

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA CÁC TRƯỜNG HỢP ĐỂ THAI TO TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Hồng*, Nguyễn Phương Sinh, Hoàng Quốc Huy

Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

*Email: drnguyenthong77@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/4/2024

Ngày phản biện: 29/7/2024

Ngày duyệt đăng: 10/8/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trọng lượng thai nhi khi sinh có một vai trò quan trọng trong đời sống của trẻ sơ sinh. Trọng lượng của trẻ là một yếu tố góp phần không nhỏ tới tỷ lệ tử vong, tỷ lệ mắc bệnh trong thời kỳ sơ sinh, sự phát triển về trí tuệ thể lực của trẻ sau này. Để thai to có thể xảy ra nhiều nguy cơ cho cả bà mẹ và trẻ sơ sinh. Phát hiện và đánh giá nguy cơ thai to có ý nghĩa quan trọng trong chăm sóc thai nghén và tiên lượng cuộc đẻ. Người bác sĩ sản khoa cần phát hiện sớm các dấu hiệu nguy cơ, quản lý thai nghén tốt, điều trị sớm các bệnh lý có thể dẫn đến thai to. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các trường hợp sinh thai to đủ tháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 232 thai phụ mang thai đủ tháng đến sinh tại khoa Sản bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong thời gian từ 01/2020 đến 12/2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các sản phụ sinh con to là $27,32 \pm 7,31$ tuổi. Chiều cao tử cung trung bình của sản phụ sinh con to là $33,73 \pm 1,73$ (cm). Vòng bụng trung bình của sản phụ sinh con to là $106,20 \pm 8,01$ (cm). Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ là 7,3%. Tuổi thai trung bình khi sinh là $39,28 \pm 1,33$ (tuần). Trọng lượng trung bình các trường hợp thai to đủ tháng trong nghiên cứu là $3737,93 \pm 263,56$ g. Số bà mẹ có tiền sử sinh con to chiếm tỷ lệ 45,6%. Cân nặng thai nhi theo dự đoán trên siêu âm $3542,24 \pm 230,99$ (g). **Kết luận:** Tuổi trung bình của các sản phụ là $27,32 \pm 7,31$ tuổi. Trọng lượng trung bình các trường hợp thai to đủ tháng là $3737,93 \pm 263,56$ g. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ là 7,3%. Cân nặng thai nhi theo dự đoán trên siêu âm là $3542,24 \pm 230,99$ (g).

Từ khóa: Thai to, mang thai, tuổi mẹ, siêu âm thai.

ABSTRACT

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN GAVE BIRTH TO FETAL MACROSOMIA IN THE OBSTETRICS DEPARTMENT AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Nguyễn Thị Hồng*, Nguyễn Phương Sinh, Hoàng Quốc Huy

Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy

Background: Fetal weight at birth plays an important role in the life of a newborn. The mortality rate, the occurrence of diseases during the newborn period, and the future physical and mental development of the kid are all highly influenced by the weight of the infant. Fetal macrosomia can carry number of concerns for the mother and the baby during delivery. In terms of prenatal care and the prognosis of delivery, it is critical to identify and evaluate the risk of macrosomia. Obstetricians need to detect risk groups early, manage pregnancy well, and treat diseases that can lead to macrosomia early. **Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of cases of macrosomia at term. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on 232 full-term pregnant women giving birth at the Obstetrics Department of Thai Nguyen National Hospital during the period from January 2020 to December 2020. **Results:** The average age of women giving birth to fetal macrosomia was 27.32 ± 7.31 years old. Mothers who gave birth to fetal macrosomia

had an average uterine height of 33.73 ± 1.73 (cm). The mean measurement of the pregnant women's abdomen circumference was 106.20 ± 8.01 centimeters. The incidence of gestational diabetes was 7.3%. At birth, the mean gestational age was 39.28 ± 1.33 weeks. The study's full-term macrosomia cases weighed 3737.93 ± 263.56 g on average. The number of mothers with a history of giving birth to fetal macrosomia accounts for 45.6%. The predicted fetal weight on ultrasound was 3542.24 ± 230.99 (g). **Conclusion:** The average age of women was 27.32 ± 7.31 years old. The study's full-term macrosomia cases weighed 3737.93 ± 263.56 g on average. The incidence of gestational diabetes was 7.3%. The predicted fetal weight on ultrasound was 3542.24 ± 230.99 (g).

