

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ KẾT CỤC THAI KỲ THAI TO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Chung Cẩm Ngọc^{1*}, Võ Huỳnh Trang², Phan Hữu Thúy Nga²

1. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: ngoackhai09@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong suốt quá trình mang thai trọng lượng thai nhi luôn là vấn đề được thầy thuốc và thai phụ quan tâm hàng đầu. Trọng lượng thai nhi cũng là yếu tố quan trọng để thầy thuốc cân nhắc lựa chọn cách đẻ nhằm đề phòng tai biến của mẹ và con sau sanh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Tìm hiểu một số đặc điểm cận lâm sàng và đánh giá kết quả kết cục thai kỳ thai to. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 322 thai phụ thai to với tuổi thai từ 37 tuần trở lên tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Kết quả nghiên cứu:** Có 322 thai phụ thai to ≥ 3500 gram tham gia nghiên cứu. Các đặc điểm cận lâm sàng và kết cục thai kỳ thai to là: Đường kính lưỡng đỉnh, chiều dài xương đùi, chu vi vòng bụng, lượng nước ối, Hemoglobin và Glucose trong máu, Apgar 1 phút sau sinh, tình trạng mẹ và bé sau sinh. **Kết luận:** Tình hình thai to có xu hướng tăng trong thời gian gần đây. Nhận biết được thai to sẽ kiểm soát được các tai biến của mẹ và con sau sinh.

Từ khóa: Thai to.

ABSTRACT

PARACLINICAL AND OUTCOME OF MACROSOMIA AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Chung Cam Ngoc^{1*}, Vo Huynh Trang², Phan Huu Thuy Nga²

1. Can Tho Central General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: During pregnancy, fetal weight is always a top concern of physicians and pregnant women. Fetal weight is also an important factor for physicians to consider choosing the wrong way to give birth to prevent complications of the mother and baby after birth. **Objectives:**

To understand some subclinical features and evaluating the outcome of macrosomia in Can Tho Central General Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted 322 the women in pregnancy from 37 weeks or more at Can Tho Central General Hospital. **Results:** There were 322 pregnant women with size ≥ 3500 g participating in the study. Subclinical features and major pregnancy outcome included biparietal diameter, femur length, abdominal circumference, hemoglobin and glucose, first-minute Apgar, maternal and fetal complications. **Conclusion:** Fetal macrosomia tends to increase, controlling fetal macrosomia will control complications for mother and baby after birth.

Keywords: fetal macrosomia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong suốt quá trình mang thai trọng lượng thai nhi luôn là vấn đề được thầy thuốc và thai phụ quan tâm hàng đầu. Trọng lượng thai nhi cũng là yếu tố quan trọng để thầy thuốc cân nhắc lựa chọn cách đẻ nhằm đề phòng tai biến của mẹ và con sau sanh. Trọng lượng trẻ sơ sinh cũng có khuynh hướng tăng hơn so với thời gian trước đây. Nguy cơ mang thai to và nguy cơ trong chuyển dạ của những trường hợp thai ≥ 3500 gram cũng đang có xu hướng tăng lên. Cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh của nước ta hiện nay là khoảng 3000 gram đến 3200 gram. Đối với các nước phương tây trẻ sơ sinh từ 4000 gram trở lên được gọi là thai to, ở Việt Nam sinh con từ 3500 gram trở lên được cho là thai to. Thai to có xu hướng ngày càng tăng. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thoa (2013) [3], ghi nhận tại Đại học Y Dược Hồ Chí Minh có 10,7% sản phụ sanh con trên 3800 gram. Tại Huế theo kết quả của Lê Lam Hương và Hoàng Thanh Hà (2014) [1], là 18,5 %. Hậu quả của thai to khi sinh sẽ làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai và tăng tỷ lệ sanh giúp bằng thủ thuật sản khoa. Nếu sanh ngã âm đạo có nguy cơ đỡ tử cung và chấn thương sinh dục, việc sinh thai quá to thường khó khăn và nguy hiểm trong lúc chuyển dạ và sổ thai, quan trọng nhất là kẹt vai (thường có đường kính lưỡng móm vai lớn hơn 12cm, theo Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) [5], tỷ lệ sanh khó do thai to kẹt vai là 0,6%—1,4%. Trên thực tế lâm sàng vẫn có một tỷ lệ thai to sanh đường âm đạo, nhưng các nghiên cứu các vấn đề này ở Việt Nam còn hạn chế. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu:

