

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SẢN KHOA Ở THAI PHỤ LỚN TUỔI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Hoàng Thủy Tiên¹, Nguyễn Thị Huyền Anh^{2,3}

Nguyễn Đình Ký³ và Nguyễn Mạnh Thắng^{2,3,✉}

¹Trung tâm Y tế An Dương

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sản khoa trên 347 thai phụ lớn tuổi đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong năm 2024. Kết quả ghi nhận phần lớn thai phụ thuộc nhóm tuổi 35 - 39 (64,8%), đa số sống tại khu vực thành thị (69,2%) và có chỉ số BMI ≥ 23 kg/m² (90,5%). Tỷ lệ hỗ trợ sinh sản chiếm 29,4%, đa thai chiếm 15,9%. Về đặc điểm lâm sàng, đái tháo đường thai kỳ là biến chứng nội khoa thường gặp nhất (21,3%), tăng huyết áp thai kỳ gặp trong 6,3% số thai phụ, 16,4% thai phụ bị thiếu máu, 12,4% có protein niệu $\geq 0,3$ g/L. Tuổi thai trung bình khi kết thúc thai kỳ là 36,6 tuần, tỷ lệ trẻ sinh non là 25,4%. Tỷ lệ mổ lấy thai cao (69,7%), thai ngòai chỏm chiếm 65,7%. Các biến chứng mẹ thường gặp gồm thiếu máu (16,4%), ối vỡ non (23,9%) và chảy máu sau đẻ (4%). Về biến chứng thai, nhẹ cân (< 2500g) chiếm 25,4%, suy hô hấp sơ sinh 15,6%, thai chậm phát triển trong tử cung 8,9%, tử vong sau sinh 4,3%. Không ghi nhận trường hợp tử vong mẹ.

Từ khóa: Thai phụ lớn tuổi, hỗ trợ sinh sản, mổ lấy thai, đái tháo đường thai kỳ, sinh non.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mẹ lớn tuổi (advanced maternal age - AMA) được định nghĩa là những thai phụ từ 35 tuổi trở lên tại thời điểm dự kiến sinh.¹ Theo dữ liệu từ Trung tâm Dự phòng và Kiểm soát Bệnh tật Hoa Kỳ (CDC) năm 2020, gần 19% tổng số ca sinh tại Mỹ có tuổi mẹ từ 35 trở lên. Kết hôn muộn, trì hoãn sinh con vì áp lực công việc và những tiến bộ trong kỹ thuật hỗ trợ sinh sản là các nguyên nhân hàng đầu làm gia tăng xu hướng này.² Những thập kỷ gần đây, Việt Nam cũng ghi nhận sự thay đổi trong mô hình sinh với mức sinh thấp và độ tuổi sinh con lần đầu tăng. Số liệu thống kê cho thấy độ tuổi trung

bình của những thai phụ sinh con lần đầu tại Việt Nam năm 2011 là 30,1 tuổi, cao hơn 6,3 tuổi so với năm 1994. Một số nghiên cứu đã chứng minh rằng mẹ lớn tuổi có nguy cơ cao gặp các biến chứng sản khoa như tăng huyết áp thai kỳ, đái tháo đường, tai biến sản khoa nặng, ngòai bất thường, mổ lấy thai và tử vong mẹ.³ Trẻ sinh từ nhóm này cũng có tỷ lệ cao hơn về sinh non, nhẹ cân, điểm Apgar thấp, dị tật bẩm sinh, bất thường nhiễm sắc thể và tử vong chu sinh.⁴ Tại Việt Nam, hiện chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sản khoa của các thai phụ lớn tuổi. Việc nghiên cứu về kết cục thai kỳ ở nhóm đối tượng này là hết sức cần thiết, giúp bác sĩ lâm sàng tiên lượng tốt hơn các biến chứng có thể xảy ra, từ đó đưa ra phương án theo dõi và xử trí phù hợp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm

Tác giả liên hệ: Nguyễn Mạnh Thắng

Trung tâm Y tế An Dương

Email: manhtang@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 25/04/2025

Ngày được chấp nhận: 11/06/2025

sàng và cận lâm sàng của các thai phụ lớn tuổi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương; 2) Đánh giá kết quả sản khoa của các thai phụ lớn tuổi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Những thai phụ từ 35 tuổi trở lên đến khám và sinh con tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ ngày 01/01/2024 đến ngày 31/12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Thai phụ có tuổi từ 35 trở lên tại thời điểm mang thai (tuổi tính theo năm dương lịch).

