

RESEARCH ON SOME CHARACTERISTICS AND MANAGEMENT RESULTS IN PREGNANT WOMEN WITH FETAL MACROSOMIA AT THAI NGUYEN A HOSPITAL

Nguyen Thi Mo^{1*}, Hoang Thi Ngoc Tram¹, Nguyen Thi Thuy²

¹TNU - University of Medicine and Pharmacy, ²Thai Nguyen A Hospital

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Received: 29/8/2024 Revised: 17/11/2024 Published: 19/11/2024	Fetal macrosomia is an increasing trend and is associated with a number of maternal and fetal complications such as cesarean section, postpartum hemorrhage, respiratory failure and postpartum hypoglycemia. With the goal of describing some characteristics of pregnant women with macrosomia at Thai Nguyen A Hospital in 2023 and commenting on the results of macrosomia treatment in the above pregnant women, we conducted research on a total number of pregnant women 519 research subjects. By using the cross-sectional descriptive method, we have obtained the following results: The age group ≥ 35 of pregnant women with large pregnancies accounts for 18,7%; The proportion of women with large pregnancies whose residence is in urban areas is 54,9%, 63,8% of pregnant women have a history of large fetuses, 43,8%; The method of birth in cases of macrosomia is mainly cesarean section, accounting for 63,0%, 36,6% are vaginal births and 02 cases (0,4%) are delivered with Forceps intervention, gender ratio children in full-term fetuses are boys accounting for 55,5%; The most common complication rates for mothers with large pregnancies are poor uterine contractions accounting for 4,4%, urinary retention 1,2%, postpartum infection 1%, and complicated perineal tears 0,2%; Complications in children include respiratory failure (0,4%), early jaundice (0,4%), and postpartum hypoglycemia (0,2%).
KEYWORDS Macrosomia Cesarean section Pregnant women Management of macrosomia Complications	

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ XỬ TRÍ Ở NHỮNG SẢN PHỤ MANG THAI TO TẠI BỆNH VIỆN A THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Mo^{1*}, Hoàng Thị Ngọc Trâm¹, Nguyễn Thị Thúy²

¹Trường Đại học Y Dược – ĐH Thái Nguyên, ²Bệnh viện A Thái Nguyên

THÔNG TIN BÀI BÁO	TÓM TẮT
Ngày nhận bài: 29/8/2024 Ngày hoàn thiện: 17/11/2024 Ngày đăng: 19/11/2024	Thai to đang có xu hướng ngày càng gia tăng và có liên quan đến một số những biến chứng ở mẹ và thai nhi như mô lấy thai, băng huyết sau sinh, suy hô hấp và hạ đường huyết sau sinh. Với mục tiêu mô tả một số đặc điểm của sản phụ mang thai to tại Bệnh viện A Thái Nguyên năm 2023 và nhận xét kết quả xử trí thai to ở những sản phụ trên, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên tổng số 519 đối tượng nghiên cứu. Bằng phương pháp mô tả cắt ngang chúng tôi đã thu được kết quả: Nhóm tuổi ≥ 35 của sản phụ mang thai to chiếm 18,7%; tỉ lệ phụ nữ mang thai to có nơi cư trú ở thành thị là 54,9%, con rạ chiếm 63,8%, tiền sử thai to chiếm 43,8%. Phương pháp sinh trong các trường hợp thai to chủ yếu là mổ lấy thai chiếm 63,0%, có 36,6% đẻ đường âm đạo và 02 trường hợp (0,4%) đẻ có can thiệp Forceps, tỉ lệ giới tính trẻ trong thai to đủ tháng là trai chiếm 55,5%. Tỉ lệ biến chứng hay gặp nhất với mẹ mang thai to là tử cung co hồi kém chiếm 4,4%, bí tiểu 1,2%, nhiễm khuẩn hậu sản 1%, rách tầng sinh môn phức tạp 0,2%; biến chứng ở con là suy hô hấp (0,4%), vàng da sớm (0,4%), hạ đường huyết sau sinh (0,2%).
TỪ KHÓA Thai to Mổ lấy thai Sản phụ Xử trí thai to Biến chứng	

DOI: <https://doi.org/10.34238/tnu-jst.11031>

* Corresponding author. Email: mopbtn@gmail.com

1. Đặt vấn đề

Trong suốt quá trình mang thai, trọng lượng thai nhi luôn là vấn đề được thai phụ và thầy thuốc quan tâm hàng đầu. Trong đó, thai to là một yếu tố bất lợi cho cả sản phụ và trẻ sơ sinh.