- (1). Khảo sát đặc điểm cận lâm sàng thai to.
- (2). Đánh giá kết quả kết cục thai kỳ thai to.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các sản phụ đến sinh và ước lượng trọng lượng thai ≥ 3500 gram.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả các sản phụ có tuổi thai từ 37 tuần trở lên và có ước lượng trọng lượng thai ≥ 3500 g đến sinh tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đa thai, thai chết lưu, tuổi thai ≥ 42 tuần, ngôi bất thường, có rối loạn tâm thần, mổ lấy thai chủ động.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu: Được tính theo công thức:

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

Trong đó:

$p = 0,779$ là tỷ lệ mô lấy thai ở nhóm thai to, theo nghiên cứu của Lâm Đức Tâm tại Bệnh viện Phụ Sản Cần Thơ năm 2014. Tính được cỡ mẫu là 264,6 với $d = 0,05$, dự trừ mất mẫu 20%, tính được $n=318$, thực tế thu được 322 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện lần lượt theo thứ tự đến khi đủ số lượng.

Nội dung nghiên cứu

Khảo sát các đặc điểm cận lâm sàng của thai to và các thông tin cá nhân: tuổi mẹ, địa chỉ, dân tộc, nghề nghiệp, trình độ học vấn, siêu âm, lượng hemoglobin, glucose máu, tình trạng chuyển dạ và phương pháp sanh, tình trạng của mẹ và bé sau sanh.

Đánh giá kết quả kết cục thai kỳ thai to qua chỉ số nguy cơ (OR) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$.

Phương pháp thu thập số liệu

Đối tượng nghiên cứu sẽ được làm các xét nghiệm phù hợp và theo dõi sự chuyển dạ. Khi sản phụ chuyển dạ sẽ tiến hành thăm khám, theo dõi quá trình chuyển dạ bằng nghiệm pháp lọt, đánh giá trẻ ngay sau sinh về cân nặng, giới tính, dị dạng, Apgar 1 phút, 5 phút.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 2/2019 đến tháng 7/2020, sau khi phỏng vấn và thu thập thông tin có được từ 322 sản phụ thai to nhập viện sinh thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu, chúng tôi ghi nhận kết quả sau.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm dân số - xã hội		Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 25	45	14,0
	25 - < 35	207	64,3
	≥ 35	70	21,7
	TB: $30,43 \pm 5,5$	LN: 46	NN: 16
Địa chỉ	Thành thị	272	84,5
	Nông thôn	50	15,5
Dân tộc	Kinh	294	91,3
	Khác	28	8,7
Nghề nghiệp	Buôn bán	25	7,8
	Công nhân	117	36,3
	Nông nghiệp	34	10,6
	Nội trợ, văn phòng	128	39,8
	Nghề khác	18	5,6
Trình độ học vấn	Dưới THCS	6	1,9
	THCS	36	11,2
	THPT	53	16,5
	Trên THPT	227	70,5

Đặc điểm dân số - xã hội		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tình trạng kinh tế	Hộ nghèo, cận nghèo	9	2,8
	Không nghèo	313	97,2

Nhận xét: Độ tuổi trung bình ở sản phụ mang thai to là $30,29 \pm 5,50$. Khu vực sinh sống ở thành thị chiếm tỷ lệ 84,5%. Về dân tộc chủ yếu là người Kinh (91,3%). Nghề nghiệp nội trợ chiếm tỷ lệ phổ biến (39,8%). Trình độ học vấn chủ yếu trên THPT (70,5%). Và kinh tế 97,2% là hộ không nghèo.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của thai to

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của sản phụ sinh thai to

Đặc điểm cận lâm sàng		Tần số (n=322)	Tỷ lệ (%)
BPD (cm)	< 90	96	29,8
	≥ 90	226	70,2
FL (cm)	< 70	123	38,2
	≥ 70	199	61,8
AC (mm)	< 285	48	14,9
	285 - < 345	172	53,4
	≥ 345	102	31,7
AFI (cm)	< 5	0	0,0
	5 – 25	319	99,1
	≥ 25	3	0,9
Hb (g/dL)	< 7	0	0,0
	7 – < 9	0	0,0
	9 – < 11	118	36,6
	≥ 11	204	63,4
Glucose máu (mmol/L)	< 5,1	258	80,1
	$\geq 5,1$	64	19,9