- Tuổi thai từ 22 đến 41 tuần (được xác định dựa trên ngày đầu kỳ kinh cuối với thai phụ kinh nguyệt đều và nhớ chính xác ngày kinh hoặc dựa trên dự kiến sinh theo mốc siêu âm thai 12 tuần).

- Bệnh án đầy đủ thông tin phục vụ cho các biến số nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các thai phụ có bệnh lý khác trước khi mang thai có khả năng ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu như: bệnh lý tim mạch (tăng huyết áp mạn, bệnh tim bẩm sinh); bệnh thận mạn, bệnh gan mạn; bệnh nội tiết (suy giáp, cường giáp, đái tháo đường type 1, type 2); bệnh lý thần kinh; rối loạn đông máu khác hoặc bệnh tự miễn.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

Sử dụng dữ liệu bệnh án thu thập tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong khoảng thời gian từ ngày 01/01/2024 đến ngày 31/12/2024.

Cỡ mẫu nghiên cứu và cách chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức xác định tỷ lệ trong nghiên cứu mô tả cắt ngang:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n: cỡ mẫu tối thiểu cần thiết.

Z: hệ số tin cậy theo phân phối chuẩn. Với

độ tin cậy 95%, $Z = 1,96$.

p: tỷ lệ ước tính của đặc điểm nghiên cứu trong quần thể. Theo nghiên cứu của Mélanie Vandekerckhove (2021), tỷ lệ thai phụ ≥ 35 tuổi là 24%, do đó $p = 0,24$.

d: sai số tuyệt đối cho phép, chọn $d = 0,045$.

Thay vào công thức: $n = (1,96)^2 \times [0,24 \times (1 - 0,24)] / (0,045)^2 = 3,8416 \times 0,1824 / 0,002025 \approx 347$.

Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu là 347 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng theo thời gian (chia làm 12 tháng) số lượng bệnh án thu thập được là 347, đáp ứng yêu cầu về cỡ mẫu tối thiểu đã được tính toán.

Phương pháp thu thập thông tin

Lựa chọn hồ sơ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm nhân khẩu học – xã hội: tuổi mẹ, nơi cư trú, dân tộc, số lần mang thai (gravida) và phương thức mang thai (tự nhiên hay hỗ trợ sinh sản).

- Đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng: chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index - BMI), tuổi thai khi nhập viện và các biến chứng trong thai kỳ của mẹ như tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK), nhau tiền đạo.

- Kết quả sản khoa bao gồm tuổi thai khi kết thúc thai kỳ, phương pháp sinh, các biến chứng sản khoa ở mẹ (tiền sản giật, chảy máu sau đẻ...) và biến chứng ở thai nhi như non tháng, suy thai, nhẹ cân, tử vong chu sinh.

+ Tiền sản giật nhẹ được định nghĩa là khi huyết áp tâm thu (HATT) ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương (HATT_r) ≥ 90 mmHg kèm theo protein niệu $\geq 0,3$ g/24 giờ hoặc protein niệu 1+ (mẫu thử ngẫu nhiên), xuất hiện sau tuần 20 của thai kỳ.