Keywords: Macrosomia, pregnancy, maternal age, fetal ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trọng lượng thai nhi khi sinh có một vai trò quan trọng trong đời sống của trẻ sơ sinh. Trọng lượng của trẻ là một yếu tố góp phần không nhỏ tới tỷ lệ tử vong, tỷ lệ mắc bệnh trong thời kỳ sơ sinh, sự phát triển về trí tuệ thể lực của trẻ sau này.

Trọng lượng trung bình của trẻ sơ sinh đủ tháng là 3000 ± 200 gram [1]. Ở Việt Nam giá trị cân nặng này hiện vẫn chưa thống nhất. Tại bệnh viện Từ Dũ các bác sĩ sản khoa lấy mốc là 3500 gram bất kể tuổi thai để xác định thai to [2]. Trong những năm gần đây ở Việt Nam, với sự phát triển của nền kinh tế và xã hội, đời sống của người dân được cải thiện, việc chăm sóc và quản lý thai nghén tốt hơn, trọng lượng trẻ sơ sinh cũng có xu hướng tăng hơn so với những thập kỷ trước. Để thai to có thể xảy ra nhiều nguy cơ cho cả bà mẹ và trẻ sơ sinh. Phát hiện và đánh giá nguy cơ thai to có ý nghĩa quan trọng trong chăm sóc thai nghén và tiên lượng cuộc đẻ. Người bác sĩ sản khoa cần phát hiện sớm các đối tượng nguy cơ, trong đó nắm được các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các trường hợp thai to để quản lý thai nghén được tốt hơn. Xuất phát từ tình hình thực tế và tầm quan trọng của vấn đề này, nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trường hợp đẻ thai to tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên” được thực hiện với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các trường hợp sinh thai to đủ tháng tại khoa sản bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả thai phụ đủ tháng đến sinh đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ Thai phụ mang thai đủ tháng tuổi thai từ 37 đến hết 41 tuần (tính theo ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng nếu kinh nguyệt đều, hoặc dự kiến sinh lúc thai 9-12 tuần).

+ Một thai, thai sống.

+ Trọng lượng thai lấy ngay sau đẻ/mổ lấy thai. Chẩn đoán thai to khi trọng lượng thai lúc đẻ ≥ 3500 gram.

+ Thai bình thường

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Không xác định được tuổi thai.

+ Không đầy đủ các thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Điều tra cắt ngang.

- **Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả 232 thai phụ mang thai đủ tháng, sinh thai to tại khoa sản bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đáp ứng được tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Thời gian nghiên cứu từ 01/01/2020 đến 31/12/2020.

- **Biến số nghiên cứu:** Tuổi mẹ, khu vực sống, dân tộc, học vấn, nghề nghiệp, cao tử cung, vòng bụng, tuổi thai, giới tính trẻ sơ sinh, chiều cao mẹ, cân nặng mẹ khi mang thai, đài tháo đường thai kỳ, cân nặng thai nhi theo dự đoán trên siêu âm, trọng lượng thai khi sinh, tiền sử sinh con.

- **Quy trình thu thập số liệu:**

+ Các thông tin của nghiên cứu được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất.

+ Thu thập thông tin chung của bệnh nhân dựa vào bệnh án.

+ Thu thập số liệu theo mẫu phiếu thu thập số liệu nghiên cứu.

- **Xử lý số liệu:** Các số liệu thu thập được xử lý, làm sạch, mã hóa nhập vào phần mềm Thống kê y học SPSS phiên bản 20.0. Các kết quả trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng khám chữa bệnh không phục vụ mục đích nào khác, các thông tin của thai phụ được đảm bảo bí mật. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức của trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Trung bình
≤ 20 tuổi	5	2.2	27,32 ± 7.31
21 - 35 tuổi	159	68.5	
>35 tuổi	68	29.3	
Tổng	232	100	

Nhận xét: Các sản phụ trong mẫu nghiên cứu có độ tuổi tập trung chủ yếu từ 21 đến 35 tuổi, chiếm 68.5%. Tuổi mẹ trung bình là 27.32 ± 7.31 tuổi.

Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khu vực sống	Thành thị	115	49.6
	Nông thôn	117	50.4
Dân tộc	Kinh	158	68.1
	Thiểu số	74	31.9
Nghề nghiệp	Nông dân	21	9.1
	Công nhân viên chức	138	59.5
	Tự do	73	31.5
Học vấn	Tiểu học	3	1.3
	THCS	22	9.5
	THPT	77	33.2
	Trung cấp/CĐ/ĐH	130	56

Nhận xét: Sản phụ sống ở thành thị chiếm 49.6%, nông thôn chiếm 50.4%. Dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ 68,1%, dân tộc thiểu số chiếm 30.4%. Công nhân viên chức chiếm tỉ lệ cao nhất 59.5%. Sản phụ có trình độ học vấn trung cấp/cao đẳng/đại học chiếm tỉ lệ cao nhất 56%, trình độ Trung học phổ thông chiếm 33.2%.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của các trường hợp sinh thai to

Đặc điểm		Kết quả
Cao tử cung		$33.73 \pm 1,73$ (cm)
Vòng bụng		106.20 ± 8.01 (cm)
Tuổi thai		39.28 ± 1.33 (tuần)
Giới tính trẻ sơ sinh	Nam	141 (60.8%)
	Nữ	91 (39.2%)
Chiều cao của mẹ		155.78 ± 4.64 (cm)
Cân nặng mẹ khi mang thai		60.66 ± 6.43 (kg)
Trọng lượng trung bình sinh thai to		3737.93 ± 263.56 (gr)

Nhận xét: Cao tử cung trung bình của sản phụ là $33.73 \pm 1,73$ (cm). Vòng bụng trung bình của sản phụ là 106.2 ± 8.01 (cm). Tuổi thai trung bình khi sinh là 39.28 ± 1.33 (tuần). Có 141 trẻ trai, chiếm tỷ lệ là 60.8% và có 91 trẻ gái chiếm tỷ lệ là 39.2%. Chiều cao trung bình của mẹ là 155.78 ± 4.64 (cm). Cân nặng trung bình của các bà mẹ khi sinh là 60.66 ± 6.43 (kg). Trọng lượng trẻ trung bình sinh thai to là $3737,93 \pm 263,56$ (gr).

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của các trường hợp sinh thai to

Đái tháo đường thai kì	Có	17 (7.3%)
	Không	215 (92.7%)
Cân nặng thai nhi theo dự đoán trên siêu âm		3542.24 ± 230.99 (g)
Sai số giữa cân nặng thực tế và siêu âm		220.69 ± 125.57 (gr)

Nhận xét: Có 17 trường hợp bà mẹ có đái tháo đường thai kì chiếm tỷ lệ là 7.3%. Cân nặng thai nhi trung bình theo siêu âm là 3542.24 ± 230.99 (g). Sai số giữa cân nặng thai nhi dự đoán trên siêu âm và cân nặng thực tế sau sinh trung bình là: 220.69 ± 125.57 (gr).

Bảng 5. Đặc điểm về tiền sử của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử sinh con	Con so	96	41.4%
	Con rạ	136	58.6%
Tiền sử sinh con to	Có	62	45.6%
	Không	74	54.4%
Tiền sử bệnh đái tháo đường	Có	12	5.2
	Không	220	94.8

Nhận xét: Số bà mẹ đã từng sinh con là 136 chiếm 58.6%, 41.4% thai phụ sinh con so. Trong đó 62 bà mẹ có tiền sử sinh con to chiếm tỷ lệ 45.6%. Tỷ lệ sản phụ có tiền sử bệnh đái tháo đường chiếm 5.2%, không có tiền sử bệnh đái tháo đường chiếm 94.8%.

IV. BÀN LUẬN

Trong bảng 1, độ tuổi trung bình sinh thai to là $27,32 \pm 7.31$ tuổi phù hợp với độ tuổi sinh đẻ chủ yếu của phụ nữ Việt Nam. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Quốc Hiền tuổi các bà mẹ sinh con thai to từ > 35 tuổi chiếm 27.4% [3]. Theo nghiên cứu của Mathew C Jolly thì tuổi mẹ là yếu tố nguy cơ của thai to đặc trưng là nhóm tuổi từ 35- 40 tuổi [4]. Tuổi càng lớn có liên quan mật thiết đến các yếu tố con rạ, tiền sử sinh con to làm nguy cơ sinh con to tăng lên. Vấn đề này đáng lo ngại vì hiện nay phụ nữ có xu hướng lập gia đình ngày càng trễ do đó những trường hợp lớn tuổi mang thai cũng tăng lên, góp phần làm tăng tỷ lệ thai to.