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 ở mốc 3500 g.

Hiện nay, với sự phát triển kinh tế - xã hội, các thai phụ được chăm sóc và quản lý thai nghén tốt hơn, tỉ lệ thai to có xu hướng gia tăng trên toàn cầu. Trên toàn thế giới, tỉ lệ này chiếm khoảng từ 3–15% tổng số ca mang thai. Ở các nước phát triển, tỷ lệ to đầu thai dao động từ 5% đến 20% ở tất cả các ca sinh. Nghiên cứu tại 23 nước đang phát triển trên khắp Châu Á, Châu Phi và Châu Mỹ Latinh cho thấy tỷ lệ to đầu thai thay đổi rất nhiều, từ 0,5% ở Ấn Độ đến 14,9% ở Algeria [3]. 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% [4]. Còn tại Việt Nam, theo nghiên cứu ở Bệnh viện Trung ương Huế, trẻ sơ sinh có trọng lượng ≥ 4000 g chiếm tỷ lệ 5,7% [5]. Tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ thì tỉ lệ này là 4,7% theo nghiên cứu của tác giả Quan Kim Phụng [6].

Thai to có liên quan đến nhiều biến chứng ở bà mẹ và thai nhi như chấn thương tầng sinh môn, mổ lấy thai, băng huyết sau sinh, chuyển dạ kéo dài, ngạt khi sinh, khó đẻ vai, chấn thương đám rối thần kinh cánh tay và chấn thương xương, thai chết lưu, hạ đường huyết [7]. Ngoài ra, trẻ sơ sinh thai to dễ mắc một số bệnh ung thư, béo phì, tăng huyết áp và đái tháo đường type II khi trưởng thành [8].

Với những tai biến kể trên, việc xây dựng chiến lược quản lý thai nghén phù hợp và tiên lượng được kết quả xử trí đối với các sản phụ mang 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 thực hiện nghiên cứu tỉ lệ và kết quả xử trí thai to tại Bệnh viện A Thái Nguyên với mục tiêu mô tả một số đặc điểm của sản phụ mang thai to tại Bệnh viện A Thái Nguyên năm 2023 và nhận xét kết quả xử trí thai to ở những sản phụ trên.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm tất cả các hồ sơ bệnh án của sản phụ có thai đủ tháng đẻ tại Khoa Sản Bệnh viện A Thái Nguyên từ ngày 01/06/2023 – 31/12/2023 đủ tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

* **Tiêu chuẩn chọn mẫu đích:** Tất cả hồ sơ bệnh án của sản phụ có thai đủ tháng tuổi thai từ 37-42 tuần, một thai sống, trẻ được cân ngay sau sinh, hồ sơ bệnh án được ghi chép đầy đủ.

* **Tiêu chuẩn chọn mẫu nghiên cứu:** Trẻ có cân nặng từ 3500 gam trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp thai to từng phần (Bụng cóc, não úng thủy...), thai dị dạng, thai chết lưu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả, cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

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

Trong đó:

n là số thai phụ có thai đủ tháng cần nghiên cứu.

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ là hệ số tin cậy = 1,96 với độ tin cậy 95%.

$p = 0,221$: Tỷ lệ sản phụ sinh con đủ tháng ≥ 3500 g trong nghiên cứu trước [9].

d : sai số mong đợi. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn $d = 0,036$.

Vậy cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 510 sản phụ.

