủ tháng, khi tuổi thai quá ngày sinh dự đoán, chức năng bánh nhau giảm là tiền đề của thiếu ối, thai suy. Tỷ lệ nước ối có phân su được ghi nhận tăng theo tuần thai trong nghiên cứu của tác giả Yvonne W Cheng và cộng sự với số liệu lần lượt 2,27% (37 tuần), 3,24% (38 tuần), 5,20% (39 tuần), 7,39% (40 tuần), 10,33% (41 tuần) [6].

Nhận định về kết cục thai kỳ nói chung, từ bảng 3.2 thấy được các kết cục thai kỳ về phía mẹ và về phía thai ở tuần thai thứ 39 có khả quan hơn so với các tuần thai còn lại. Liên quan trọng lượng thai, thai to trên 3500 gram có tỷ lệ cao ở nhóm thai 40 và 41 tuần (31,4% và 29%) cao hơn so với nhóm tuần thai nhỏ hơn  $38^{0-6}$  (10,5%) và nhóm tuần thai  $39^{0-6}$  (14,2%); Cân nặng trung bình của trẻ sinh ở tuần thai  $39^{0-6}$  thấp hơn nhóm sinh ở tuần thai  $40^{0-6}$  và  $41^{0-6}$ . Thai kỳ càng phát triển đến giai đoạn cuối, cân nặng trẻ sẽ đạt mốc tối đa tiềm năng phát triển của trẻ, chính vì vậy ở những tuần thai cuối, trọng lượng trẻ có xu hướng cao hơn so với các tuần thai khác. Đây là kết quả ghi nhận trong một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu tác giả Yvonne và cộng sự ghi nhận nhóm thai 41 tuần tỷ lệ con to trên 4000 gram chiếm tỷ lệ cao nhất 19,23%; nhóm thai 40 tuần là 12,64%, cao hơn hẳn so với tuần thai thứ 39 (7,88%); tuần thai thứ 38 (4,56%) [6]. Mặc dù tiêu chuẩn chẩn đoán trọng lượng thai to giữa nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác có chênh lệch nhau, do sự khác biệt giữa người châu Á và Châu Mỹ nhưng về mặt sinh lý phát triển vẫn tương tự nhau.

Thai suy và thai to là điểm nổi bật ở nhóm tuần thai 40, 41 tuần; đưa đến tỷ lệ mổ lấy thai cao ở nhóm này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đỡ tử cung chỉ xảy ra 6 trường hợp, mặc dù số lượng không nhiều, tuy nhiên các trường hợp này đều xảy ra ở nhóm thai 40 và 41 tuần, điều này có thể liên quan đến tỷ lệ thai to chủ yếu xảy ra ở nhóm thai 40 tuần trở lên.

Với phương pháp kết thúc thai kỳ, tỷ lệ mổ lấy thai ở các tuần tuổi thai lần lượt là 48,4%, 42,6%, 69,4% và 71%: thấp nhất ở nhóm tuần thai 39 tuần và cao ở các thai kỳ quá ngày sinh dự đoán. Ngoài ra, ở bảng 3.3 còn ghi nhận được nhóm sản phụ chuyển dạ sinh ở tuần thai 40<sup>0-6</sup> có nguy cơ mổ lấy thai cao gấp 2,91 lần so với nhóm sản phụ chuyển dạ sinh ở tuần thai 39<sup>0-6</sup>. So với một số nghiên cứu khác: nghiên cứu của Han Yang Cheng và cộng sự (2019) ghi nhận tỷ lệ MLT tăng có ý nghĩa theo tuần tuổi thai theo tỷ lệ lần lượt 7,0% (nhóm 39 tuần); 7,4% (nhóm 40 tuần) và 11,4% (nhóm 41 tuần) [7]. Trong nghiên cứu của tác giả William A. Grobman và cs (2019) đưa ra nhận định khi KPCD ở thai 39 tuần, tỷ lệ MLT giảm có ý nghĩa thống kê (RR 0,83; 95%CI 0,74-0,93; p = 0,002) [8]. Theo kết quả của nhóm tác giả Mạng lưới Y khoa Bà mẹ - Bào thai đánh giá kết cục thai kỳ và thời điểm sinh của nhóm thai phụ con so cũng ghi nhận nhóm tuổi thai 40, 41 tuần tăng tỷ lệ mổ lấy thai 1,75 lần so với nhóm tuổi thai 39 tuần (OR =1,75 (1,41 - 2,16)) [9]. Thử nghiệm ARRIVE (2019) ghi nhận KPCD chủ động ở tuần thai 39 làm giảm có ý nghĩa tỷ lệ MLT từ 22,2% xuống 18,6% (RR 0,84; 95%CI 0,76 - 0,93; p < 0,001) so với nhóm không can thiệp [5]. Nhìn chung, số liệu so sánh cho thấy, tỷ lệ mổ lấy thai ở nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi vẫn có điểm tương đồng đó là so với nhóm thai quá ngày sinh tỷ lệ mổ lấy thai giảm ở tuần thai thứ 39.

