

**KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG
VÀ KẾT CỤC THAI KỲ Ở THAI PHỤ MANG THAI CON SO KÈM ĐA ỒI
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VĨNH LONG**

Hồ Thị Thu Hằng^{1,2}, Nguyễn Lưu Hoàng Phong³*

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ ở thai phụ (TP) mang thai con so kèm đa ối. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 96 TP mang thai con so kèm đa ối tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long từ tháng 3/2023 - 7/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ TP ≥ 35 tuổi là 29,2%. TP mắc đa ối mức độ nhẹ là 66,7%; trung bình là 25,0% và nặng là 8,3%. Nghiên cứu ghi nhận đa số TP không có triệu chứng lâm sàng (66,7%). TP mắc đa ối mức độ trung bình - nặng có tỷ lệ mổ lấy thai (81,2% so với 43,7%), tỷ lệ vỡ ối non (31,3% so với 12,5%), vỡ ối sớm (56,3% so với 15,6%), sinh non (25,0% so với 3,1%) cao hơn so với nhóm TP mắc đa ối nhẹ ($p < 0,05$). **Kết luận:** TP mang thai con so kèm đa ối phần lớn là nhẹ và không có triệu chứng. TP mắc đa ối mức độ trung bình - nặng có tỷ lệ mổ lấy thai cao hơn và kết cục thai kỳ xấu hơn.

Từ khóa: Mang thai con so; Đa ối; Kết cục thai kỳ.

**INVESTIGATION OF CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS
AND PREGNANCY OUTCOMES IN PRIMIGRAVID WOMEN WITH
POLYHYDRAMNIOS AT VINH LONG GENERAL HOSPITAL**

Abstract

Objectives: To investigate the clinical and paraclinical characteristics and pregnancy outcomes in primigravid women with polyhydramnios. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 96 pregnant women at the Department of Obstetrics, Vinh Long General Hospital, from March 2023 to July 2024.

¹Sở Y tế Vĩnh Long, Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long

*Tác giả liên hệ: Hồ Thị Thu Hằng (htthang@ctump.edu.vn)

Ngày nhận bài: 12/3/2026

Ngày được chấp nhận đăng: 14/4/2026

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v51i6.1985>

Results: The proportion of participants aged ≥ 35 years was 29.2%. Mild polyhydramnios accounted for 66.7% of cases, while moderate and severe levels accounted for 25.0% and 8.3%, respectively. Most patients were asymptomatic (66.7%). Pregnant women with moderate - severe polyhydramnios had higher rates of cesarean section (81.2% vs. 43.7%), premature rupture of membranes (31.3% vs. 12.5%), early rupture of membranes (56.3% vs. 15.6%), and preterm birth (25.0% vs. 3.1%) compared to the mild group ($p < 0.05$). **Conclusion:** Most primigravid women with polyhydramnios presented with mild disease and asymptomatic conditions. However, moderate - severe polyhydramnios was associated with a higher cesarean section rate and poorer pregnancy outcomes.

Keywords: Primigravida; Polyhydramnios; Pregnancy outcomes.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa ối là tình trạng bệnh lý trong thai kỳ, được đặc trưng bởi sự gia tăng bất thường lượng nước ối trong buồng tử cung so với mức sinh lý tương ứng với tuổi thai [1]. Trong thực hành lâm sàng, chẩn đoán chủ yếu dựa vào siêu âm, với tiêu chuẩn được chấp nhận rộng rãi là chỉ số nước ối (amniotic fluid index - AFI) ≥ 25 cm trong ba tháng cuối hoặc có xoang ối lớn nhất ≥ 8 cm [2]. Cơ chế bệnh sinh của đa ối phản ánh sự mất cân bằng giữa quá trình tạo thành và hấp thu nước ối. Tình trạng này có thể liên quan đến các bệnh của mẹ, bất thường thai nhi hoặc không xác định được nguyên nhân. Đa ối thường biểu hiện lâm sàng kín đáo ở giai đoạn sớm, nhưng khi tiến triển, đặc biệt trong ba tháng cuối thai kỳ, các triệu chứng trở nên rõ rệt hơn do tình trạng căng giãn quá mức của tử cung. TP