Về trình độ học vấn: Nhóm bà mẹ có trình độ học vấn cao đẳng và đại học chiếm tỷ lệ đẻ thai to cao hơn là 56% tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Quốc Hiền là 45.4% [3]. Trong thực tế trình độ học vấn thường liên quan đến nghề nghiệp và nơi sinh sống của bà mẹ.

Về nơi cư trú: Thai phụ sinh sống ở thành thị có tỷ lệ đẻ thai to 49.6%, nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự tác giả Trương Thị Linh Giang tỷ lệ đẻ thai to ở thành thị là 34.9%, nông thôn là 65.1%, tác giả Mengesha H.G nhận thấy rằng số bà mẹ mang thai con to đến từ thành thị chiếm tỷ lệ 70,1%, từ nông thôn là 29,9% có thể giải thích là hiện nay chế độ dinh dưỡng ở nông thôn và thành thị ở nước ta là gần tương đương nhau [5], [6].

Về nghề nghiệp: Công nhân viên chức chiếm tỷ lệ đẻ thai to cao nhất 59.5%. Các yếu tố trình độ học vấn cao, nghề nghiệp công nhân viên chức và nơi sinh sống là thành thị là những yếu tố tác động tốt đến quá trình phát triển thai nghén. Ngược lại trình độ học vấn thấp, nghề nghiệp không ổn định hoặc công việc nặng nhọc, sống ở khu vực nông thôn là những yếu tố không thuận lợi cho sự phát triển của thai.

Về đặc điểm lâm sàng các đối tượng nghiên cứu, tại bảng 3, chiều cao tử cung trung bình của các bà mẹ sinh con to là $33,73 \pm 1,73$ (cm). Kết quả này tương tự so với nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang với cao tử cung trung bình là 33,34 cm [5]. Ở nhóm thai to, vòng bụng trung bình là $106,20 \pm 8,01$ (cm). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hà Thị Thanh Nga là 102,5 cm [7].

Tuổi thai trung bình của các sản phụ là $39,28 \pm 1,33$ tuần. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang, Tela. F (2019) [5], [8].

Về giới tính, có 141 trẻ nam, chiếm tỷ lệ là 60,8% và có 91 trẻ nữ chiếm tỷ lệ là 39,2%. Tác giả Nguyễn Thị Quốc Hiền cũng cho kết quả tương tự với 126 trẻ trai chiếm 64,3%, 70 trẻ gái chiếm 35,7% [3]. Trẻ sơ sinh giới tính trai có nguy cơ quá cân cao gấp 1,9 lần so với trẻ sơ sinh giới tính là gái [1]. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Xie. Y với tỉ lệ trẻ trai là 64,5% và trẻ gái là 35,5% [9]. Như vậy, giới tính nam làm tăng nguy cơ sinh thai to. Nhiễm sắc thể giới tính Y có ảnh hưởng tích cực đến sự phát triển của bào thai.

Chiều cao trung bình của các bà mẹ sinh con to là $155,78 \pm 4,64$ cm, tương tự kết quả nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang là 153,36 cm [5]. Nghiên cứu của Radsapho Bua Saykham cũng cho thấy tỷ lệ sinh con ≥ 4000 g ở nhóm bà mẹ có chiều cao >160 cm chiếm tỷ lệ cao nhất [10]. Nhiều tác giả nghiên cứu mối liên quan giữa chiều cao của người mẹ và cân nặng trẻ sơ sinh cho thấy cân nặng của trẻ sơ sinh tăng theo chiều cao của người mẹ, mẹ càng thấp đẻ con càng nhẹ cân. Schwartz và cộng sự nhận thấy có sự ảnh hưởng của chiều cao của người mẹ lên cân nặng con, những bà mẹ có chiều cao từ 169 cm trở lên sinh con nặng cân hơn là những bà mẹ có chiều cao trung bình khoảng 81g, mẹ có chiều cao dưới 157cm sinh con nhẹ cân hơn 137g so với các bà mẹ có chiều cao trung bình [11]. Tuy nhiên chiều cao phụ thuộc vào giống nòi, chủng tộc, dân tộc và điều kiện sống do đó không thể chỉ căn cứ vào chiều cao của mẹ để đánh giá trọng lượng thai khi sinh.

