

Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và kết cục thai kì ở những thai phụ có thai to tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Huỳnh Thị Như Ngọc¹, Nguyễn Trần Thảo Nguyên^{1*}

¹ Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

doi: 10.46755/vjog.2023.3.1609

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

Nhận bài (received): 5/6/2023 - Chấp nhận đăng (accepted): 12/8/2023.

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Thai to đang có xu hướng ngày càng gia tăng và liên quan đến một số biến chứng ở mẹ và thai nhi như sang chấn đường sinh dục, dễ khó do vai và ngạt chu sinh.

Mục tiêu: Xác định các yếu tố liên quan, lâm sàng, cận lâm sàng những thai phụ thai to. Đánh giá kết cục thai kì những thai phụ này.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có so sánh trên 156 sản phụ có cân nặng trẻ sơ sinh ≥ 3.500 g (nhóm 1) và 184 sản phụ có cân nặng trẻ sinh ra $2.700 - < 3.500$ g (nhóm 2) tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 06/2022 đến tháng 03/2023.

Kết quả nghiên cứu: Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với thai to là: sống tại thành thị, tiền sử sinh con ≥ 3 lần, tiền sử sinh con to, BMI mẹ trước mang thai, tăng cân trong thai kì; bệnh lý đái tháo đường thai kì; tuổi và giới tính thai. Một số đặc điểm mẹ nhóm 1: bề cao tử cung: $33,3 \pm 2,6$ cm; vòng bụng: $103,5 \pm 6,5$ cm; phần lớn sản phụ lúc vào viện đã chuyển dạ (73,7%); 41,7% ối vỡ sớm. Siêu âm thai trước sinh: Đường kính lưỡng đỉnh (BPD) $95,0 \pm 3,6$ mm; Chu vi vòng bụng (AC) $363,7 \pm 14,4$ mm; Chiều dài xương đùi (FL) $71,0 \pm 4,2$ mm. Phương pháp sinh chính nhóm 1 là mổ lấy thai (MLT) (76,3%), nhóm 2 là sinh đường âm đạo (61,4%). Trong nhóm 1, 9,0% sản phụ được thực hiện nghiệm pháp lọt, tỷ lệ thành công là 50,0%. Biến chứng cao nhất của mẹ sau sinh là tử cung co hồi kém (3,8%) và con là nhiễm trùng sơ sinh sớm (8,3%).

Kết luận: Đái tháo đường thai kì, thể trạng mẹ và sự tăng cân trong thai kì là các yếu tố nên được quan tâm khi quản lý thai nghén sản phụ thai to. Sản phụ có cân nặng thai nhi lúc sinh ≥ 3.500 g thường được MLT. Biến chứng thường gặp nhất về phía mẹ là tử cung co hồi kém, chảy máu sau sinh; về phía con là nhiễm trùng sơ sinh sớm, bướu huyết thanh và suy hô hấp sơ sinh.

Từ khóa: mổ lấy thai, kết cục thai kì, thai to.

Research on related factors and pregnancy outcomes of pregnant women with fetal macrosomia at the Department of Obstetrics and Gynecology of Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Huỳnh Thị Như Ngọc¹, Nguyễn Trần Thảo Nguyên^{1*}

¹ Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Fetal macrosomia tends increase rapidly and is associated with several maternal and fetal complication such as maternal birth canal trauma, shoulder dystocia and perinatal asphyxia.

Objective: To determine the relevant factors, clinical, and subclinical characteristics of pregnant women with fetal macrosomia. To evaluate obstetric outcomes in these women.

Methods: A comparative cross-sectional descriptive study on 156 women with birth weight ≥ 3.500 grams (group 1) and 184 women with birth weight between 2.700 and < 3.500 grams (group 2) at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from June 2022 to March 2023.

Results: Factors associated with statistically significantly fetal macrosomia were: living in urban areas, history of giving birth ≥ 3 times, history of giving birth to a fetal macrosomia, maternal BMI before pregnancy, weight increase during pregnancy; gestational diabetes; gestational age and sex. Some maternal characteristics of group 1 were: uterine height of 33.38 ± 2.6 cm; waist circumference of 103.5 ± 6.5 cm; the majority of pregnant women at the hospital who went into labor (73.7%); 41.7% premature rupture of membranes. Ultrasound before delivery showed BPD of 95.0 ± 3.6 mm; AC of 363.7 ± 14.4 mm; and FL of 71.0 ± 4.2 mm. The main method of delivery in group 1 was cesarean section (CS) (76.3%), while group 2 was vaginal delivery (61.4%). In group 1, 9.0% of pregnant women performed the challenge

labour test, the success rate was 50.0%. The highest maternal complication after delivery was cervical incompetence (3.8%) and early neonatal infection (8.3%).

Conclusion: Gestational diabetes, maternal weight and BMI before pregnancy, maternal weight increase during pregnancy are factors that should be considered when managing pregnancy with fetal macrosomia. Women with fetal weight at birth ≥ 3.500 grams are usually delivered by cesarean. The most common complications on the mother's side are cervical incompetence, postpartum bleeding and on the infant side were early neonatal sepsis, serous tumour, and neonatal respiratory distress.

Keywords: cesarean section, pregnancy outcomes, fetal macrosomia.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Hiệp Hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) 2020, thai to được định nghĩa là trọng lượng khi sinh ≥ 4000 g hoặc ≥ 4500 g, bất kể tuổi thai [1]. Ở Việt Nam, theo Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2016, giá trị này là ≥ 3500 g [2]. Các khái niệm và mốc cân nặng này còn chưa đạt được sự thống nhất giữa các tài liệu, tuy nhiên, dựa trên sự khác biệt về nhân trắc học phụ nữ chủng tộc châu Á, giá trị chẩn đoán thai to tại nước ta thường mốc 3500 g.

Trong bối cảnh hiện nay, cùng với sự phát triển kinh tế - xã hội, công tác chăm sóc và quản lý thai nghén tốt hơn, trọng lượng thai nhi có xu hướng gia tăng trên toàn cầu. Tại Hoa Kỳ, số liệu hàng năm cho thấy từ năm 2011 đến 2017 có trên 8% trẻ sơ sinh có cân nặng ≥ 4000 g. Tại các nước Châu Á, tỷ lệ trẻ sơ sinh trên 4000 g trong các nghiên cứu gần đây là từ 0,8 - 6,4% [3]. Tại Đài Loan, tỷ lệ trẻ cân nặng khi sinh ≥ 4000 g là 1,8% trong một nghiên cứu năm 2023. Còn tại Việt Nam, theo nghiên cứu ở Bệnh viện Trung ương Huế (2017), trẻ sơ sinh có trọng lượng ≥ 4000 g chiếm tỷ lệ 5,7% [4].