+ Chảy máu sau đẻ: Theo Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization - WHO) chảy

máu sau đẻ bao gồm tất cả các trường hợp chảy máu sau khi sổ thai mà lượng máu chảy ra vượt quá 500ml hoặc có ảnh hưởng xấu đến toàn trạng của thai phụ.⁶

+ Sơ sinh non tháng: trẻ non tháng là trẻ sinh ra trước 37 tuần thai và có thể sống được.⁵

+ Suy thai là một tình trạng bệnh lý xảy ra trong quá trình thai nghén hoặc trong chuyển dạ mà hậu quả cuối cùng là thiếu oxy trong máu và trong tổ chức của thai gây nên các rối loạn về chuyển hóa làm tăng quá trình tích tụ CO₂ trong cơ thể thai nhi.⁶

+ Sơ sinh nhẹ cân: trẻ sơ sinh nhẹ cân là trẻ sơ sinh có cân nặng < 2500gr.⁷

+ Tử vong chu sinh được định nghĩa là tử vong xảy ra từ tuần thứ 22 của thai kỳ (hoặc khi thai nặng ≥ 500g) đến hết 7 ngày đầu sau sinh sống.⁸

Để hạn chế và giảm thiểu sai số trong nghiên cứu, nhóm tác giả đã áp dụng các phương pháp trong thu thập số liệu như sau:

• Huyết áp được đo bằng máy đo huyết áp tự động OMRON 9020 (Nhật Bản) đã được kiểm chuẩn định kỳ theo khuyến cáo của Bộ Y tế. Đo ở tư thế ngồi, sau khi nghỉ ngơi ít nhất 5 phút, đo hai lần cách nhau ít nhất 1 - 2 phút và lấy trung bình cộng. Áp dụng theo tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp thai kỳ của ACOG (2020).

• Cân nặng và chiều cao - BMI: thai phụ được cân bằng cân đồng hồ cơ học (mechanical dial scale) hiệu Horse brand (Trung Quốc) model TZ-120 độ chính xác ± 100g, đo vào buổi sáng khi chưa ăn.

• Chiều cao đo bằng thước đo gắn tường cố định, lấy đến đơn vị cm.

$$\text{BMI} = \text{cân nặng (kg)} / [\text{chiều cao (m)}]^2$$

• Phân loại BMI theo chuẩn châu Á của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO): BMI ≥ 23 kg/m² được xem là thừa cân ở phụ nữ châu Á.

• Trẻ được cân bằng cân đồng hồ lò xo (cân trẻ sơ sinh) (Nhân Hòa - Việt Nam QĐ: 1988/QĐ-TĐC). Mức cân lớn nhất 20kg, mức cân nhỏ nhất 500g. Giá trị độ chia điểm: e = d = 50g, cấp chính xác 4.

Phân tích số liệu

Số liệu được thu thập và quản lý trên phần mềm REDCap. Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 20.0. Các biến được biểu diễn dưới dạng phần trăm.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Phụ sản Trung ương phê duyệt (Số: 357/CN-PSTW, ngày 26/02/2025).

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm (n = 347)	n (%)
<i>Tuổi mẹ</i>	35 - 39	225 (64,8%)
	40 - 44	104 (30,0%)
	≥ 45	18 (5,2%)
	Trung bình	38,97 ± 3,01
<i>Nơi ở</i>	Nông thôn	107 (30,8%)
	Thành thị	240 (69,2%)
<i>Dân tộc</i>	Kinh	330 (95,1%)
	Dân tộc thiểu số	17 (4,9%)

	Đặc điểm (n = 347)	n (%)
<i>Chỉ số BMI</i>	< 18,5 kg/m ²	3 (0,9%)
	18,5 - 22,9 kg/m ²	30 (8,6%)
	≥ 23 kg/m ²	314 (90,5%)
<i>Số lần mang thai</i>	Con so	55 (15,9%)
	Con rạ	292 (84,1%)
<i>Đa thai</i>	Có	55 (15,9%)
	Không	292 (84,1%)
<i>Cách thức mang thai</i>	Tự nhiên	245 (70,6%)
	Hỗ trợ sinh sản	102 (29,4%)

Phần lớn thai phụ trong nghiên cứu thuộc nhóm tuổi 35 - 39 (64,8%), số thai phụ từ 45 tuổi trở lên chỉ chiếm 5,2%, sống ở khu vực thành thị (69,2%), dân tộc Kinh chiếm 95,1%. Tỷ lệ BMI ≥