có thể thấy bụng to nhanh, cảm giác căng tức hoặc khó chịu ở vùng bụng, khó thở do cơ hoành bị đẩy lên. Việc đánh giá song song AFI và xoang ối giúp phản ánh toàn diện hơn tình trạng tăng thể tích nước ối, từ đó hỗ trợ phân tầng nguy cơ và định hướng theo dõi cũng như xử trí trong thực hành lâm sàng [3].

Theo phân tích tổng hợp của M Pagan và CS (2023), TP mắc đa ối có nguy cơ tử vong sơ sinh (OR = 8,68), thai chết lưu (OR = 7,64), trẻ sơ sinh nhập Khoa Hồi sức tích cực (OR = 1,94), điểm Apgar 5 phút $< 7,0$ điểm (OR = 2,21), thai to (OR = 2,93), ngôi thai bất thường (OR = 2,73) và sinh mổ (OR = 2,31) cao hơn [4]. Tương tự, tác giả Konstantinos S Kechagias và CS phát hiện TP mắc đa ối vô căn có nguy cơ gặp các biến chứng chu sinh cao hơn bao gồm sinh non (RR = 1,96), sinh mổ (RR = 1,60) và xuất huyết

sau sinh (RR = 1,98). Tương tự, cũng tăng nguy cơ bất lợi chu sinh bao gồm điểm Apgar thấp (RR = 3,0), thai chết lưu (RR = 4,75) và tử vong chu sinh (RR = 4,75) [5].

TP mang thai con so kèm đa ối là tình trạng bệnh lý ít gặp nhưng có ý nghĩa trong thực hành sản khoa. Do tử cung và cổ tử cung chưa từng trải qua thai nghén hay chuyển dạ, khả năng thích nghi với tình trạng căng giãn quá mức của buồng tử cung có thể hạn chế hơn so với TP mang thai con rạ. Sự gia tăng lượng nước ối sẽ làm tăng áp lực trong buồng tử cung, làm tăng nguy cơ khởi phát chuyển dạ sinh non. Trong chuyển dạ, đa ối ở TP mang thai con so có thể liên quan đến ngôi thai bất thường và tai biến như sa dây rốn khi vỡ ối, rối loạn co tử cung, góp phần làm tăng tỷ lệ can thiệp sản khoa, đặc biệt là mổ lấy thai [6]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu về kết cục thai kỳ ở TP mang thai con so kèm đa ối còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu được thực hiện nhằm: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ ở TP mang thai con so kèm đa ối tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 96 TP mang thai con so kèm đa ối đến khám và theo dõi thai kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* TP thỏa mãn đồng thời hai tiêu chí mang thai con so và được chẩn đoán mắc đa ối tại thời điểm ba tháng cuối thai kỳ với chỉ số nước ối AFI ≥ 25 cm hoặc xoang ối lớn nhất $\geq 8,0$ cm [2].

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* TP có các bệnh lý gây tràn dịch đa màng như suy thận nặng, suy gan nặng, giảm protide máu; TP mắc bệnh tâm thần không thể trả lời phỏng vấn; TP khởi phát chuyển dạ và sinh tại cơ sở y tế khác; TP không đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Địa điểm và thời gian nghiên cứu:* Tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long từ tháng 3/2023 - 7/2024.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

* *Công thức tính cỡ mẫu:*

Công thức ước lượng một tỷ lệ:

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

Trong đó, Z là trị số phân phối chuẩn, với mức ý nghĩa $\alpha = 5\%$ nên $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; d là sai số cho phép của nghiên cứu ($d = 0,05$); p là tỷ lệ biến cố sinh non ở TP mang thai con so kèm đa ối. Theo nghiên cứu của Konstantinos S Kechagias và CS, tỷ lệ này là 6,3% [5]. Chúng tôi tính được cỡ mẫu là 91 TP, thực tế nghiên cứu tiến hành trên 96 TP mang thai con so kèm đa ối.