Sinh thai to là một yếu tố bất lợi cho cả sản phụ và trẻ sơ sinh. Đối với mẹ: chuyển dạ kéo dài, tăng tỷ lệ sinh mổ, chấn thương tầng sinh môn, tăng nguy cơ xuất huyết sau sinh, tăng nguy cơ vỡ tử cung [5]. Với trẻ sơ sinh: tăng nguy cơ mắc vai, chấn thương khi sinh như chấn thương đám rối thần kinh cánh tay, gãy xương đòn, gãy xương cánh tay, trật khớp vai [5]. Ngoài ra, thai quá to thường gặp nhiều vấn đề hơn một thai bình thường, nhất là khi mẹ bị đái tháo đường thai kì, trẻ sinh ra dễ bị hạ đường huyết, dễ bị béo phì và tăng nguy cơ bị đái tháo đường thiếu niên khi lớn lên.

Với những tai biến kể trên, việc xây dựng chiến lược quản lý thai nghén phù hợp và tiên lượng được kết cục thai kì đối với các sản phụ thai to là vô cùng cần thiết. Vì vậy, xuất phát từ tình hình thực tế và tầm quan trọng của vấn đề này, chúng tôi xin thực hiện đề tài: **"Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và kết cục thai kì ở những thai phụ có thai to tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế"**.

Mục tiêu nghiên cứu

- Nghiên cứu một số yếu tố liên quan, lâm sàng, cận lâm sàng những thai phụ thai to.
- Đánh giá kết cục thai kì ở những trường hợp trên.

2. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Gồm 156 sản phụ sinh con ≥ 3500 g nhập viện tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 06/2022 đến tháng 03/2023 thỏa các tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

184 sản phụ thuộc nhóm trẻ có trọng lượng bình thường lúc sinh.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Đối với nhóm thai to

- Sinh con ≥ 3500 g (được cân ngay lúc sinh).
- Tuổi thai ≥ 37 tuần, xác định được tuổi thai dựa vào:
 - + Phiếu siêu âm có xác định tuổi thai được thực hiện ở quý I trước thời điểm thai 13 tuần 6 ngày.
 - + Ngày đầu của kỳ kinh cuối trường hợp chu kỳ kinh nguyệt đều 28 - 30 ngày.
 - + Hoặc ngày chuyển phôi, bơm tinh trùng vào buồng tử cung nếu bệnh nhân có thai nhờ vào các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

Đối với nhóm thai trọng lượng bình thường

- Trọng lượng trẻ lúc sinh từ 2700 - < 3500 g (cân ngay lúc sinh).

Tiêu chuẩn loại trừ cho hai nhóm

- Sản phụ có các bệnh lý trước khi mang thai hoặc trong quá trình mang thai mắc những bệnh lý gây ảnh hưởng đến quá trình chuyển dạ hoặc tiên lượng mổ lấy thai chủ động cao: rau tiền đạo; khối u tiền đạo; khung chậu hẹp; ngôi thai bất thường; dị dạng đường sinh dục.
 - Mất dấu trong quá trình theo dõi.
 - Đa thai, thai lưu, chấm dứt thai kì vì bệnh lý hay thai dị dạng.

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có so sánh.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Mẫu thuận tiện.

Các bước tiến hành

- Chọn lựa đối tượng vào mẫu nghiên cứu.
- Những thai phụ được chọn vào nghiên cứu sẽ được tác giả cung cấp thông tin về nghiên cứu, nếu đồng ý sẽ tham gia vào nghiên cứu.
 - Tiến hành hỏi bệnh, thu thập thông tin bệnh án: tuổi, nơi cư trú, bệnh sử, tiền sử các bệnh lý nội ngoại khoa, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết cục thai kì về phía

mẹ và về phía thai

Phân tích và xử lý số liệu

Tất cả dữ liệu thu thập được nhập và xử lý thống kê bằng Excel 2016 và phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán được sử dụng:

- Tính: tần suất, tỷ lệ, trung bình, độ lệch chuẩn.
- Sử dụng test thống kê Chi bình phương, Fisher exact test, Independent T-test để kiểm định, đánh giá mối liên quan giữa biến độc lập và biến phụ thuộc thông qua giá

trị p: $p < 0,05$ được xem là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Sử dụng mô hình hồi quy logistic đơn biến để dự báo các yếu tố ảnh hưởng với mức ý nghĩa $p < 0,05$ và sử dụng OR (odds ratio) để so sánh tỷ suất giữa các nhóm với nhau.

Y đứcc: nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế.

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 06/2022 đến 03/2023, có 340 sản phụ tham gia vào nghiên cứu, được phân làm 2 nhóm: 156 sản phụ có cân nặng con lúc sinh ≥ 3500 g (nhóm 1) và 184 sản phụ có cân nặng trẻ lúc sinh từ 2700 g - < 3500 g (nhóm 2). Chúng tôi ghi nhận kết quả sau:

Các yếu tố liên quan đến thai phụ có ước lượng cân nặng thai nhi trên siêu âm ≥ 3500 g

Bảng 1. Các yếu tố liên quan

Yếu tố	Nhóm 1		Nhóm 2		p	OR (95%CI)	
	n = 156	Tỷ lệ (%)	n = 184	Tỷ lệ (%)			
Tuổi sản phụ (tuổi)	< 20	6	3,8	5	2,7	0,056	
	20 - <35	114	73,1	154	83,7		
	≥ 35	36	23,1	25	13,6		
Nơi cư trú	Thành thị	112	71,8	104	56,5	0,004	1,9 (1,2 - 3,0)
	Nông thôn	44	28,2	80	43,5		1
Số lần sinh (lần)	0	60	38,5	64	34,8	0,002	1
	1 - 2	78	50,0	115	62,5		0,7 (0,4 - 1,1)
	≥ 3	18	11,5	5	2,7		3,8 (1,3 - 10,9)
Tiền sử sinh con ≥ 3500 g	Không	47	30,1	99	53,8	0,000	1
	Có	49	31,4	20	10,9		5,1 (2,7 - 9,6)
	Chưa sinh	54	34,6	56	30,4		
	Thai lưu/Sẩy	6	3,9	9	4,9		
Chiều cao của sản phụ (cm)	< 150	15	9,6	27	14,7	0,045	1
	150 - < 160	105	67,3	132	71,7		1,4 (0,7 - 2,8)
	≥ 160	36	23,1	25	13,6		2,5(1,1 - 5,8)
	X \pm SD (Min - Max)	155,3 \pm 5,2 (140 - 172)		153,4 \pm 5,3 (135 - 169)			0,001
BMI trước khi mang thai (kg/m ²)	< 18,5	2	1,3	13	7,1	0,000	0,2 (0 - 1,1)
	18,5 - <23	80	51,3	135	73,4		1
	23 - <25	49	31,4	32	17,4		2,5 (1,5 - 4,3)
	≥ 25	25	16,0	4	2,2		10,5 (3,5 - 31,4)
	X \pm SD (Min - Max)	22,0 \pm 2,0 (16,8 - 28,1)		21,4 \pm 2,1 (16,4 - 32,2)			0,000