Nhận xét: Đường kính lưỡng đỉnh (BPD) ≥ 90 mm chiếm tỷ lệ cao 70,2%. Chiều dài xương đùi (FL) ≥ 70 mm chiếm tỷ lệ 61,8%. Chu vi vòng bụng của thai nhi (AC) từ 285-<345mm chiếm tỷ lệ cao nhất 53,4% và thấp nhất 14,9%. Chỉ số ối (AFI) từ 5-25cm chiếm tỷ lệ cao nhất 99,1%. Hemoglobin trong máu mẹ ≥ 11 g/dl chiếm tỷ lệ cao nhất là 63,4%. Glucose/ máu mẹ <5,1mmol/l chiếm tỷ lệ 80,1%.

3.3. Kết quả kết cục thai kỳ thai to

3.3.1. Liên quan giữa phương pháp sinh và nhóm thai to

Bảng 3. Liên quan giữa phương pháp sinh và nhóm thai to

Cân nặng thai (g)	Phương pháp sinh (%)		OR KTC (95%)	p (χ^2)
	Sinh thường	Mổ lấy thai		
3500 - < 4000	86 (31,7)	185 (68,3)	1	0,034 (4,48)
≥ 4000	24 (47,1)	27 (52,9)	0,52 (0,29 – 0,96)	
Tổng	110 (34,2)	212 (65,8)	322 (100,0)	

Nhận xét: Ở nhóm thai to sinh thường chiếm tỷ lệ 34,2% thấp hơn nhóm thai sinh

mô chiếm tỷ lệ 65,8%. Sự khác biệt của hai nhóm có ý nghĩa thống kê.

3.3.2. Liên quan giữa Apgar 1 phút sau sinh và nhóm thai to

Bảng 4. Liên quan giữa Apgar 1 phút sau sinh và nhóm thai to

Cân nặng thai (g)	Chỉ số Apgar 1 phút			p (Fisher)
	< 4	4 – 7	> 7	
3500 - < 4000	0 (0,0)	12 (4,4)	259 (95,6)	0,006*
≥ 4000	0 (0,0)	8 (15,7)	43 (84,3)	
Tổng	0 (0,0)	20 (6,2)	302 (93,8)	322 (100)
OR (≥ 4000g/3500 - < 4000g)=0,25 (KTC 95%: 0,10 – 0,65)				

Nhận xét: Trong nhóm thai to, bé sinh ra có cân nặng ≥4000g có chỉ số Apgar 1 phút sau sinh >7 điểm chiếm tỷ lệ 84,3% thấp hơn nhóm thai 3500-<4000g chiếm tỷ lệ 95,6%, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê.

3.3.3. Các tai biến – biến chứng sau sinh

Bảng 5. Các tai biến – biến chứng sau sinh

Tai biến - biến chứng		Thai to (n=322)	
		Có (%)	Không (%)
Mẹ	Chuyển dạ ngưng tiến triển	162 (50,3)	160 (49,7)
	Vỡ tử cung	0 (0,0)	322 (100,0)
	Băng huyết sau sinh	4 (1,2)	318 (98,8)
	Tổn thương tầng sinh môn phức tạp	2 (0,6)	320 (99,4)
	Tử vong	0 (0,0)	322 (100,0)
Con	Suy hô hấp	2 (0,6)	320 (99,4)
	Chấn thương	0 (0,0)	322 (100,0)
	Tử vong	0 (0,0)	322 (100,0)

Nhận xét: Ở nhóm thai to, mẹ có chuyển dạ ngưng tiến triển chiếm tỷ lệ 50,3%, 1,2% có băng huyết sau sinh, 0,6% mẹ có tổn thương tầng sinh môn phức tạp, 0,6% bé có suy hô hấp sau sanh, không có tử vong mẹ và bé sau sinh.