* *Thu thập dữ liệu:* Biến số được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu bao gồm các biến số nhân sinh trắc (tuổi mẹ, nơi sinh sống, chiều cao, cân nặng), tính BMI trước khi mang thai và phân nhóm BMI theo tiêu chuẩn dành riêng cho người châu Á [7]. Triệu chứng đa ối được ghi nhận dựa trên các dấu hiệu lâm sàng như căng tức bụng, khó thở, đau lưng. Nguyên nhân đa ối được xác định thông qua đánh giá hệ thống dựa trên các bằng chứng lâm sàng và cận lâm sàng. Tất cả các trường hợp được xác nhận chẩn đoán đa ối bằng siêu âm, được khảo sát nguyên nhân từ phía thai nhi bằng siêu âm hình thái học chi tiết nhằm phát hiện các dị tật bẩm sinh hoặc bất thường có thể ảnh hưởng đến quá trình nuốt và điều hòa nước ối của thai nhi. Các nguyên nhân từ phía mẹ được đánh giá như tầm soát đái tháo đường thai kỳ và bệnh nhiễm trùng. Các trường hợp không xác định được nguyên nhân sau khi loại trừ các yếu tố ở trên được xếp vào nhóm đa ối vô căn. Cuối cùng, mức độ nặng của tình trạng đa ối được xác định dựa trên chỉ số AFI hoặc xoang ối lớn nhất, trong đó, AFI được xác định bằng siêu âm với chia tử cung thành bốn phần bằng nhau và đo ối ở bốn góc này theo trục dọc ở mỗi khoang:

Đa ối nhẹ: AFI từ 25 - 30cm hoặc xoang ối lớn nhất từ 8 - 11,9cm.

Đa ối trung bình: AFI từ 30,1 - 35cm hoặc xoang ối lớn nhất từ 12 - 15,9cm.

Đa ối nặng: AFI > 35cm hoặc xoang ối lớn nhất \geq 16cm [1].

Tất cả TP được theo dõi thai kỳ đến khi khởi phát chuyển dạ, ghi nhận các biến cố trong quá trình theo dõi như ối vỡ non, ối vỡ sớm, đờ tử cung, sinh non và cân nặng thai nhi lúc sinh. Đánh giá thang điểm Apgar thai nhi tại thời điểm 1 phút và 5 phút sau khi sinh, chia thành các nhóm:

7 - 10 điểm (bình thường): Trẻ khỏe mạnh, không cần can thiệp.

4 - 6 điểm (trung bình): Trẻ cần theo dõi và có thể cần hỗ trợ y tế.

0 - 3 điểm (kém): Tình trạng sức khỏe kém, cần hồi sức và can thiệp y tế khẩn cấp [8].

* *Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS 27.0 của IBM, biến định tính được trình bày dưới dạng tần số (phần trăm) và biến định lượng được trình bày ở dạng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$). So sánh khác biệt giữa hai tỷ lệ bằng phép kiểm định Chi-square hoặc Fisher's Exact test.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định của Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm	Số lượng (n = 96)	Tỷ lệ (%)
Tuổi mẹ		
< 35	68	70,8
≥ 35	28	29,2
BMI trước thai kỳ (kg/m ²)		
< 18,5	6	6,3
18,5 - 22,9	68	70,8
≥ 23	22	22,9
Nơi cư trú		
Thành thị	62	64,6
Nông thôn	34	35,4

Trong tổng số 96 TP, tỷ lệ < 35 tuổi là 70,8% và ≥ 35 tuổi là 29,2%. Xét BMI trước thai kỳ, ghi nhận thừa cân béo phì là 22,9%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của TP mang thai con so kèm đa ối.