Tăng cân trong thai kì (kg)	Dưới chuẩn	14	9,0	20	10,9	0,000	1	
	Đúng chuẩn	51	32,7	124	67,4		0,5 (0,2 - 1,2)	
	Trên chuẩn	91	58,3	40	21,7		3,2 (1,4 - 7,0)	
	X ± SD (Min - Max)	13,1 ± 4,9 (7 - 39)	10,9 ± 3,6 (6 - 30)	0,000				
Đái tháo đường thai kì	Mắc bệnh	Không	116	74,4	147	79,9	0,003	1
		Có	7	4,5	0	0,0		2,2 (1,9 - 2,6)
	Không tầm soát	33	21,2	37	20,1			
Giới tính thai	Trai	98	62,8	87	47,3	0,004	1,8 (1,2 - 2,9)	
	Gái	58	37,2	97	52,7		1	

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 08 yếu tố liên quan đến thai to: nơi cư trú thành thị ($p = 0,004$), tiền sử sinh nhiều lần ($p = 0,002$), tiền sử sinh con ≥ 3500 g ($p = 0,000$), chiều cao sản phụ ($p = 0,045$), BMI sản phụ trước mang thai ($p = 0,000$), tăng cân mẹ trong thai kì ($p = 0,000$), mẹ mắc đái tháo đường thai kì ($p = 0,003$) và giới tính trẻ trai ($p = 0,004$). Ngoài ra, khi xem xét mối liên quan tuổi mẹ, sự khác biệt phân bố tuổi mẹ giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê, $p = 0,056$.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	Nhóm 1		Nhóm 2		P		
	n = 156	Tỷ lệ (%)	n = 184	Tỷ lệ (%)			
Bề cao tử cung (cm)	< 30	6	3,8	78	42,4	0,000	
	30 - < 35	99	63,5	101	54,9		
	≥ 35	51	32,7	5	2,7		
	X ± SD (Min - Max)	33,3 ± 2,6 (27 - 44)	30,1 ± 2,2 (25 - 39)	0,000			
Vòng bụng (cm)	< 90	1	0,6	16	8,7	0,000	
	90 - < 100	38	24,4	118	64,1		
	≥ 100	117	75,0	50	27,2		
	X ± SD (Min - Max)	103,5 ± 6,5 (87 - 128)	96,2 ± 6,5 (61 - 119)	0,000			
Tình trạng chuyển dạ khi vào viện	Chuyển dạ	la	48	30,8	102	55,4	
		lb	67	42,9	61	33,2	
	Chưa chuyển dạ	41	26,3	21	11,4		
Tình trạng ối khi vào viện	Ối vỡ	Ối vỡ non	1	0,6	8	4,3	
		Ối vỡ sớm	65	41,7	84	45,7	
	Ối còn	90	57,7	92	50,0		
Đặc điểm cận lâm sàng							
Đường kính lưỡng đỉnh (mm)	< 96	81	51,9	159	86,4	0,000	
	≥ 96	75	48,1	25	13,6		
	X ± SD (Min - Max)	95,0 ± 3,6 (86 - 109)	91,8 ± 3,7 (81 - 102)				

Chu vi vòng bụng (mm)	< 350	20	12,8	159	86,4	0,000
	≥ 350	136	87,2	25	13,6	
	X ± SD (Min - Max)	363,7 ± 14,4 (327 - 417)		335,8 ± 11,8 (238 - 363)		
Chiều dài xương đùi (mm)	< 73	103	66,0	168	91,3	0,000
	≥ 73	53	34,0	16	8,7	
	X ± SD (Min - Max)	71,0 ± 4,2 (47 - 81)		68,6 ± 3,3 (41 - 77)		

Về đặc điểm lâm sàng: bề cao tử cung trung bình nhóm 1 và nhóm 2 lần lượt là $33,3 \pm 2,6$ cm và $30,1 \pm 2,2$ cm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000$). Vòng bụng trung bình nhóm 1 và 2 lần lượt là $103,5 \pm 6,5$ cm và $96,2 \pm 6,5$ cm, sự khác biệt cũng có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000$). Ở nhóm 1, phần lớn sản phụ nhập viện trong tình trạng đã chuyển dạ (73,7%); 42,3% ối đã vỡ và 57,7% tình trạng ối vẫn còn nguyên vẹn.

Về đặc điểm cận lâm sàng: Trong nhóm 1, BPD trung bình là $95,0 \pm 3,6$ mm; AC trung bình là $363,7 \pm 14,4$ mm và FL trung bình là $71,0 \pm 4,2$ mm.

Kết cục thai kì

Bảng 3. Đặc điểm chuyển dạ và thái độ xử trí

Đặc điểm chuyển dạ và thái độ xử trí		Nhóm 1		Nhóm 2		
		n = 156	Tỷ lệ (%)	n = 184	Tỷ lệ (%)	
KPCD	Tự phát	132	84,6	169	91,8	
	KPCD	24	15,4	15	8,2	
Kết quả KPCD	Thành công	8	33,3	7	46,7	
	Thất bại	16	66,7	8	53,3	
Nghiệm pháp lọt	Có	14	9,0	0	0,0	
	Không	142	91,0	184	100,0	
Kết quả nghiệm pháp lọt	Thành công	7	50,0	0	0,0	
	Thất bại	7	50,0	0	0,0	
Phương pháp sinh	Sinh đường âm đạo	Có cắt may TSM	20	12,8	42	22,8
		Không	17	10,9	68	37,0
	Sinh có can thiệp thủ thuật	0	0,0	3	1,6	
MLT	MLT chủ động	71	45,5	53	28,8	
	MLT cấp cứu	48	30,8	18	9,8	

Từ kết quả bảng 3, trong nhóm 1, có 15,4% thai phụ được tiến hành khởi phát chuyển dạ, tỷ lệ thành công là 33,3%; 9,0% thai phụ được tiến hành nghiệm pháp lọt, tỷ lệ thành công là 50,0%. Phương pháp sinh chính là mổ lấy thai (76,3%), trong đó 30,8% là MLT cấp cứu. Còn ở nhóm 2, chỉ có 8,2% sản phụ được khởi phát chuyển dạ với tỷ lệ thành công là 46,7%; 0 có trường hợp nào thực hiện nghiệm pháp lọt; phương pháp sinh ưu thế là sinh thường (61,4%), 38,6% MLT, đa số là MLT chủ động (28,8%)

Các nguyên nhân mổ lấy thai được trình bày trong bảng 4.