Để dự phòng các trường hợp bệnh án thiếu thông tin, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 519 sản phụ đủ tiêu chuẩn từ ngày 01/6/2023 - 31/12/2023.

2.4. Xử lý số liệu: Dữ liệu được phân tích trên phần mềm thống kê SPSS 23.0 với các test thống kê y học.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức Bệnh viện A Thái Nguyên trước khi thực hiện.

3. Kết quả và bàn luận

Qua nghiên cứu 519 sản phụ mang thai to trong thời gian từ ngày 01/06/2023 - 31/12/2023 tại Bệnh viện A Thái Nguyên, chúng tôi thu được kết quả như sau:

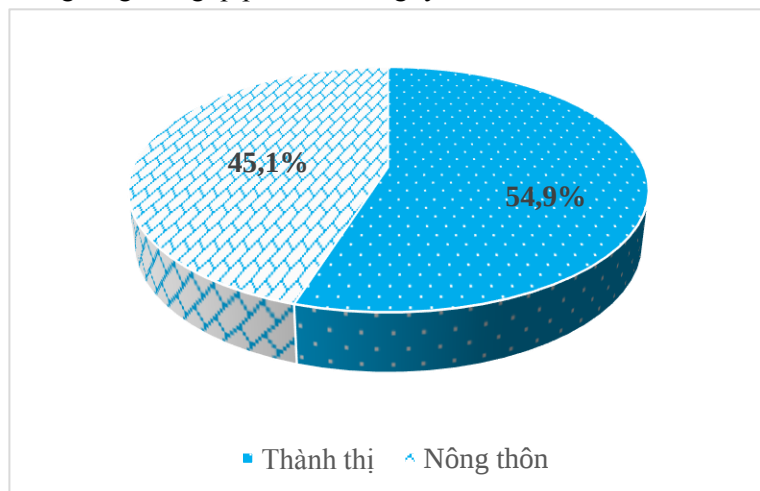
3.1. Mô tả một số đặc điểm của sản phụ mang thai to tại Bệnh viện A Thái Nguyên năm 2023

Đã có nhiều công trình nghiên cứu chứng minh mối liên quan giữa tuổi của mẹ và cân nặng của trẻ. Từ kết quả bảng 1 cho thấy, trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm tuổi ≥ 35 của sản phụ mang thai to chiếm 18,7%. Kết quả này cao hơn trong nghiên cứu của Lưu Đức Tâm khi trong nghiên cứu của họ tỉ lệ này là 16,62% [10].

Bảng 1. Đặc điểm độ tuổi của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
<35	422	81,3
≥ 35	97	18,7
Tổng	519	100
Tuổi trung bình (Min – Max)	$29,37 \pm 5,59$ (16 - 43)	

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $29,37 \pm 5,59$ tuổi, tương đương với kết quả trong nghiên cứu của Dagnev Getnet Adugna [8]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng tuổi của mẹ cao có liên quan đến tình trạng đẻ thai to [10], [11]. Điều này có thể là vì tuổi mẹ càng cao sẽ ảnh hưởng đến quá trình trao đổi chất của mẹ, do đó làm tăng tốc độ tăng trưởng của thai nhi. Hay nói cách khác tuổi càng cao sẽ càng làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lý như đái tháo đường, béo phì... đây là những yếu tố đã được xác định là có liên quan mật thiết đến tình trạng thai to. Vấn đề này đáng lo ngại vì hiện nay phụ nữ có xu hướng lập gia đình ngày càng muộn, do đó những trường hợp lớn tuổi mang thai cũng tăng lên, góp phần làm tăng tỷ lệ thai to.