Đặc điểm	Số lượng (n = 96)	Tỷ lệ (%)
Nguyên nhân		
Đái tháo đường thai kỳ	20	20,8
Nhiễm trùng thai kỳ	8	8,3
Bất thường thai nhi	12	12,6
Không rõ nguyên nhân	56	58,3
Triệu chứng		
Căng tức bụng	28	29,2
Khó thở	14	14,6
Đau lưng	20	20,8
Không triệu chứng	64	66,7

Đa phần các trường hợp đa ối không rõ nguyên nhân (58,3%) và không có triệu chứng lâm sàng (66,7%).

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của TP mang thai con so kèm đa ối.

Đặc điểm	Số lượng (n = 96)	Tỷ lệ (%)
Mức độ đa ối trên siêu âm		
Nhẹ	64	66,7
Trung bình	24	25,0
Nặng	8	8,3
Đặc điểm chỉ số AFI và xoang ối lớn nhất trên siêu âm, $\bar{X} \pm SD$ (cm)		
Chỉ số AFI	29,7 \pm 6,2	
Xoang ối lớn nhất	11,5 \pm 4,9	

TP mang thai con so kèm đa ối mức độ nhẹ chiếm 66,7%, trung bình là 25,0% và nặng là 8,3%. Chỉ số AFI trung bình là 29,7 \pm 6,2cm.

Bảng 4. Kết cục thai kỳ ở TP mang thai con so kèm đa ối.

Kết cục	Chung (n = 96)	Mức độ đa ối		p
		TB - nặng (n = 32)	Nhẹ (n = 64)	
Xử trí				
Sinh thường	42 (43,8)	6 (18,8)	36 (56,3)	< 0,001
Mổ lấy thai	54 (56,2)	26 (81,2)	28 (43,7)	
Biến cố				
Ối vỡ non	18 (18,8)	10 (31,3)	8 (12,5)	0,027
Ối vỡ sớm	28 (29,2)	18 (56,3)	10 (15,6)	< 0,001
Sinh non	10 (10,4)	8 (25,0)	2 (3,1)	0,002
Đờ tử cung	8 (8,3)	4 (12,5)	4 (6,3)	0,434

(TB: Trung bình)

Ở TP mang thai con so kèm đa ối mức độ trung bình - nặng, tỷ lệ mổ lấy thai cao hơn so với đa ối nhẹ (81,2% so với 43,7%). Tương tự, tỷ lệ ối vỡ non (31,3% so với 12,5%), ối vỡ sớm (56,3% so với 15,6%) ở nhóm trung bình - nặng cũng cao hơn nhóm nhẹ ($p < 0,05$).

Bảng 5. Mối liên quan giữa đặc điểm của trẻ sơ sinh và mức độ đa ối của TP mang thai con so kèm đa ối.

Đặc điểm	Chung (n = 96)	Mức độ đa ối		p
		TB - nặng (n = 32)	Nhẹ (n = 64)	
Cân nặng (g)				
< 2.500	10 (10,4)	4 (12,4)	6 (9,4)	0,305
2.500 - 3.400	28 (29,2)	6 (18,8)	22 (34,4)	
≥ 3.500	58 (60,4)	22 (68,8)	36 (56,2)	
Điểm Apgar 5 phút (điểm)				
≥ 7,0	84 (87,5)	24 (75,0)	60 (93,8)	0,018
4,0 - 6,0	12 (12,5)	8 (25,0)	4 (6,2)	

(TB: Trung bình)

Cân nặng thai nhi lúc sinh không khác biệt giữa hai nhóm. TP có đa ối nhẹ, thai nhi có điểm Apgar 5 phút ≥ 7,0 điểm (93,8%) cao hơn nhóm TP có đa ối trung bình - nặng (75,0%), với $p < 0,05$.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa ối chủ yếu ở mức độ nhẹ (66,7%) và phần lớn không xác định được nguyên nhân (58,3%). Về phương diện lâm sàng, điều này phù hợp với thực tế đa ối nhẹ thường diễn tiến âm thầm, ít biểu hiện rõ rệt; do đó, nhiều trường hợp chỉ được phát hiện qua siêu âm ở ba tháng cuối thai kỳ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Chí Kông và CS (2021), ghi nhận 67,6% TP không có triệu chứng lâm sàng, đồng thời đa ối nhẹ chiếm ưu thế (82%) và nguyên nhân đa ối vô căn chiếm tỷ lệ cao nhất (78,4%), do bất thường thai nhi chiếm 14,4% và TP mắc đái tháo đường chiếm 7,2% [9].