Bảng 4. Các nguyên nhân mổ lấy thai

Các nguyên nhân mổ lấy thai	Nhóm 1		Nhóm 2	
	n = 156	Tỷ lệ (%)	n = 184	Tỷ lệ (%)
Thai suy + Vết mổ cũ ≥ 2 lần	1	0,8	1	1,4
Thai suy	25	21,0	7	9,9
Thai suy + Chuyển dạ đình trệ	31	26,1	3	4,2
Thai suy + Ngồi thể, kiểu thể bất lợi	3	2,5	1	1,4

Thai suy + Đầu không lọt/ Bất cân xứng đầu chậu	3	2,5	2	2,8
Thai suy + Nghiệm pháp lọt thất bại + Đầu không lọt/ Bất cân xứng đầu chậu + Chuyển dạ đình trệ	10	8,4	0	0,0
Đầu không lọt/ Bất cân xứng đầu chậu + Chuyển dạ đình trệ	6	5,0	2	2,8
Thai suy + thai to	1	0,8	0	0,0
Nguyện vọng, con hiếm	22	18,6	24	33,8
Vết mổ cũ	7	5,9	11	15,5
Vết mổ cũ + Ngồi thể, kiểu thể bất lợi	2	1,7	13	18,3
Vết mổ cũ + Đầu không lọt/Bất cân xứng đầu chậu	1	0,8	0	0,0
Ngồi thể, kiểu thể bất lợi	7	5,9	7	9,9
Tổng	119	100,0	71	100,0

Trong nhóm 1, đa số nguyên nhân là do thai suy, trong đó thai suy kèm chuyển dạ đình trệ chiếm tỷ lệ cao nhất là 26,1%; nguyên nhân nguyện vọng, con hiếm với 18,6%, nguyên nhân thai suy đơn độc cũng chiếm tỷ lệ khá cao là 21,0%. Trong khi đó, ở nhóm 2, nguyên nhân mổ lấy thai vì nguyện vọng gia đình, con hiếm chiếm ưu thế với 33,8%, kể đến là do vết mổ cũ kèm kiểu thể bất lợi (18,3%), các nguyên nhân do thai suy, bất thường chuyển dạ (chuyển dạ đình trệ, bất cân xứng đầu chậu) chiếm tỷ lệ thấp hơn so với nhóm 1.

Bảng 5. Tình trạng mẹ sau sinh

Tình trạng mẹ sau sinh		Nhóm 1		Nhóm 2		P
		n = 156	Tỷ lệ (%)	n = 184	Tỷ lệ (%)	
Lượng máu mất sau sinh (sinh đường âm đạo) (ml)	X ± SD	219,2 ± 171,7		118,9 ± 74,7		0,000
	(Min – Max)	(50 - 1000)		(30 - 500)		
Các sang chấn và tình trạng mẹ sau sinh	Bình thường	139	89,4	181	98,5	0,018
	Chảy máu sau sinh	5	3,2	0	0,0	
	Rách tầng sinh môn phức tạp	1	0,6	1	0,5	
	Rách tầng sinh môn độ II	2	1,2	1	0,5	
	Rách cổ tử cung	1	0,6	0	0,0	
	Khối máu tụ đường sinh dục	0	0,0	0	0,0	
	Tử cung go hồi kém	6	3,8	0	0,0	
	Nhiễm trùng hậu sản	2	1,2	0	0,0	
	Bí tiểu	0	0,0	1	0,5	

Lượng máu mất trung bình sau sinh ở nhóm 1 là 219,2 ± 171,7 ml, cao gần gấp đôi nhóm 2 là 118,9 ± 74,7 ml (p = 0,000). Trong nhóm 1 có 13,4% sản phụ gặp biến chứng sau sinh, cao nhất là tử cung go hồi kém (3,8%) kể đến là chảy máu sau sinh (3,2%), rách tầng sinh môn độ II (1,2%), nhiễm trùng hậu sản (1,2%); các sang chấn khác: rách tầng sinh môn phức tạp, rách cổ tử cung đều chiếm tỷ lệ 0,6%. Trong khi đó, ở nhóm 2, chỉ có 1,5% sản phụ gặp biến chứng sau sinh, bao gồm: rách tầng sinh môn phức tạp, rách tầng sinh môn độ II và bí tiểu với tỷ lệ bằng nhau 0,5%.

Bảng 6. Kết cục trẻ sơ sinh

Kết cục trẻ sơ sinh		Nhóm 1		Nhóm 2		P
		n = 156	Tỷ lệ (%)	n = 184	Tỷ lệ (%)	
Tuổi thai khi sinh (tuần)	37 - < 39	30	19,2	64	34,8	0,001
	39 - < 40	49	31,4	68	37,0	
	≥ 40	77	49,4	52	28,2	
	X ± SD (tuần)	39,3 ± 0,9		38,7 ± 1,2		

	≥ 8	150	96,2	179	97,3	
Điểm APGAR 1 phút	3 - 7	6	3,8	5	2,7	0,721
	<3	0	0,0	0	0,0	
	≥ 8	155	99,4	184	100,0	
Điểm APGAR 5 phút	3 - 7	1	0,6	0	0,0	0,789
	< 3500	0	0,0	0	0,0	
Cân nặng của trẻ khi sinh	3500 - < 4000	117	75,0			
	4000 - < 4500	32	20,5			
	≥ 4500	7	4,5			
	X ± SD (Min - Max)	3700,9 ± 353,9 (3500 - 5600)				
Các sang chấn và tình trạng của trẻ trong và sau sinh	Không	112	71,9	178	96,8	
	Suy hô hấp	10	6,4	4	2,2	
	Kẹt vai	1	0,6	0	0,0	
	Nhiễm trùng sơ sinh	13	8,3	1	0,5	0,000
	Vàng da sớm	3	1,9	0	0,0	
	Hạ đường huyết	5	3,2	0	0,0	
	Bướu huyết thanh	12	7,7	1	0,5	

Qua bảng 6, tuổi thai trung bình của nhóm 1 là 39,3 ± 0,9 tuổi, ưu thế ở nhóm ≥ 40 tuổi (49,4%); cân nặng trẻ sơ sinh trung bình nhóm 1 là 3700,9 g. 100% trẻ sinh ra ở 2 nhóm có điểm Apgar 1 phút và 5 phút > 3 điểm, trong đó, nhóm 1 có 3,8% trẻ điểm Apgar 1 phút 3 - 7 và ở nhóm 2 là 2,7%; 0,6% trẻ nhóm 1 có điểm Apgar 5 phút 3 - 7 và nhóm 2 không có trường hợp nào. Về các sang chấn trong và sau sinh, ở nhóm 1, chiếm tỷ lệ cao nhất là nhiễm trùng sơ sinh (8,3%), bướu huyết thanh (7,7%), suy hô hấp (6,4%), thấp nhất là kẹt vai khi sinh (0,6%). Ở nhóm 2 chỉ có 2,2% trẻ suy hô hấp, 0,5% nhiễm trùng sơ sinh và 0,5% trẻ có bướu huyết thanh, ngoài ra chưa ghi nhận biến chứng nào khác.