Cân nặng trung bình của bà mẹ sinh thai to trong nghiên cứu là 60.66 ± 6.43 kg. Điều này là tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Quốc Hiền cho thấy nhóm bà mẹ có cân nặng khi sinh > 60 kg có tỷ lệ thai to cao nhất là 47,8%. Nhóm bà mẹ cân nặng ≤ 50 kg có tỷ lệ thai to thấp nhất là 6,2% [3]. Mẹ có cân nặng cao khi đẻ đồng nghĩa với việc tăng cân nhiều khi mang thai, béo phì, chỉ số BMI trước đẻ cao nên sẽ gia tăng tỷ lệ đẻ thai to. Do đó mẹ cần được tư vấn về chế độ ăn uống, theo dõi cân nặng, điều chỉnh chế độ dinh

đường hợp lý để có mức tăng cân phù hợp là vấn đề cần được quan tâm đúng mực trong quá trình thai sản, đặc biệt là tăng cân trong những tháng cuối thai kỳ.

Theo kết quả nghiên cứu có 17 trường hợp bà mẹ có đái tháo đường thai kì chiếm tỷ lệ là 7,3%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Trương Thị Linh Giang[5]. Trong một nghiên cứu của Araujo Júnior tỷ lệ thai to ở những phụ nữ tiểu đường là 75,1% so với phụ nữ không bị tiểu đường là 24,9%, tỷ lệ mổ lấy thai ở phụ nữ mắc bệnh tiểu đường cao hơn hẳn những phụ nữ không bị tiểu đường là 30,4% so với 19,5% [12]. Vậy cần phát hiện sớm đái tháo đường thai kì bằng cách làm test dung nạp đường từ tuần lễ 24 - 28 của thai kỳ và dựa vào các yếu tố nguy cơ như béo phì, tiền sử gia đình.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ước lượng cân nặng trung bình của thai nhi trước sinh bằng siêu âm là $3542,24 \pm 230,99$ g thấp hơn so với cân nặng thực tế khi sinh ra là $3737,93 \pm 263,56$ g. Sai số trung bình là $220,69 \pm 125,57$ g. Tác giả Trương Thị Linh Giang nhận định sự sai lệch giữa trọng lượng trẻ sơ sinh sau sinh với trọng lượng thai nhi ước tính qua siêu âm là $295,21 \pm 130,6$ g [5]. Mặc dù siêu âm thai nhi cho biết nhiều thông tin hữu ích nhưng không dựa vào siêu âm mà chẩn đoán thai to mà phải có sự kết hợp giữa lâm sàng và cận lâm sàng.

Trọng lượng trung bình sinh thai to là $3737,93 \pm 263,56$ (gr). Thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Trương Thị Linh Giang (2020) tại bệnh viện trường đại học y dược Huế với trọng lượng trung bình của nhóm trẻ sơ sinh thừa cân là $3869.96 \pm 315,72$ g, điều này có thể được giải thích bởi trong nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang lấy tiêu chuẩn thai to với con so là ≥ 3500 gram, con rạ là ≥ 4000 gram còn nghiên cứu của chúng tôi lấy mốc ≥ 3500 gram không kể con so hay con rạ [5].