VI. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Ở nhóm thai to, độ tuổi trung bình ở sản phụ mang thai to là $30,29 \pm 5,50$, trong đó nhóm tuổi 25 đến 35 chiếm tỷ lệ cao nhất 64,3%, nhóm < 25 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 14,2%. Tuổi của mẹ từ ≥35 tuổi có nguy cơ sinh thai to gấp 1,82 lần so với nhóm tuổi dưới 25 (OR= 1,82; 95% CI: 1,10-3,01). Theo Lâm Đức Tâm [2], nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ Sản Cần Thơ vào năm 2015, ghi nhận mẹ ≥ 35 tuổi có nguy cơ sinh thai to gấp 1,44 lần (OR=1,44; 95% CI: 1,03-2,01). Khu vực sinh sống của các đối tượng trong nghiên cứu chủ yếu là ở thành thị với tỷ lệ 84,5% và nông thôn chỉ đạt tỷ lệ 15,5%. Hầu hết là dân tộc kinh (91,3%) và dân tộc khác là 8,7%. Đa phần là nội trợ, văn phòng (39,8%), kế đến là công nhân (36,3%), nông nghiệp có 10,6%, còn lại 7,8% là buôn bán và thấp nhất là các nghề khác 5,6%. Trình độ học vấn trên THPT chiếm tỷ lệ cao nhất 70,5%, thấp nhất là dưới THCS 1,9%. Tình trạng kinh tế 97,2% là hộ không nghèo và 2,8% là hộ nghèo và cận nghèo, phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Erika Ota [6], nghiên cứu

tại Nha Trang với 2989 trường hợp, kết quả ghi nhận khi thu nhập > 3,5 triệu đồng/tháng tăng nguy cơ thai to lên 1,36 lần so với thu nhập 1,5-2,5 triệu đồng/tháng.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng của thai to

Đường kính lưỡng đỉnh (BPD) $\geq 90\text{mm}$ chiếm tỷ lệ cao nhất 70,2%. Chiều dài xương đùi (FL) $\geq 70\text{mm}$ chiếm tỷ lệ cao nhất 61,8%. Chu vi vòng bụng của thai nhi (AC) từ 285- $<345\text{mm}$ chiếm tỷ lệ cao nhất 53,4%. Chỉ số ối (AFI) từ 5-25cm chiếm tỷ lệ cao nhất 99,1%. Hemoglobin trong máu mẹ $\geq 11\text{g/dl}$ chiếm tỷ lệ cao nhất là 63,4%. Glucose/máu mẹ $<5,1\text{mmol/l}$ chiếm tỷ lệ 80,1%. Các yếu tố về BPD, FL và AC được đưa vào công thức Hadlock ước lượng trọng lượng thai trên siêu âm. Theo tác giả Lê Lam Hương [1], ước lượng trọng lượng thai qua siêu âm có sai số $\pm 204,4\text{g}$ so với trọng lượng thực tế của thai nhi sau sanh. Theo tác giả Abdella [4], sai số về ước lượng trọng lượng thai to trên siêu âm là 142g. Thực tế khi chọn nhóm thai từ 3500- $<4000\text{g}$. Theo tác giả Anuradha [4], khảo sát tình trạng thiếu máu ở phụ nữ mang thai có 13,8% sản phụ mang thai con so có tình trạng thiếu máu ($\text{Hb} < 11\text{g/dl}$) và 27,6% sản phụ mang thai con ỉa có thiếu máu ($\text{Hb} < 11\text{g/dl}$). Qua đó kết quả của chúng tôi gần giống với tác giả. Máu là nguồn cung cấp chất dinh dưỡng và sắt cho bào thai trong suốt quá trình thai nghén, sự thiếu hụt nguồn dinh dưỡng này sẽ ảnh hưởng đến trọng lượng của bé. Những bà mẹ có bệnh lý tiểu đường thai kỳ có đường máu tăng cao, thì càng có nguy cơ sinh con to. Do trẻ được nuôi dưỡng bằng cách hấp thu Glucose và các chất dinh dưỡng khác từ máu mẹ qua rau thai, thai sẽ nhận lượng dinh dưỡng cao so với nhu cầu cần thiết dẫn đến trọng lượng của bé cũng tăng. Có lẽ, Bệnh viện Đa khoa trung ương Cần Thơ phải tiếp nhận thai phụ ở nhiều tuyến khác nhau, mà không phải thai phụ nào cũng được khám thai một cách đầy đủ. Vì thế, khi xét nghiệm Glucose/máu và Hb/máu ở thời điểm hiện tại cao hay thấp cũng không xác định được sản phụ có đái tháo đường hay có thiếu máu trước đây hay không. Kết quả cho thấy khi nồng độ đường trong máu tăng thì tỷ lệ sinh thai to cũng tăng. Nhưng do trong nhóm nghiên cứu chọn kết quả Glucose/máu lúc nhập viện, nên kết quả thu được chỉ mang tính tham khảo nhưng cũng góp phần gợi ý cho các nghiên cứu sâu hơn.