23 kg/m² rất cao (90,5%). Thai phụ con rạ chiếm đa số (84,1%). Số liệu cũng cho thấy tỷ lệ hỗ trợ sinh sản (Assisted Reproductive Technology – ART) và đa thai lần lượt là 29,4% và 15,9%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm (n = 347)	n (%)
<i>Đái tháo đường thai kỳ</i>	Có	74 (21,3%)
	Không	273 (78,7%)
<i>Tăng huyết áp (THA) trong thai kỳ</i>	Tiền sản giật	5 (1,4%)
	Sản giật	1 (0,3%)
	THA thai kỳ	16 (4,6%)
<i>Hb (g/l)</i>	< 110	57 (16,4%)
	≥ 110	290 (83,6%)
<i>Tiểu cầu (G/l)</i>	< 100	1 (0,3%)
	≥ 100	346 (99,7%)
<i>AST(UI/l)</i>	≥ 70	6 (1,7%)
	< 70	341 (98,3%)
<i>ALT(UI/l)</i>	≥ 70	6 (1,7%)
	< 70	341 (98,3%)
<i>Creatinin (mg/dl)</i>	≥ 1,1	1 (0,3%)
	< 1,1	346 (99,7%)
<i>Protein niệu (g/l)</i>	≥ 0,3	43 (12,4%)
	< 0,3	304 (87,6%)

Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ trong nhóm nghiên cứu khá cao (21,3%), trong khi các rối loạn tăng huyết áp thai kỳ như tiền sản giật, sản giật có tỷ lệ thấp (tổng cộng 6,3%), tăng huyết áp thai kỳ đơn thuần là 4,6%. Hầu hết

thai phụ có chỉ số huyết sắc tố, tiểu cầu, men gan trong giới hạn bình thường. Đặc biệt, 99,7% đối tượng có creatinin < 1,1 mg/dL. Tỷ lệ protein niệu $\geq 0,3$ g/L có 43 thai phụ chiếm 12,4%.

Bảng 3. Kết quả sản khoa của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm (n = 347)	n (%)
<i>Tuổi thai khi kết thúc thai nghén (tuần)</i>	< 28	19 (5,5%)
	28 - 36,6	69 (19,9%)
	≥ 37	259 (74,6%)
	Trung bình	36,6
<i>Ngôi thai</i>	Ngôi chỏm	228 (65,7%)
	Ngôi mông	60 (17,3%)
	Ngôi vai	24 (6,9%)
	Ngôi khác	35 (10,1%)
<i>Phương pháp kết thúc thai nghén</i>	Đẻ đường âm đạo tự nhiên	103 (29,7%)
	Đẻ đường âm đạo có can thiệp	2 (0,6%)
	Mổ lấy thai	242 (69,7%)
<i>Bệnh lý bánh nhau</i>	Nhau tiền đạo	22 (6,3%)
	Nhau bong non	1 (0,3%)
	Nhau cài răng lược	10 (2,9%)
<i>Tình trạng ối khi nhập viện</i>	Ổi bình thường	274 (79%)
	Thiếu ối	27 (7,8%)
	Đa ối	46 (13,3%)
<i>Ổi vỡ non/ Ổi vỡ sớm</i>		83 (23,9%)
<i>Chảy máu sau đẻ</i>		14 (4%)
<i>Tử vong</i>		0 (0%)

Trong nghiên cứu, tuổi thai trung bình kết thúc thai nghén là 36,6 tuần, thai cực non (< 28 tuần) chiếm tỷ lệ 5,5%. Đa phần thai phụ của nhóm nghiên cứu có chỉ số ối bình thường 79%. Về ngôi thai, ngôi chỏm chiếm đa số 228 thai phụ chiếm 65,7%. Các phương pháp kết thúc thai nghén gồm có đẻ đường âm đạo tự nhiên chiếm 29,7%, đẻ đường âm đạo có can

thiệp (forceps) chiếm 0,6%, mổ đẻ chiếm tỷ lệ cao 69,7%. Tỷ lệ sử dụng oxytocin là 6,9%. Về tình trạng của bánh nhau, tỷ lệ nhau tiền đạo (6,3%) và nhau cài răng lược (2,9%), nhau bong non 0,3%. Biến chứng thai phụ gặp nhiều nhất là ối vỡ non, ối vỡ sớm 23,9%, thiếu máu (16,4%), chảy máu sau đẻ (4%), không ghi nhận tử vong mẹ.