4. BÀN LUẬN

Các yếu tố liên quan đến thai to

Tuổi mẹ

Tuổi sản phụ càng lớn có liên quan đến tiền căn sinh con nhiều lần, tiền sử sinh con to, đái tháo đường, ... do đó có thể làm tăng nguy cơ sinh con to. Theo Lâm Đức Tâm (2017), khi đưa vào phân tích đa biến thì tuổi mẹ ≥ 35 tuổi là yếu tố chính ảnh hưởng đến thai to với tỷ lệ tuổi mẹ ≥ 35 tuổi là 26,6% trong số sản phụ sinh thai to, OR = 1,4 (p < 0,05) so với nhóm tuổi mẹ < 35 tuổi [6]. Theo nghiên cứu của Rui-Xue Dai (2019), khi phân tích tổng hợp trên 12 nghiên cứu, kết quả chỉ ra tuổi mẹ lớn là yếu tố nguy cơ quan trọng của thai to với OR hiệu chỉnh là 1,4 (so sánh giữa độ tuổi 35 - 39 và < 30 tuổi) (95%CI = 1,2 - 1,6) [7]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì sự khác biệt về phân bố độ tuổi mẹ 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê. Nguyên nhân có thể là do cỡ mẫu

chưa đủ lớn để kiểm nghiệm mối liên quan giữa tuổi mẹ và trọng lượng thai. Ngoài ra, tuổi mẹ quá lớn (> 35 tuổi) được xem là nhóm thai kì nguy cơ cao, có thể có nguy cơ sinh thai to hoặc nhẹ cân.

Nơi cư trú

Ở nhóm 1, sản phụ cư trú tại thành thị chiếm tỷ lệ 71,8% cao hơn ở nhóm 2 là 56,5% (p = 0,004). Mẹ sống ở thành thị có nguy cơ thai to tăng 1,96 lần (95%CI: 1,2 - 3,0) so với mẹ sống tại nông thôn, tương tự kết quả của Nguyễn Thị Phụng Vân với OR = 1,8 (95% CI: 1,1 - 2,9) [8]; tác giả Mengesha H.G cũng nhận thấy số bà mẹ mang thai con to ở thành thị chiếm 70,1% và 29,9% ở vùng nông thôn [9]. Do đó, nơi cư trú với điều kiện kinh tế, chất lượng chăm sóc thai nghén tốt sẽ liên quan đến nguy cơ thai to.

Tiền căn sản phụ khoa

Tiền sử sinh con nhiều lần: theo kết quả nghiên cứu, sự khác biệt về số lần sinh giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê (p = 0,002). Tỷ lệ sinh con rạ ở nhóm 1 là 61,5% và nhóm 2 là 65,2% Nhóm sản phụ sinh ≥ 3 lần ở có nguy cơ thai to cao gấp 3,84 lần sản phụ chưa từng sinh con (95% CI: 1,3 - 10,9). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Thị Hương Giang (2020), sản phụ sinh con so là 37,33% và con rạ là 62,6% [10]. Nghiên cứu của Lâm Đức Tâm (2017) chỉ ra nhóm mang thai 1 - 2 lần có tỷ lệ thai to tăng 1,4 lần và gấp 1,57 lần khi mẹ mang thai ≥ 3 lần [6].

Tiền sử sinh con to: từ bảng 2, nhóm 1 có 31,4% sản phụ có tiền sử sinh con to (cân nặng lúc sinh ≥ 3500 g), thai phụ có tiền sử sinh con to sẽ có thai to lần mang thai này cao gấp 5,16 lần sản phụ chưa từng sinh con to

(95% CI = 2,7 - 9,6). Theo ACOG 2020, tiền sử thai to là yếu tố nguy cơ mạnh đối với thai to lần mang thai này, sản phụ có tiền sử sinh con > 4000 g có khả năng sinh con nặng > 4500 g cao gấp 5 - 10 lần so với phụ nữ chưa từng sinh con to [1]. Theo Fang Fang (2019) khi nghiên cứu trên 54.731 ca sơ sinh đơn thai, tỷ lệ lặp lại thai to là 23,2% (95%CI = 21,2% - 25,2%) [11]. Còn theo tác giả Hoàng Thu Huyền, tiền sử sinh con \geq 3500 g làm tăng nguy cơ sinh con to OR = 7,5 lần (95%CI = 4,7 - 13,2) [12].

Thể trạng mẹ trước và trong quá trình thai kì: BMI sản phụ trung bình trước mang thai của nhóm 1 là $22,0 \pm 2,0$ kg/m², nhóm 2 là $21,4 \pm 2,1$ kg/m², sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000$). Tỷ lệ thừa cân, béo phì trong nhóm 1 trước mang thai khá cao là 31,4% và 16,0%, tương tự với nghiên cứu của Đào Phương Anh (2021) với tỷ lệ 42,0% [13]. Từ bảng 2, sản phụ thừa cân có nguy cơ thai to cao gấp 2,58 lần (95%CI = 1,5 - 4,3) và tăng lên 10,55 lần ở sản phụ béo phì (95%CI = 3,5 - 31,4) so với nhóm có BMI bình thường. Theo Yu-Hsuan Chen và cs. (2023), khi nghiên cứu về mối liên quan giữa yếu tố của mẹ và thai to trên 4262 trẻ sơ sinh đủ tháng, BMI trung bình của mẹ là $26,2 \pm 3,6$ kg/m², mẹ có BMI ≥ 30 kg/m² sẽ có nguy cơ sinh thai to gấp 4,1 lần sản phụ có BMI trước sinh trong giới hạn bình thường [14].

Tăng cân trong thai kì: năm 2009, IOM đã công bố bảng hướng dẫn sự tăng cân trong thai kì dựa vào số BMI trước mang thai. Theo bảng 2, tỷ lệ sản phụ tăng cân vượt chuẩn theo IOM 2009 ở nhóm 1 là 58,3%, nhóm 2 là 21,7% ($p = 0,000$). Nghiên cứu tại Cần Thơ chỉ ra tăng cân quá chuẩn nguy cơ thai to tăng 4,76 lần so với nhóm tăng cân đúng chuẩn (95% CI: 3,46 - 6,55) [15]. Theo Wang N (2018) nhận định rằng tăng cân thai kì quá mức làm tăng nguy cơ thai to với OR = 2,8 (95% CI: 1,3 - 6,0) [16]. Theo nghiên cứu tại Colombia (2019), có 48,4% thai phụ bị tăng cân quá mức trong thai kì và nguy cơ thai to cao gấp 3,5 lần so với những phụ nữ tăng cân đạt chuẩn trong thai kì OR = 3,5 (95% CI = 1,7 - 7,1) [17].