Hình 1. Đặc điểm nơi cư trú của đối tượng nghiên cứu

Kết quả tại biểu đồ hình 1 cho thấy, tỉ lệ phụ nữ mang thai to có nơi cư trú ở thành thị là 54,9% cao hơn ở nông thôn (45,1%). Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của nhiều nghiên cứu khác. Theo Huỳnh Thị Như Ngọc và cộng sự, 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 [12]. Điều này có thể do khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của các bà mẹ ở thành thị tốt hơn, cơ hội có được việc làm tốt hơn, kinh tế được đảm bảo hơn, do đó mức độ dinh dưỡng cũng như sự quan tâm đến sức khỏe sinh sản cao hơn, từ đó làm tăng tỷ lệ đẻ con to.

Đặc điểm về tiền sử sản phụ khoa (số lần đẻ, tiền sử thai to...) của người phụ nữ cũng là một trong những yếu tố nguy cơ đã được xác định với mang thai to.

Bảng 2. Đặc điểm sản phụ khoa của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Số lần đẻ	Con so	188	36,2
	Con rạ	331	63,8
Tổng		519	100
Tiền sử thai to	Có	145	43,8
	Không	186	56,2
Tổng		331	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ phụ nữ mang thai to là con rạ chiếm 63,8%, con so chiếm 36,2%. Theo chúng tôi, tỉ lệ đẻ thai to của con rạ lớn hơn con so có thể do các nguyên nhân: thứ nhất những bà mẹ mang thai con rạ đã có kinh nghiệm về thai sản, dinh dưỡng tốt hơn so với bà mẹ mang thai lần đầu nên tỉ lệ mang thai to cao hơn; thứ hai là những bà mẹ đã mổ lấy thai lần trước luôn luôn sẵn sàng tâm lý sẽ mổ lấy thai ở lần mang thai này, do vậy họ sẽ thoải mái hơn trong việc ăn uống cũng như kiểm soát cân nặng của thai nhi và kết quả là thai sẽ lớn hơn; thứ ba là do tỉ lệ các bệnh lý như béo phì, đái tháo đường... cũng tăng dần theo tuổi của người mẹ, mà nhóm này có tỉ lệ đẻ thai to cao hơn, do đó tỉ lệ mang thai to ở nhóm con rạ cũng cao hơn.

Tỉ lệ phụ nữ có tiền sử thai to trong nghiên cứu của chúng tôi là 43,8%. Theo ACOG, tiền sử thai to là yếu tố nguy cơ cao 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 Huỳnh Thị Như Ngọc, 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) [12]. Hay một nghiên cứu khác cũng cho thấy nguy cơ mang thai to ở những bà mẹ có tiền sử sinh con to cao gấp 7 lần so với những bà mẹ không có tiền sử sinh con to [13]. Điều này có thể do đặc điểm di truyền của người mẹ có tiền sử sinh thai to.

3.2. Nhận xét kết quả xử trí thai to ở những sản phụ trên

Đối với các trường hợp thai to, do kích thước của thai lớn hơn so với thai có trọng lượng bình thường nên các cuộc đẻ thai to thường gặp những khó khăn như: ngôi thai bất thường, ngôi khó lọt, chuyển dạ khó khởi động do tử cung bị căng giãn, trong cuộc đẻ tỷ lệ phải can thiệp thủ thuật hoặc mổ lấy thai cao.

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

Đặc điểm chuyển dạ và thái độ xử trí		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đặc điểm chuyển dạ	Tự phát	510	98,3
	Khởi phát chuyển dạ	9	1,7
Kết quả khởi phát chuyển dạ	Thành công	4	44,4
	Thất bại	5	55,6
Nghiệm pháp lọt ngôi chòm	Có	28	5,4
	Không	491	94,6
Kết quả nghiệm pháp lọt	Thành công	15	53,5
	Thất bại	13	46,5
Phương pháp sinh	Đẻ đường âm đạo	190	36,6
	Đẻ có can thiệp thủ thuật (Forceps)	2	0,4
	Mổ lấy thai	327	63,0

Tỉ lệ khởi phát chuyển dạ trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ chiếm 1,7%, chủ yếu là các trường hợp đã chuyển dạ rồi mới nhập viện (98,3%). Tỉ lệ thành công trong nhóm khởi phát chuyển dạ là 44,4%. Có 28 trường hợp cần thực hiện nghiệm pháp lọt ngôi chồm, trong đó có 15 trường hợp thành công để được đường âm đạo và 13 trường hợp thất bại phải mổ lấy thai.