Bảng 4. Biến chứng thai nhi

Đặc điểm (n = 347)	n (%)
Cân nặng lúc sinh (g)	< 1000
	17 (4,9%)
	1000 - <1500
	18 (5,2%)
1500 - <2500	53 (15,3%)
	≥ 2500
	259 (74,6%)
Dị tật bẩm sinh	Có
	11 (3,2%)
	Không
	336 (96,8%)
Thai chết lưu	Có
	1 (0,3%)
	Không
	346 (99,7%)
Thai chậm tăng trưởng trong tử cung (Intrauterine Growth Restriction - IUGR)	Có
	31 (8,9%)
	Không
	316 (91,1%)
Thai suy	Có
	19 (5,5%)
	Không
	328 (94,5%)
Suy hô hấp sơ sinh	Có
	54 (15,6%)
	Không
	293 (84,4%)
Tử vong sau sinh	Có
	15 (4,3%)
	Không
	322 (95,7%)

Các biến chứng ở thai nhi khá đa dạng, tỷ lệ thai non tháng cao nhất (25,4%), suy hô hấp sơ sinh chiếm 15,6%, thai chậm tăng trưởng trong tử cung (8,9%). Tỷ lệ thai nhẹ cân ghi nhận được là 25,4%. Các biến chứng khác gồm thai suy (5,5%), tử vong sau sinh (4,3%), dị tật bẩm sinh (3,2%).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của thai phụ trong nghiên cứu là $38,97 \pm 3,01$, cao hơn đáng kể so với số liệu trước đó tại Việt Nam ($37,35 \pm 2,97$ theo Trương Thị Linh Giang, 2017), phản ánh xu hướng ngày càng gia tăng của sinh con muộn.⁹ Đặc điểm này đồng thời đặt ra nhiều thách thức sản khoa. Tỷ lệ con so chỉ chiếm 15,9%, trong khi gần một phần ba thai phụ mang thai nhờ kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (29,4%), cho thấy sự phụ

thuộc lớn vào can thiệp sinh sản trong nhóm tuổi này. Đáng chú ý, 90,5% thai phụ có chỉ số BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ vào thời điểm nhập viện.

Trong các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, đáng chú ý nhất là tỷ lệ thiếu máu (Hb < 110 g/L) được ghi nhận ở 16,4%, mặc dù đã loại trừ khỏi nghiên cứu các trường hợp có bệnh lý huyết học, thiếu máu mạn tính hoặc các bệnh gây thiếu máu khác. Điều này gợi ý vai trò nổi bật của thiếu máu thiếu sắt trong bối cảnh nhu cầu tạo máu tăng cao ở quý II–III của thai kỳ và dự trữ sắt kém ở phụ nữ lớn tuổi, cùng với giảm hấp thu vi chất như folate và vitamin B12 ở người lớn tuổi cũng góp phần vào cơ chế bệnh sinh.^{10,11}

Ngoài ra, 12,4% thai phụ có protein niệu $\geq 0,3 \text{ g/L}$ – ngưỡng được ACOG khuyến cáo dùng để tầm soát tiền sản giật khi đi kèm với

tăng huyết áp sau tuần 20. Ở phụ nữ mang thai khỏe mạnh, protein niệu có thể xuất hiện sinh lý do tăng lọc cầu thận, nhưng thường không vượt quá ngưỡng này. Phát hiện sớm và theo dõi protein niệu giúp đánh giá nguy cơ tiến triển thành tiền sản giật hoặc các biến chứng thai kỳ nặng, đặc biệt ở nhóm sản phụ lớn tuổi vốn có nguy cơ cao hơn.