Bàn về tiền sử của đối tượng nghiên cứu, sản phụ có tiền sử sinh con to có tỷ lệ 45,6% sinh con to, kết quả này tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Quốc Hiền là 41%, tương tự kết quả nghiên cứu của Zheng có 37 bà mẹ có tiền sử sinh con to chiếm tỷ lệ 48,9% [3]. Tác giả Zheng và cộng sự (2019) thì nguy cơ sinh con to ở bà mẹ có tiền sử sinh con to gấp 15 lần so với bà mẹ không có tiền sử sinh con to. Qua các nghiên cứu thuần tập về các yếu tố nguy cơ của thai to theo tuổi thai các tác giả đã chỉ ra tiền sử đẻ nhiều lần hoặc tiền sử đẻ con to là tăng nguy cơ đẻ thai to, điều này cũng chứng minh được xu thế cân nặng trẻ sơ sinh tăng cao hơn trong những lần đẻ sau. Do nguy cơ tương đối cao nên đối với những bà mẹ có tiền sử sinh con to nên được quản lý và theo dõi thai kỳ hợp lý giúp thai phát triển tốt nhất khi ra đời với trọng lượng sơ sinh ở mức trung bình.

Chúng tôi ghi nhận có 12 bà mẹ có tiền sử bị bệnh đái tháo đường chiếm 5.2%. Tỷ lệ này khá thấp, bệnh đái tháo đường tuyp 2 là thường gặp, nhưng triệu chứng lâm sàng ít rầm rộ, bệnh nhân chỉ phát hiện khi khám sức khỏe tình cờ hoặc khi bệnh ĐTĐ đã có biến chứng. Vì vậy, có nhiều sản phụ vẫn không biết được bản thân có mắc bệnh ĐTĐ hay không.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của các sản phụ sinh con to là $27,32 \pm 7,31$ tuổi. Chiều cao tử cung trung bình của sản phụ sinh con to là $33,73 \pm 1,73$ (cm). Vòng bụng trung bình của sản phụ sinh con to là $106,20 \pm 8,01$ (cm). Tỷ lệ đái tháo đường thai kì là 7,3%. Tuổi thai trung bình khi sinh là $39,28 \pm 1,33$ (tuần). Trọng lượng trung bình các trường hợp thai to đủ tháng trong nghiên cứu là $3737,93 \pm 263,56$ g. Số bà mẹ có tiền sử sinh con to chiếm tỷ lệ 45,6%. Cân nặng thai nhi theo dự đoán trên siêu âm $3542,24 \pm 230,99$ (g).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn sản. Bài giảng sản phụ khoa tập 1. Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 2016. 22-33. Tính chất thai nhi và phần phụ đủ tháng.
 2. Bệnh viện Từ Dũ. Phác đồ điều trị sản phụ khoa. Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh. 2019. 77-79.
 3. Nguyễn Thị Quốc Hiền. Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sơ sinh đủ tháng quá cân đẻ tại bệnh viện Gang Thép từ tháng 6/2010 đến tháng 6/2011. Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên. 2011.
 4. Jolly M. C., et al. Risk factors for macrosomia and its clinical consequences: a study of 350,311 pregnancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003. 111(1), 9-14, doi: 10.1016/s0301-2115(03)00154-4.
 5. Trương Thị Linh Giang. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí các trường hợp sinh thai to tại khoa sản bệnh viện trường đại học y dược Huế. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế.* 2020. 5, 78-84.
 6. Mengesha H. G., et al. Low birth weight and macrosomia in Tigray, Northern Ethiopia: who are the mothers at risk?. *BMC Pediatr.* 2017. 17(1), 144, doi: 10.1186/s12887-017-0901-1.
 7. Hà Thị Thanh Nga. Nghiên cứu một số liên quan và kết quả xử trí thai to. Trường Đại học Y Dược Huế. 2018.
 8. F. G. Tela, et al. Fetal macrosomia and its associated factors among singleton live-births in private clinics in Mekelle city, Tigray, Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019. 19(1), 219, doi: 10.1186/s12884-019-2379-3.
 9. Y. J. Xie et al. Associations of neonatal high birth weight with maternal pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain: a case-control study in women from Chongqing, China. *BMJ Open.* 2016. 6(8), 10, doi: 10.1136/bmjopen-2015-010935.
 10. Radsapho Bua Saykham. Nghiên cứu so sánh tình hình và thái độ xử trí thai từ 4000g trở lên ở những sản phụ đến đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 1996 với năm 2006. Trường Đại học Y Hà Nội. 2007.
 11. N. Schwartz et al. Macrosomia has its roots in early placental development. *Placenta.* 2015. 35(9), 90.
 12. E. Araujo Júnior et al. Macrosomia. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017. 38, 83-96.
-