Cũng từ kết quả bảng 3 cho thấy rằng phương pháp sinh trong các trường hợp thai to chủ yếu là mổ lấy thai chiếm 63,0%, có 36,6% đẻ đường âm đạo và 02 trường hợp (0,4%) đẻ có can thiệp Forceps. Tỉ lệ mổ lấy thai ở nhóm thai to trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác như Huỳnh Thị Như Ngọc là 76,3% [12], Đào Phương Anh là 76,51% [14]. Điều này có thể là do khi được chẩn đoán thai to và bác sĩ giải thích về các nguy cơ khi đẻ thai to thì sản phụ đã có tâm lý xin mổ lấy thai, hơn nữa vì sự an toàn của sản phụ và chính thầy thuốc nên người thầy thuốc cũng dễ chấp nhận yêu cầu của sản phụ và gia đình hơn.

Bệnh viện A Thái Nguyên là một bệnh viện thuộc vùng Trung du và miền núi phía Bắc, vùng chịu nhiều ảnh hưởng của văn hóa Trung Hoa. Theo văn hóa Khổng Tử ở Trung Hoa thì người con trai trong gia đình sẽ có trách nhiệm phụng dưỡng cha mẹ khi về già, chỉ con trai mới được nhận tài sản thừa kế và gìn giữ dòng dõi sau này. Con trai thì mới được phép thờ cúng cho tổ tiên và là người phải trông coi mộ phần của tổ tiên. Vì vậy, con trai có trách nhiệm lo liệu cho hạnh phúc của người thân đã khuất, không sinh con trai được coi là bất kính với tổ tiên. Đây cũng là một trong những nguyên nhân khiến cho sự mất cân bằng giới tính thai nhi trong nhiều nghiên cứu.

Bảng 4. Giới tính trẻ trong thai to đủ tháng

Giới tính	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trai	331	63,8
Gái	188	36,2
Tổng	519	100

Từ kết quả ở bảng 4 cho thấy rằng tỉ lệ giới tính trẻ trong thai to đủ tháng là trai chiếm 63,8% nhiều hơn so với tỉ lệ trẻ gái (36,2%). Kết quả này cũng tương đồng so với nghiên cứu của các tác giả trong nước khác [12], [10]. Theo Woltamo DD và cộng sự, trẻ sơ sinh nam có khả năng bị thừa cân cao gấp bốn lần so với trẻ sơ sinh nữ OR = 4,0 [95%CI; 2,25–7,11, p < 0,001] [15]. Theo chúng tôi, tỉ lệ giới tính trẻ trai trong thai to đủ tháng nhiều hơn so với trẻ gái có lẽ một phần do tư tưởng “trọng nam, khinh nữ” ở trên, khi có thai con trai thì người phụ nữ được chăm sóc tốt hơn, dinh dưỡng tốt hơn nên cân nặng thai trai nặng hơn. Ngoài ra, điều này còn được y văn 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.

Sinh thai to là một yếu tố bất lợi, dễ gây biến chứng cho cả mẹ và thai nhi.

Bảng 5. Tình trạng sau đẻ mẹ và con

	Tình trạng sau đẻ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mẹ	Không	478	92,1
	Tử cung co hồi kém	23	4,4
	Rách tầng sinh môn phức tạp	1	0,2
	Nhiễm khuẩn hậu sản	5	1
	Bí tiểu	6	1,2
	Khác	6	1,2
Con	Không	509	98,0
	Suy hô hấp	2	0,4
	Hạ đường huyết sau sinh	1	0,2
	Bướu huyết thanh	5	1
	Vàng da sớm	2	0,4