Tuổi thai trung bình khi kết thúc thai kỳ là 36,6 tuần, với 25,4% sinh non và 5,5% sinh cực non (< 28 tuần). Con số này phù hợp với dữ liệu quốc tế – như nghiên cứu tại Thụy Điển và Phần Lan cho thấy nguy cơ sinh non tăng 59 - 70% ở nhóm phụ nữ ≥ 35 tuổi.^{12,13} Nguyên nhân có thể liên quan đến sự lão hóa sớm của các tế bào nhau, giảm khả năng xâm nhập và tân tạo mạch, dẫn đến suy nhau và sinh non. Các yếu tố đi kèm như stress oxy hóa, viêm nội mô và bệnh lý nền (THA, ĐTĐTK) cũng góp phần gây rối loạn tưới máu tử cung–nhau.^{10,13}

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 69,7% thai phụ mổ lấy thai, một tỷ lệ rất cao. Điều này có thể lý giải bởi tần suất cao của hỗ trợ sinh sản, ngôi bất thường và chỉ định mổ chủ động do tuổi mẹ. Đây là một vấn đề cần được cân nhắc kỹ lưỡng trong tư vấn sinh sản cho phụ nữ AMA. Vấn đề phổ biến nhất là ối vỡ non/ối vỡ sớm (23,9%). Về mặt sinh học, ối vỡ sớm ở phụ nữ lớn tuổi được chứng minh là có liên quan đến sự suy yếu cấu trúc màng ối–màng đệm do hoạt hóa metalloproteinase (đặc biệt MMP-9), giảm collagen type I/III và lão hóa tế bào (rút ngắn telomere, tăng apoptosis, thay đổi biểu hiện gen gây viêm).¹⁴⁻¹⁶ Điều này khiến màng ối mỏng và dễ vỡ hơn. Tỷ lệ đa thai trong nghiên cứu là 15,9% cao hơn dân số chung chủ yếu do hệ quả của sử dụng ART. Đa thai cũng là yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng căng giãn màng ối, thúc đẩy sinh non, ối vỡ và các biến chứng chu sinh.¹⁶

Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân (< 2500g) và suy hô

hấp sơ sinh lần lượt là 25,4% và 15,6%. IUGR chiếm 8,9% và tử vong sau sinh là 4,3%. Các kết cục bất lợi này có liên hệ chặt chẽ với sinh lý học của thai kỳ lớn tuổi. Theo Laopaiboon và cộng sự, phụ nữ ≥ 35 tuổi có nguy cơ sinh con nhẹ cân tăng 21%, IUGR tăng 43% và tử vong chu sinh tăng đáng kể.¹² Suy giảm chức năng nhau, tăng tỷ lệ tiền sản giật, đái tháo đường, sinh mổ và sinh non là các yếu tố trung gian góp phần vào hậu quả này.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm tuổi 35 - 39, có chỉ số BMI cao, tỷ lệ mang thai nhờ hỗ trợ sinh sản và sinh con bằng phương pháp mổ lấy thai đều ở mức cao. Các rối loạn thường gặp bao gồm đái tháo đường thai kỳ (21,3%), thiếu máu (16,4%) và protein niệu $\geq 0,3$ g/L (12,4%). Tỷ lệ sinh non lên tới 25,4%, trong đó 5,5% là sinh cực non. Các biến chứng mẹ thường gặp bao gồm ối vỡ sớm (23,9%), chảy máu sau sinh (4%) và không ghi nhận trường hợp tử vong mẹ. Ở phía thai nhi, tỷ lệ nhẹ cân (25,4%), suy hô hấp sơ sinh (15,6%) và chậm phát triển trong tử cung (8,9%) là đáng lưu ý. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi sát, dự phòng chủ động và xây dựng phác đồ quản lý thai kỳ phù hợp cho thai phụ lớn tuổi, đặc biệt trong bối cảnh ngày càng gia tăng xu hướng sinh con muộn tại Việt Nam.