Liên quan chỉ số IA của trẻ, chúng tôi ghi nhận nhóm IA < 8 điểm ở các nhóm tuổi thai lần lượt là 11,6%; 5,7%; 5,0%; 9,7%. IA thấp < 8 có tỷ lệ cao ở nhóm thai nhỏ hơn 38 tuần tuổi và nhóm thai quá ngày sinh. Một phân tích tổng quan có hệ thống của tác giả Eun Duc Na và cộng sự (2019) đánh giá kết cục thai kỳ ở những thai phụ đủ tháng nguy cơ thấp từ tuần thai thứ 37<sup>+0</sup> đến 40<sup>+6</sup> có kết quả tăng tỷ lệ theo dõi tại NICU ở nhóm khởi phát chuyển dạ ở tuần thai thứ 38 so với nhóm chứng (13,5% so với 2,7%) [11]. Một nghiên cứu khác của tác giả Yvonne W. Cheng và cộng sự có kết quả các bệnh lý phổi nặng có tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuần thai thứ 37 (aOR 3,12 [95% CI, 2,90 - 3,38]); và tuần thai thứ 38 (aOR 1,30 [95% CI, 1,19 - 1,43]) [6]. Ngoài ra, nghiên cứu này cũng ghi nhận IA thấp có tỷ lệ cao ở nhóm thai 41 tuần. Điều này là mối quan hệ tương hỗ giữa thai quá ngày sinh, thai suy, tăng tỷ lệ suy hô hấp sau sinh. Ngoài ra, với những trường hợp IA thấp ở nhóm thai đủ tháng sớm, mặc dù tỷ lệ thấp, điều này có lẽ liên quan đến nhóm đến nhóm bệnh lý suy hô hấp do bệnh lý màng trong vẫn có thể xảy ra ở nhóm thai đủ tháng giai đoạn sớm.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trong thời gian ngắn, đồng thời trong giai đoạn làn sóng thứ 3 của dịch bệnh COVID-19 tại Việt Nam nên số liệu hạn chế giữa các nhóm so sánh cũng như so với các nghiên cứu đa trung tâm trên thế giới.

## 5. KẾT LUẬN

Nhìn chung với các nhóm thai phụ sinh từ tuần thai 37<sup>+0</sup> đến 41<sup>+6</sup>, ở nhóm thai kỳ đủ tháng sớm và thai quá ngày sinh tăng tỷ lệ chỉ số IA thấp so với tuần thai thứ 39; tỷ lệ mổ lấy thai thấp hơn ở tuần thai 39 tuần so với các tuần thai còn lại.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). ACOG committee opinion no. 561: Nonmedically indicated early-term deliveries. *Obstet Gynecol.* 2013;121(4):911–915.
2. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). Committee Opinion No. 687: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstet Gynecol.* 2017;129(2):e20–e28.
3. Spong CY. Defining “term” pregnancy: recommendations from the Defining “Term” Pregnancy Workgroup. *JAMA.* 2013;309(23):2445–2446.
4. Sengupta, S., Carrion, V., Shelton, J., et al. (2013), “Adverse neonatal outcomes associated with early-term birth”, *JAMA Pediatr.* 167(11), pp. 1053-9.
5. Tita A. T. N., Doherty, L., Grobman, W. A., et al. (2021), “Maternal and Perinatal Outcomes of Expectant Management of Full-Term, Low-Risk, Nulliparous Patients”, *Obstet Gynecol.* 137(2), pp. 250-257.
6. Yvonne W. Cheng, James M. Nicholson et al (2008), “Perinatal outcomes in low-risk term pregnancies: do they differ by week of gestation?,” *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 370.e2
7. Chen, H. Y., Grobman, W. A., Blackwell, S. C., et al. (2019), “Neonatal and Maternal Adverse Outcomes Among Low-Risk Parous Women at 39-41 Weeks of Gestation”, *Obstet Gynecol.* 134(2), pp. 288-294.
8. Grobman, W. A. and Caughey, A. B. (2019), “Elective induction of labor at 39 weeks compared with expectant management: a meta-analysis of cohort studies”, *Am J Obstet Gynecol.* 221(4), pp. 304-310
9. Maternal-Fetal Medicine Units Network, Bethesda, Alan Thevenet. Tita, et al (2012), “Timing of Delivery and Pregnancy Outcomes Among Laboring Nulliparous Women” *Am J Obstet Gynecol.* 2012 March ; 206(3): 239.e1–239.e8.
10. Suzan L. Carmichael, Jonathan M. Snowden (2019), “The ARRIVE Trial – Interpretation from an Epidemiologic Perspective” *J Midwifery Womens Health.* 2019 September ; 64(5): 657–663.
11. Eun Duc Na, Sung Woon Chang, Eun Hee Ahn et al (2019), “Pregnancy outcomes of elective induction in low-risk term pregnancies”, *Medicine* (2019) 98:8(e14284).