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi sinh thai to, tỉ lệ biến chứng hay gặp nhất với mẹ là tử cung co hồi kém chiếm 4,4%, bí tiểu 1,2%, nhiễm khuẩn hậu sản 1%, rách tầng sinh môn phức tạp 0,2%. Tỉ lệ này cũng tương đồng với kết quả của nhiều nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu của Huỳnh Thị Như Ngọc và cộng sự, tỉ lệ biến chứng sau đẻ thai to hay gặp nhất là tử cung co

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% [12]. Tình trạng đỡ tử cung là do tử cung của bà mẹ bị căng giãn quá mức vì thai to. Rách tầng sinh môn phức tạp do chuyển dạ kéo dài khi sinh thai to.

Trong một nghiên cứu phân tích tổng hợp của Beta và cộng sự về biến chứng ở mẹ và trẻ sơ sinh trong thai kỳ có thai to đã thu được kết quả: trong các thai kỳ có thai to có cân nặng khi sinh > 4000g, có nguy cơ tăng biến chứng ở mẹ: mổ lấy thai cấp cứu, băng huyết sau sinh và tổn thương cơ thắt hậu môn, có OR (95% CI) lần lượt là 1,98 (1,80-2,18), 2,05 (1,90-2,22) và 1,91 (1,56-2,33); các giá trị tương ứng cho thai kỳ có cân nặng khi sinh > 4500g là: 2,55 (2,33-2,78), 3,15 (2,14-4,63) và 2,56 (1,97-3,32). Tương tự như vậy, trong những lần mang thai có cân nặng khi sinh > 4000g có nguy cơ gia tăng các biến chứng ở trẻ sơ sinh: mắc vai, tổn thương đám rối thần kinh cánh tay và gãy xương khi sinh, có OR (95% CI) lần lượt là 9,54 (6,76-13,46), 11,03 (7,06-17,23) và 6,43 (3,67-11,28) [16]. Qua bảng 5 cho thấy, có 5 ca trẻ sau sinh có bướu huyết thanh (1%), 2 ca suy hô hấp sau sinh (0,4%), 2 ca vàng da sớm sau sinh (0,4%), 1 ca hạ đường huyết sau sinh (0,2%). Tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu của Bệnh viện Phụ sản Trung ương và Bệnh viện Trường Đại học Y dược Huế [12]. Mặc dù tỷ lệ tai biến của cả mẹ và thai trong nghiên cứu của chúng tôi là khá thấp, tuy nhiên theo nhiều nghiên cứu đều cho thấy rằng tỷ lệ thai to đang ngày càng có xu hướng tăng lên. Chính vì vậy, việc quản lý thai nghén, đặc biệt là các thai kỳ có ước lượng trọng lượng thai to, cần được theo dõi sát sao, xử trí kịp thời nhằm hạn chế biến chứng cho mẹ và thai nhi, giúp trẻ ra đời an toàn nhất, tránh những rối loạn trong tương lai về tâm thần, vận động và phát triển trí tuệ cho những mầm non tương lai của đất nước.

4. Kết luận

Việc quản lý thai kỳ ở những phụ nữ mang thai có ước lượng trọng lượng thai to là rất cần thiết. Việc theo dõi sát sao và xử trí kịp thời sẽ giảm được biến chứng cho cả mẹ và con. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm tuổi ≥ 35 của sản phụ mang thai to chiếm 18,7%; tỷ lệ phụ nữ mang thai to có nơi cư trú ở thành thị là 54,9%, con rạ chiếm 63,8%, tiền sử thai to chiếm 43,8%; phương pháp sinh trong các trường hợp thai to chủ yếu là mổ lấy thai chiếm 63,0%, tỷ lệ trẻ trai chiếm 55,5%; tỷ lệ biến chứng hay gặp nhất với mẹ mang thai to là tử cung co hồi kém chiếm tỷ lệ nhiều nhất 4,4%, tiếp theo là bí tiểu 1,2%, nhiễm khuẩn hậu sản 1%, rách tầng sinh môn phức tạp 0,2%; biến chứng ở con là suy hô hấp (0,4%), vàng da sớm (0,4%), hạ đường huyết sau sinh (0,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO/ REFERENCES