Xét về khía cạnh cận lâm sàng, phân bố chủ yếu ở nhóm đa ối nhẹ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các báo cáo trong nước. Tác giả Phạm Chí Kông và CS ghi nhận tỷ lệ đa ối nhẹ chiếm đa số, trong khi các nguyên nhân xác định do bất thường thai nhi và đái tháo đường chiếm tỷ lệ thấp hơn [9]. Tương tự, nghiên cứu của Vũ Thị Hằng và CS (2025) trên 140 TP cũng cho thấy đa ối mức độ nhẹ chiếm ưu thế tuyệt đối (95,7%), với tỷ lệ đa ối vô căn cao (72,9%), trong khi đa ối do đái tháo đường và dị tật bẩm sinh chiếm tỷ lệ thấp hơn [10]. Các kết quả này cho thấy đa ối, đặc biệt ở ba tháng cuối thai kỳ, phần lớn được phát hiện qua siêu âm trước khi xuất hiện triệu chứng lâm sàng.

Đồng thời, tỷ lệ trường hợp TP mắc đa ối vô căn cao cũng phản ánh nhiều cơ chế bệnh sinh tiềm ẩn của đa ối và cần xác định thêm [3].

Xét về kết cục thai kỳ, chúng tôi ghi nhận TP mắc đa ối mức độ trung bình - nặng có tỷ lệ mổ lấy thai cao hơn nhóm TP mắc đa ối nhẹ. Do TP mắc đa ối trung bình - nặng thường có các bất thường thai kỳ kèm theo cao hơn như dị tật thai nhi, bệnh nền của TP hoặc vỡ ối bất thường, khiến cho tỷ lệ mổ lấy thai cao hơn. Tương tự, nhóm TP mắc đa ối mức độ trung bình - nặng cũng có tỷ lệ ối vỡ non, ối vỡ sớm và sinh non cao hơn nhóm TP mắc đa ối nhẹ ($p < 0,05$). Đa ối do dị tật thai nhi thường có tiên lượng xấu và cơ chế bệnh sinh khác so với đa ối vô căn hoặc do đái tháo đường. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá tất cả các kết cục thai kỳ đa ối nói chung, do đó, việc đưa các trường hợp đa ối do dị tật thai nhi vào phân tích nhằm phản ánh đầy đủ gánh nặng tiên lượng và các kết cục bất lợi mà bác sĩ lâm sàng có thể gặp khi quản lý thai kỳ có đa ối. Kết quả này cũng khá tương đồng so với khảo sát ở Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế của tác giả Phạm Chí Kông và CS, ghi nhận tỷ lệ sinh non ở sản phụ đa ối là 7,2%. Có sự khác biệt về tỷ lệ sinh non giữa nhóm TP mắc đa ối nhẹ và đa ối trung bình - nặng ($p < 0,05$), tỷ lệ sinh thường là 26,1% và tỷ lệ mổ lấy thai là 73,9% [9]. Tương tự, phân tích tổng hợp của Kechagias và CS cũng chỉ ra nguy cơ sinh non tăng gấp đôi ($RR = 1,96$) ở TP