Cam kết không xung đột lợi ích

Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pregnancy at Age 35 Years or Older: ACOG Obstetric Care Consensus No. 11. *Obstet Gynecol.* 2022;140(2):348-366. doi:10.1097/AOG.0000000000004873
2. Wennberg AL, Opdahl S, Bergh C, et

- al. Effect of maternal age on maternal and neonatal outcomes after assisted reproductive technology. *Fertil Steril*. 2016;106(5):1142-1149.e14. doi:10.1016/j.fertnstert.2016.06.021
3. Laopaiboon M, Lumbiganon P, Intarut N, et al. Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2014;121(s1):49-56. doi:10.1111/1471-0528.12659
4. Olusanya BO, Solanke OA. Perinatal correlates of delayed childbearing in a developing country. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;285(4):951-957. doi:10.1007/s00404-011-2105-5
5. Bộ Y tế. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Published online 2016.
6. Committee on Obstetric Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion. Number 326, December 2005. Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia. *Obstet Gynecol*. 2005;106(6):1469-1470. doi:10.1097/00006250-200512000-00056
7. Global nutrition targets 2025: low birth weight policy brief. Accessed April 23, 2025. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.5>
8. World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. Published online 2006. Accessed April 20, 2025. <https://iris.who.int/handle/10665/43444>
9. Trương Thị Linh Giang, Lý Thị Cẩm Nhung. Nghiên cứu đặc điểm và thái độ xử trí sản phụ con so mẹ lớn tuổi tại bệnh viện Trung ương Huế. *Tạp chí Phụ sản*. 2017;15(3):82-87.
10. Mayhew TM. Placental stereology: Spanning the levels from molecule to whole organ. *Image Analysis and Stereology*. 2009;28(3):121-127. doi:10.5566/ias.v28.p121-127
11. ACOG. Anemia in Pregnancy. Accessed April 24, 2025. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2021/08/anemia-in-pregnancy>
12. Laopaiboon M, Lumbiganon P, Intarut N, et al. Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2014;121(s1):49-56. doi:10.1111/1471-0528.12659
13. Hung TH, Lo LM, Chiu TH, et al. A Longitudinal Study of Oxidative Stress and Antioxidant Status in Women With Uncomplicated Pregnancies Throughout Gestation. *Reprod Sci*. 2010;17(4):401-409. doi:10.1177/1933719109359704
14. McMinn J, Wei M, Schupf N, et al. Unbalanced Placental Expression of Imprinted Genes in Human Intrauterine Growth Restriction. *Placenta*. 2006;27(6):540-549. doi:10.1016/j.placenta.2005.07.004
15. Menon R. Human fetal membranes at term: Dead tissue or signalers of parturition? *Placenta*. 2016;44:1-5. doi:10.1016/j.placenta.2016.05.013
16. Luke B. Pregnancy and birth outcomes in couples with infertility with and without assisted reproductive technology: with an emphasis on US population-based studies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2017;217(3):270-281. doi:10.1016/j.ajog.2017.03.012

Summary

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND OBSTETRIC OUTCOMES OF ADVANCED MATERNAL AGE PREGNANCIES AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

A retrospective descriptive cross-sectional study was conducted to describe the clinical, paraclinical characteristics, and obstetric outcomes of 347 pregnant women ≥ 35 years old who delivered at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2024. The majority of participants were 35 - 39 years old (64.8%), residents of urban areas (69.2%), with a BMI ≥ 23 kg/m² (90.5%). Assisted reproductive technology represented 29.4%, and multiple pregnancies accounted for 15.9%. Gestational diabetes mellitus was the most common medical complication (21.3%), while hypertension due to pregnancy were less frequent (6.3%). Anemia was present in 16.4% of women, and 12.4% had proteinuria ≥ 0.3 g/L. The mean gestational age at delivery was 36.9 weeks, with 25.4% of births occurring preterm (< 37 weeks). Cesarean delivery was performed in 69.7% of cases, and cephalic presentation was observed in 65.7% of pregnancies. Common maternal complications included anemia (16.4%), premature rupture of membranes (23.9%), and postpartum hemorrhage (4%). Neonatal complications included low birth weight (< 2500 g) in 25.4%, neonatal respiratory distress in 15.6%, intrauterine growth restriction in 8.9%, and postnatal death in 4.3%. No maternal mortality was reported.

Keywords: Advanced maternal age, assisted reproduction, cesarean delivery, gestational diabetes, preterm birth.