Đái tháo đường thai kì

Đây là bệnh lý liên quan đến tình trạng thai to được đề cập nhiều nhất. Trẻ sơ sinh có mẹ bị đái tháo đường thường có cân nặng lớn, đặc biệt khi bệnh đái tháo đường không được kiểm soát tốt. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 7 sản phụ (4,5%) ở nhóm 1 mắc đái tháo đường thai kì, trong khi nhóm 2 không có sản phụ nào ($p = 0,015$) và nguy cơ thai to ở nhóm mắc đái tháo đường thai kì cao gấp 2,27 lần nhóm không mắc bệnh (95%CI = 1,99 - 2,6). Một nghiên cứu ở Thụy Điển (2018) cũng nhận thấy kết quả tương tự với tỷ lệ thai to có mẹ đái tháo đường thai kì là 4,2%, ở nhóm thai bình thường là 0,2%. Theo tác giả Vanessa A.E (2019), phụ nữ mắc đái tháo đường thai kì chiếm tỷ lệ 14,2% và có nguy cơ sinh thai to gấp 2 lần nhóm bình thường, OR = 2,05 (95% CI = 1,5 - 2,7) [17]. Tỷ lệ sinh con > 4000 g ở thai phụ đái tháo đường thai kì là 20,4% và có liên quan đến tăng nguy cơ chấn thương của trẻ sơ sinh [18].

Do đó, đái tháo đường thai kì được chứng minh là yếu tố nguy cơ thai to. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 78,8% thai phụ tầm soát đái tháo đường thai kì. Theo tác giả Vũ Văn Tâm thì tỷ lệ thai to tăng từ 2,1% lên đến 8,0% ở phụ nữ có đái tháo đường kiểm soát tốt và không kiểm soát tốt [15]. Vì vậy, vấn đề tầm soát phát hiện sớm đái tháo đường thai kì là rất cần thiết để góp phần tiên lượng thai to, theo báo cáo của Hiệp hội Sản - Phụ khoa Mỹ 2011 (ACOD), thời điểm tốt nhất để sàng lọc đái tháo đường thai kì là tuần lễ thứ 24 - 28 tuổi thai.

Giới tính thai

Qua nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt cân nặng của trẻ lúc sinh với giới tính của trẻ. Tỷ lệ trẻ có giới tính nam nhóm 1 cao hơn so với nhóm 2 (62,8% và 47,3%) ($p = 0,004$). Giới tính trẻ trai có nguy cơ thai to cao gấp 1,88 lần (95% CI = 1,2 - 2,9) so với nhóm trẻ giới tính nữ. Như vậy, giới tính thai nhi có liên quan đến tiên lượng thai to, và được chứng minh qua các nghiên cứu. Theo Stotland N.E, những trẻ trai có nguy cơ sinh ra có trọng lượng ≥ 4000 g cao gấp 1,6 lần và nguy cơ trọng lượng ≥ 4500 g cao gấp 1,8 lần so với sơ sinh nữ. Theo Wollchlaeger, yếu tố về gen, yếu tố về tử cung, rau và yếu tố thai nhi đóng vai trò chứng minh sơ sinh thừa cân thường gặp ở trẻ nam hơn trẻ nữ [8]. Ngoài ra, điều này còn được lý giải là do nhiễm sắc thể Y có ảnh hưởng tích cực đến sự phát triển của thai nhi nên trọng lượng của trẻ trai lớn hơn so với trẻ gái.

Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi có 08 yếu tố liên quan đến tiên lượng thai to ở sản phụ. Trong đó: tuổi mẹ, tiền sử sinh nhiều lần, tiền sử sinh thai to, giới tính thai là các yếu tố xác định không thể thay đổi được. Đồng thời, thể trạng mẹ trước mang thai, số cân tăng trong thai kì và đái tháo đường thai kì là các yếu tố liên quan có thể kiểm soát và thay đổi mà bác sĩ sản khoa nên chú trọng khi quản lý thai nghén cho thai kì tiên lượng thai to.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bề cao tử cung và vòng bụng

Bề cao tử cung là một trong những chỉ số lâm sàng biểu hiện sự phát triển của thai nhi. Đo bề cao tử cung là phương pháp đơn giản, tiện lợi để tính tuổi thai cũng như ước lượng trọng lượng thai trên lâm sàng. Theo Miller và cộng sự, nghi ngờ thai ≥ 4000 g nếu thai đủ tháng có BCTC trên 40cm [6]. BCTC trung bình của nhóm 1 là $33,3 \pm 2,6$ lớn hơn so với nhóm 2 là $30,1 \pm 2,2$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000$). Nhóm 1 sản phụ có BCTC 30 - < 35 cm chiếm tỷ lệ cao nhất là 63,5%, kể đến là BCTC ≥ 35 cm với 32,7%. Kết quả này khá tương đồng với Mai Văn Quảng, ghi nhận BCTC 29 - < 35 cm chiếm tỷ lệ cao nhất 69,9%, nhóm BCTC ≥ 35 cm chiếm 26,5% [16].

Vòng bụng trung bình của nhóm 1 là $103,5 \pm 6,5$ cm lớn hơn nhiều so với nhóm 2 là $96,2 \pm 6,5$ ($p = 0,000$); VB ≥ 100 cm chiếm tỷ lệ ưu thế là 75,0%. Kết quả này cũng khá phù hợp với Mai Văn Quảng, vòng bụng trung

bình của sản phụ sinh thai to (≥ 3500 g đối với con so và ≥ 4000 g đối với con rạ) là $103,59 \pm 9,70$ cm, tỷ lệ VB ≥ 100 cm là 73,1% [16]. Còn theo nghiên cứu của Lâm Đức Tâm, tỷ lệ sản phụ có VB ≥ 100 cm là 81,2%, và khi đưa vào mô hình phân tích đa biến hồi qui để loại bỏ tác động phụ thuộc từ các yếu tố liên quan khác thì BCTC và VB là yếu tố chính liên quan đến thai to [6].

Tình trạng lúc vào viện

Có 26,3% sản phụ vào viện trong tình trạng chưa chuyển dạ, tương tự nghiên cứu của Hoàng Thu Huyền [12]. Điều này cho thấy tiền lượng thai to có thể là yếu tố thúc đẩy sản phụ nhập viện sớm ngay cả khi chưa có dấu hiệu chuyển dạ. Đồng thời cũng đưa đến các vấn đề về lựa chọn khởi phát chuyển dạ, phương pháp kết thúc chuyển dạ.