mắc đa ối vô căn so với thai kỳ bình thường [5].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt về tỷ lệ tử cung giữa hai nhóm TP mắc đa ối mức độ nhẹ và trung bình - nặng, điều này có thể do cỡ mẫu còn khiêm tốn; hơn nữa, cơ chế thường do căng giãn quá mức, tử cung bị đờ, khiến tử cung co hồi không đủ mạnh, tuy nhiên yếu tố này có thể bị nhiễu bởi các phương pháp chủ động như xoa đáy tử cung sớm, dùng oxytocin chủ động sau sổ thai. Về cân nặng và chỉ số Apgar ở thai nhi, điểm Apgar 5 phút bình thường ở nhóm trung bình - nặng thấp hơn (75,0% so với 93,8%, $p < 0,05$). Tương ứng, ở nhóm này, nguy cơ xuất hiện các bất thường thai nhi sau sinh cao hơn. Tổng hợp những bằng chứng trên phần nào cho thấy đa ối, đặc biệt ở TP mang thai con so, là yếu tố liên quan đến nguy cơ kết cục bất lợi trong thai kỳ ở TP mắc đa ối mức độ nhẹ. Nhìn chung, tỷ lệ biến cố thai kỳ tương đối cao, đặc biệt ở nhóm TP mắc đa ối trung bình - nặng. Nguyên nhân có thể do sự căng giãn tử cung quá mức làm giảm tính đồng bộ và hiệu quả của các cơn co bóp, dẫn đến rối loạn cơn co, chuyển dạ kéo dài và tăng nhu cầu can thiệp sản khoa. Lượng nước ối lớn cũng khiến thai di động nhiều, cản trở sự xoay chuyển của ngôi thai, làm tăng nguy cơ ngôi thai bất thường, sa dây rốn hoặc mổ lấy thai cấp cứu. Ngoài ra, áp lực nội tử cung cao có thể làm tăng nguy cơ vỡ ối sớm; việc vỡ ối đột ngột gây bong nhau non hoặc suy thai cấp [9]. Ở nhóm

TP mắc đa ối mức độ trung bình - nặng, tỷ lệ vỡ ối non, vỡ ối sớm và sinh non cao hơn so với nhóm TP mắc đa ối nhẹ, do đó, việc theo dõi chặt chẽ nhóm TP này là cần thiết.

KẾT LUẬN

Thai phụ mang thai con so kèm đa ối phần lớn không rõ nguyên nhân, không có triệu chứng lâm sàng và siêu âm cho thấy mức độ nhẹ. Về kết cục thai kỳ, nhóm TP mắc đa ối mức độ trung bình - nặng có tỷ lệ mổ lấy thai, vỡ ối non, vỡ ối sớm và sinh non cao hơn so với nhóm TP mắc đa ối nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hamza A, et al. Polyhydramnios: Causes, diagnosis, and therapy. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2013; 73(12): 1241-1246.
2. Sandlin AT, Chauhan SP. Clinical relevance of sonographically estimated amniotic fluid volume: Polyhydramnios. *Journal of ultrasound in medicine*. 2013; 32(5):851-863.
3. Beloosesky R, Ross MG. Polyhydramnios and oligohydramnios. Queenan's management of high-risk pregnancy: An evidence-based approach. 2024:332-343.

4. Pagan M, et al. Idiopathic polyhydramnios and pregnancy outcome: Systematic review and meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2023; 61(3):302-309.

5. Kechagias KS, et al. Obstetric and neonatal outcomes in pregnant women with idiopathic polyhydramnios: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*. 2024; 14(1):5296.

6. Fawad A, Danish N. Frequency, causes, and outcome of polyhydramnios. *Gomal Journal of Medical Sciences*. 2008; 6(2).

7. Pray R, Riskin S. The history and faults of the body mass index and where to look next: A literature review. *Cureus*. 2023; 15(11).

8. Michel A. Review of the reliability and validity of the Apgar score. *Advances in Neonatal Care*. 2022; 22(1):28-34.

9. Phạm Chí Kông, Trần Hữu Toán. 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*. 2021; 19(1):23-29.

10. Vũ Thị Hằng và CS. Nghiên cứu kết cục thai kỳ của các trường hợp đơn thai đa ối đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2025; 66(6): 322-327.