- [1] ACOG, "Macrosomia: ACOG Practice Bulletin," *Obstet Gynecol*, vol. 135, no. 216, pp. e18-e35, 2020.
- [2] Ministry of Health, *National guidelines for reproductive health services*, Report No. Decision No. 4128/QĐ-BYT dated July 29, 2016, pp. 56-57.
- [3] A. Koyanagi *et al.*, "Macrosomia in 23 developing countries: an analysis of a multicountry, facility-based, cross-sectional survey," *Lancet*, vol. 381, pp. 476-483, 2013.
- [4] T. H. Hung and T. T. Hsieh, "Pregestational body mass index, gestational weight gain, and risks for adverse pregnancy outcomes among Taiwanese women: A retrospective cohort study," *Taiwan J Obstet Gynecol*, vol. 55, pp. 575-581, 2016.
- [5] T. H. Tran, L. C. Hoang *et al.*, "Research on the situation of overweight newborns at the obstetrics department of Hue Central Hospital," *Obstetrics and Gynecology Magazine*, vol. 15, pp. 114-118, 2017.
- [6] K. P. Quan, "Rate of macrosomia and related factors at Can Tho Obstetrics Hospital," Master's thesis in Medicine, Can Tho University of Medicine and Pharmacy, 2016.
- [7] F. Fuchs, J. Bouyer, P. Rozenberg, and M. V. Senat, "Adverse maternal outcomes associated with fetal macrosomia: what are the risk factors beyond birthweight?" *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 13, p. 90, 2013.
- [8] D. G. Adugna, E. F. Enyew, and M. T. Jemberie, "Prevalence and Associated Factors of Macrosomia Among Newborns Delivered in University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Gondar,

- Ethiopia: An Institution-Based Cross-Sectional Study," *Pediatric Health Med Ther.*, vol. 11, pp. 495-503, 2020.
- [9] T. K. O. Phung, "Research on some factors related to macrosomia and results of treatment of macrosomia at term at the obstetrics department of Thai Nguyen Central Hospital," Resident doctor thesis, Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy, 2020.
- [10] D. T. Luu, T. T. A. Luu, and V. Q. H. Nguyen, "Research on the rate and factors related to macrosomia at Can Tho City Obstetrics Hospital in 2015," *Obstetrics and Gynecology Magazine*, vol. 14, pp. 31-37, 2016.
- [11] R. X. Dai, X. J. He, and C. L. Hu, "The Association between Advanced Maternal Age and Macrosomia: A Meta-Analysis," *Child Obes.*, vol. 15, pp. 149-155, 2019.
- [12] T. N. N. Huynh and T. T. N. Nguyen, "Research on some factors related to and pregnancy outcomes in pregnant women with large fetuses at the Department of Obstetrics and Gynecology, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital," *Obstetrics and Gynecology Magazine*, vol. 21, pp. 50-59, 2023.
- [13] F. G. Tela, A. M. Bezabih, A. K. Adhanu, and K. B. Tekola, "Fetal macrosomia and its associated factors among singleton live-births in private clinics in Mekelle City, Tigray, Ethiopia," *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 19, p. 219, 2019.
- [14] P. A. Dao, D. T. Lam, and T. N. L. Vuong, "Outcome of pregnancy with a weight of 3,600 grams or more at Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy Hospital, campus 2," *Journal of Medical Research*, vol. 1, pp. 217-222, 2021.
- [15] D. D. Woltamo, M. Meskele, S. B. Workie, and A. S. Badacho, "Determinants of fetal macrosomia among live births in southern Ethiopia: a matched case-control study," *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 22, p. 465, 2022.
- [16] J. Beta *et al.*, "Maternal and neonatal complications of fetal macrosomia: systematic review and meta-analysis," *Ultrasound Obstet Gynecol*, vol. 54, pp. 308-318, 2019.