Tỷ lệ ối còn là 57,7%, ối vỡ sớm là 41,7% và ối vỡ non là 0,6%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Đức Linh, Hoàng Thu Huyền [12]. Theo NICE 2022, tình trạng ối vỡ sớm sẽ là yếu tố nguy cơ cho tình trạng nhiễm trùng sơ sinh sớm.

Đặc điểm siêu âm

Có hơn 30 công thức siêu âm khác nhau để ước tính cân nặng của thai nhi, sự sai số có thể lên đến 20% ở hầu hết các công thức, trong đó công thức Handlock (kết hợp đường kính lưỡng đỉnh, chu vi vòng bụng và chiều dài xương đùi) cho kết quả chính xác nhất về cân nặng thai nhi [19]. Từ kết quả bảng 1, trong nhóm 1: chỉ số BPD ≥ 96 mm chiếm tỷ lệ 48,1%, chỉ số BPD trung bình là $96,0 \pm 3,6$ mm; AC ≥ 350 mm chiếm tỷ lệ 87,2%, AC trung bình là $363,7 \pm 14,4$ mm; FL ≥ 73 mm chiếm tỷ lệ 34,0%, FL trung bình là $71,0 \pm 4,2$ mm. Các giá trị này đều cao hơn hẳn nhóm 2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Mai Văn Quảng [16], Hà Thị Thanh Nga [15]. Theo một nghiên cứu ở Tunisia thì chỉ số AC ≥ 350 mm ở nhóm bà mẹ sinh thai to chiếm tỷ lệ 78,7% ($p < 0,001$). Theo nghiên cứu của C P Chen, khi đánh giá trong 1056 trường hợp thai to (cân nặng khi sinh ≥ 4000 g), các chỉ số BPD ≥ 94 mm, AC ≥ 350 mm và FL ≥ 70 mm có tỷ lệ lần lượt là 68,8%, 81,3% và 68,8% [20].

Kết cục thai kì

Về đặc điểm chuyển dạ: tỷ lệ khởi phát chuyển dạ nhóm 1 là 15,4%. Trong đó, tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công là 33,3%. Có 14 trường hợp tiến hành nghiệm pháp lọt, chiếm tỷ lệ 9,0%, tỷ lệ thực hiện thành công là 50,0% (7 ca) và sinh đường âm đạo; 7 ca thất bại (50,0%) được chỉ định mổ lấy thai cấp cứu.

Về phương pháp sinh: trong nhóm 1, mổ lấy thai chiếm tỷ lệ khá cao là 76,3%, sinh đường âm đạo là 23,7%, trong khi đó, phương pháp kết thúc thai kì sinh đường âm đạo là 61,4% và mổ lấy thai là 38,6% ở nhóm 2. Trong sinh đường âm đạo, có 54,05% sản phụ nhóm 1 phải cắt tầng sinh môn trong khi tỷ lệ này chỉ là 38,18% trong nhóm 2.

So với các nghiên cứu khác, tỷ lệ MLT của chúng tôi

khá tương đồng với tỷ lệ MLT của Nguyễn Thị Phụng Vân (2017) là 65,3% [8]; Hà Thị Thanh Nga (2018) là 69,4% [15]; Mai Văn Quảng (2020) là 83,7% [16]; Đào Phương Anh (2021) là 76,51% [13]. Tuy nhiên, khi so sánh với các nghiên cứu ở nước ngoài, tác giả David Beleg nhận thấy tỷ lệ MLT ở nhóm trẻ sơ sinh thừa cân là 47,9%, trong đó nhóm trẻ < 4000 g thì tỷ lệ MLT là 9,3%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Một nghiên cứu khác tại Pháp, trong nhóm bà mẹ sinh thai to thì tỷ lệ MLT chiếm 17%. Sỡ dĩ có sự khác biệt này là do định nghĩa thai to ở Việt Nam là từ 3500g trở lên, ở các nước châu Âu là từ 4000g, nên nhóm trẻ 3500 - 4000 g ở châu Âu chủ yếu được theo dõi để đường âm đạo. Đồng thời, chiều cao, khung chậu của phụ nữ châu Âu lớn hơn Việt Nam nên nhóm thai ≥ 3500 g có thể đẻ đường âm đạo.

Về nguyên nhân mổ lấy thai, nguyên nhân chiếm ưu thế trong nhóm 1 là do thai suy đi kèm các nguyên nhân khác (vết mổ cũ, chuyển dạ đình trệ, bất cân xứng đầu chậu, ngôi thể, kiểu thể bất lợi...). Trong khi đó, nguyên nhân mổ lấy thai nhóm 2 chủ yếu là do các trường hợp MLT chủ động (nguyên vọng, con hiếm, ngôi thể, kiểu thể bất lợi,...).

Các sang chấn và biến chứng của mẹ trong và sau sinh: tử cung co hồi kém chiếm tỷ lệ cao nhất là 3,8%; kể đến là chảy máu sau sinh chiếm tỷ lệ 3,2%, 5 ca đều ở trường hợp sinh thường, chỉ có 1 trường hợp mất 1L máu. Kết quả của chúng tôi khá tương tự với nghiên cứu Hà Thị Thanh Nga là 2 ca chảy máu sau sinh, 1 ở nhóm sinh thường (1,4%), 1 ở nhóm MLT (0,6%); theo Mai Văn Quảng cũng ghi nhận 2 trường hợp chảy máu sau sinh chiếm tỷ lệ 5,1% trong các trường hợp sinh thường. Tác giả Nguyễn Hoàng Vũ (2019) cũng ghi nhận 1 trường hợp chảy máu sau sinh chiếm tỷ lệ 1,2%. Các sang chấn khác về phía mẹ bao gồm: rách tầng sinh môn độ II (1,2%), nhiễm trùng hậu sản (1,2%) - trong đó 100% là do nhiễm trùng vết mổ; rách tầng sinh môn phức tạp và rách cổ tử cung có cùng tỷ lệ là 0,5%.

Về phía thai nhi: tuổi thai trung bình là $39,33 \pm 0,92$. Chỉ số APGAR 3 - 7 ở phút thứ nhất và thứ năm lần lượt là 3,8% và 0,6%, không có trường hợp nào APGAR < 3 . Theo một số nghiên cứu, Vinturache A.E nhận thấy tỷ lệ trẻ sau sinh có chỉ số Apgar < 7 ở phút thứ 5 là 1,6% [15]. Tác giả Osaikhuwumwan J. Thì nhận thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh thừa cân chỉ số Apgar < 7 ở phút thứ 1 là 10,4%, còn ở nhóm trẻ có trọng lượng bình thường là 2,94% với $p < 0,001$ [15]. Theo nghiên cứu của tác giả Ezegwi H.U thì tỷ lệ điểm Apgar < 7 điểm ở phút thứ nhất và thứ năm lần lượt là 6,8% và 4,8%. Như vậy, kết quả của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu nước ngoài, sở dĩ có sự khác biệt này là do tỷ lệ sinh đường âm đạo ở nước ngoài cao hơn so với nước ta.