4.3. Kết quả kết cục thai kỳ thai to

Kết quả nghiên cứu chúng tôi ghi nhận, trong 322 trường hợp thai to theo dõi chuyển dạ. Tỷ lệ mổ lấy thai 65,8% và 34,2% sinh thường. BHSS chiếm tỷ lệ 1,2%, tổn thương tầng sinh môn phức tạp chiếm tỷ lệ 0,6%, suy hô hấp sau sinh chiếm tỷ lệ 0,6%, không có trường hợp nào ghi nhận mẹ tử vong, chấn thương bé và vỡ tử cung. Chỉ số Apgar 1 phút sau sinh >7 điểm ở nhóm thai $\geq 4000\text{g}$ chiếm tỷ lệ 84,3%, thấp hơn 0,25 lần so với nhóm thai 3500- $<4000\text{g}$. Theo ACOG (2001) [5], trọng lượng bé sinh ra $>4500\text{g}$, nguy cơ kẹt vai tăng từ 9,2%—24% ở bà mẹ không có tiểu đường và tăng từ 19,9%—50% ở mẹ có bệnh lý đái tháo đường kèm theo. So tác giả trên thì tỷ lệ tai biến và biến chứng trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn. Sự chênh lệch này có thể đặc điểm mẫu trong nhóm nghiên cứu chúng tôi ước lượng thai đa phần từ 3500— $<4000\text{g}$, chỉ có 51 trường hợp thai $\geq 4000\text{g}$ nên cũng hạn chế một phần nguy cơ bé sinh ra trên 4000g.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu khảo sát các đặc điểm cận lâm sàng và kết quả kết cục thai kỳ thai to tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ, chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp

nào tử vong mẹ và con. Các đặc điểm cận lâm sàng thai to đã được ghi nhận, gồm: đường kính lưỡng đỉnh, chiều dài xương đùi, chu vi vòng bụng, chỉ số ối, Hemoglobin và Glucose máu. Kết quả sinh thai to có tỷ lệ 65,8% là mổ lấy thai, 50,3% chuyển dạ ngưng tiến triển, 1,2% là băng huyết sau sanh, 0,6% có tổn thương tầng sinh môn phức tạp, 0,6% bé có suy hô hấp phải hồi sức sau sanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Lam Hương, Hoàng Thanh Hà (2014), *Nghiên cứu giá trị dự đoán trọng lượng của thai đủ tháng qua lâm sàng và siêu âm*, *Tạp chí phụ sản*, 12(1), tr. 58-63.
2. Lâm Đức Tâm, Lưu Thị Trâm Anh, Nguyễn Vũ Quốc Huy (2015), *Nghiên cứu tỷ lệ và các yếu tố liên quan thai to tại Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ năm 2015*, *Tạp chí phụ sản*, tập 14, số 3, tr. 31-37.
3. Nguyễn Ngọc Thoa (2013), *Hệ lụy thai to*, *Tạp chí phụ sản*, số đặc biệt, tr. 33-38.
4. Abdella (2014), *Sonographic evaluation of fetal abdominal circumference and cerebroplacental Doppler indices for the prediction of fetal macrosomia in full term pregnant women. Cohort study*, *Middle East Fertility Journal*, 19, pp. 69-74.
5. American Congress of Obstetricians and Gynecologists (2001), *ACOG Issues Guidelines on Fetal Macrosomia*, *Practice Bulletin*, 22, pp. 169- 170.
6. Erika Ota *et al* (2011), *Maternal body mass index and gestational weight gain and their association with perinatal outcomes in Viet Nam*, *Bulletin of the World Health Organization*, 89, pp. 127-136.
7. Roy A1, Dwivedi M1 (2014), *Dhatrilauha: Right choice for iron deficiency anemia in pregnancy*, *Ayu*, 35(3), pp. 283-288.

(Ngày nhận bài: 6/9/2020 - Ngày duyệt đăng: 06/10/2020)