Về các sang chấn của trẻ trong và sau sinh: một nghiên cứu gộp năm 2019 chỉ ra rằng khi trọng lượng trẻ trên 4000 g, nguy cơ mắc vai, tổn thương đám rối cánh tay và gãy xương tăng lên lần lượt là 9,5 lần, 11 lần và 6,4

lần [21]. Qua bảng 6, có 1 ca đẻ khó do vai (0,5%) tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Gherman RB và cs, đẻ khó do vai xảy ra ở 0,2 - 3,0% trong số ca sinh thường và nguy cơ tăng lên 9 - 14% khi cân nặng khi sinh lớn hơn 4500 g [1]. Có 3,2% trẻ hạ đường huyết sau sinh, cao hơn nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương là 2,3% (2021).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 3 biến chứng thường gặp nhất là: nhiễm trùng sơ sinh sớm chiếm tỷ lệ cao nhất: 13 trường hợp (8,3%); tiếp theo là bứt huyết thanh: 12 trường hợp (7,7%) và cuối cùng là suy hô hấp: 10 trường hợp (6,4%). Kết quả này khá phù hợp vì sản phụ vào viện trong tình trạng ối đã vỡ khá cao (42,3%); đồng thời, các nguyên nhân mổ lấy thai trong nghiên cứu là do thai suy, chuyển dạ đình trệ, nghiệm pháp lọt thất bại, đầu không lọt/bất tương xứng đầu chậu khá cao, đây đều là các yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm trùng sơ sinh, ngạt cũng như hình thành bứt huyết thanh cho trẻ.

5. KẾT LUẬN

Đái tháo đường thai kỳ, thể trạng mẹ trước mang thai, sự tăng cân trong thai kỳ là các yếu tố nên được quan tâm khi quản lý thai nghén nghi ngờ thai to. Trẻ sơ sinh có cân nặng ≥ 3500 g thường được MLT, biến chứng thường gặp nhất về phía mẹ là tử cung co hồi kém, chảy máu sau sinh; về phía con là nhiễm trùng sơ sinh sớm, bứt huyết thanh và suy hô hấp sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Macrosomia: ACOG Practice Bulletin, Number 216. Obstetrics and gynecology. 2020;135(1):e18-e35.
2. Bộ Y Tế, Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, 2016, Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
3. Hung TH, Hsieh TT. Pregestational body mass index, gestational weight gain, and risks for adverse pregnancy outcomes among Taiwanese women: A retrospective cohort study. Taiwanese journal of obstetrics & gynecology. 2016;55(4):575-81.
4. Trần Thị Hoàn, Hoàng Liên Châu, Hoàng Thị Bích Ngọc, Nguyễn Thị Hậu, Nguyễn Thị Diệp Lê. Nghiên cứu tình hình trẻ sơ sinh thừa cân tại khoa phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Phụ sản. 2017;15(3):114-8.
5. Abramowicz JS, Ahn JTJU. Literature review current through: Jan. Fetal macrosomia. 2018:22-30.
6. Lâm Đức Tâm, Ngô Thị Kim Phụng, Quan Kim Phụng. Tỷ lệ thai to và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Phụ sản Cần Thơ. Tạp chí Nghiên cứu Y học 2017; 1(21): 136-43.
7. Dai RX, He XJ, Hu CL. The Association between Advanced Maternal Age and Macrosomia: A Meta-Analysis. Childhood obesity (Print). 2019;15(3):149-55.

8. Nguyễn Thị Phụng Vân. Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và kết quả thai kỳ ở những thai phụ có thai to tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế [Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Đa khoa]. Huế: Trường Đại học Y Dược Huế; 2017.

9. Mengesha HG, Wuneh AD, Weldearegawi B, Selvakumar DL. Low birth weight and macrosomia in Tigray, Northern Ethiopia: who are the mothers at risk? BMC pediatrics. 2017;17(1):144.

10. Phạm Thị Hương Giang. Nghiên cứu xử trí sản khoa ở những sản phụ đẻ con từ 3500gam trở lên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương [Luận văn Thạc sĩ Y học]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.

11. Fang F, Zhang QY, Zhang J, Lei XP, Luo ZC, Cheng HD. Risk factors for recurrent macrosomia and child outcomes. World journal of pediatrics : WJP. 2019;15(3):289-96.

12. Hoàng Thu Huyền. Nghiên cứu xử trí sản khoa ở những sản phụ sinh con từ 3500gam trở lên tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội [Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Đa khoa]. Hà Nội: Trường Đại học Y Dược; 2021.

13. Đào Phương Anh, Lâm Đức Tâm, Vương Thị Ngọc Lan. Kết cục của thai kỳ có cân nặng từ 3.600 gam trở lên tại bệnh viện Đại học Y dược Thành Phố Hồ Chí Minh cơ sở 2. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2021;1(25):217-22.

14. Chen YH, Chen WY, Chang CY, Cho CY, Tang YH, Yeh CC, et al. Association between maternal factors and fetal macrosomia in full-term singleton births. Journal of the Chinese Medical Association : JCMS. 2023;86(3):324-9.

15. Hà Thị Thanh Nga. Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và kết quả xử trí thai to [Luận văn Thạc sĩ Y học]. Huế: Trường Đại học Y Dược Huế; 2018.

16. Mai Văn Quảng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và thái độ xử trí các trường hợp sinh con to tại khoa Sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế [Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Đa khoa] Huế: Trường Đại học Y Dược Huế; 2020.

17. Agudelo-Espitia V, Parra-Sosa BE, Restrepo-Mesa SL. Factors associated with fetal macrosomia. Revista de saude publica. 2019;53:100.

18. Lê Lam Hương, Hoàng Trọng Nam, Ngô Thị Minh Thảo, Võ Hoàng Lâm. Đái tháo đường thai kỳ: nghiên cứu những yếu tố ảnh hưởng và kết quả thai kỳ. Vietnam Journal of Diabetes Endocrinology. 2021(46):247-52.

19. Nguyen MT, Ouzounian JG. Evaluation and Management of Fetal Macrosomia. Obstetrics and gynecology clinics of North America. 2021;48(2):387-99.

20. Chen CP, Chang FM, Chang CH, Lin YS, Chou CY, Ko HC. Prediction of fetal macrosomia by single ultrasonic fetal biometry. Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi. 1993;92(1):24-8.