

OUTCOMES OF PREGNANT WOMEN WHO GIVE BIRTH TO BABY OVER 4000 GRAMS AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2023

Nguyen Thi Thu Ha^{1*}, Do Tuan Dat², Phan Thi Huyen Thuong³,
Luong Hoang Thanh^{3,4}, Nguyen Tien Thanh⁴

1. National Hospital of Obstetrics and Gynecology - 43 Trang Thi, Hoan Kiem district, Hanoi, Vietnam

2. Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Dong Da district, Hanoi, Vietnam

3. Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital - 929 La Thanh, Ba Dinh district, Hanoi, Vietnam

4. VNU, Univeristy of Medicine & Pharmacy - 144 Xuan Thuy, Cau Giay district, Hanoi, Vietnam

Received: 03/06/2024

Revised: 25/06/2024; Accepted: 10/07/2024

ABSTRACT

Objectives: To review some related factors and outcomes of pregnant women who give birth to babies over 4000g at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2023.

Materials and methods: A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on 87 women who gave birth to babies over 4000g at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2023.

Results: Macrosomia is common in pregnant women aged 25-35 years old (accounting for 77.1%). The group of pregnant women giving birth to macrosomia with BMI ≥ 25 kg/m² accounted for 90.81%. 25 cases had concomitant diseases, of which 14 cases had gestational diabetes (56%). In 87 studied cases, the rate of multiparous women accounted for 62.1%, maternal birth weight over 4000g accounted for 25.3%, the common gestational age group of 39-40 weeks accounted for 79.2%, the rate of male and female fetuses were 72.4% and 27.6%, respectively. The rate of cesarean section was 86.2%. There were no cases of postpartum hemorrhage. The rate of perineal injury was 8/12 pregnant women giving birth vaginally. The main neonatal complication was postpartum respiratory failure (4.6%).

Conclusion: Macrosomia is related to several factors: nutrition, history of macrosomia, gestational diabetes, and fetal sex. Most cases are indicated for cesarean section. However, there is no difference in the rate of postpartum complications between cesarean and vaginal deliveries.

Keywords: Macrosomia, gestational diabetes mellitus.

* Corresponding author

Email address: thuha.ivf@gmail.com

Phone number: (+84) 989661093

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD7.1298>

KẾT QUẢ THAI KỲ CỦA SẢN PHỤ SINH CON TRÊN 4000 GAM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2023

Nguyễn Thị Thu Hà^{1*}, Đỗ Tuấn Đạt², Phan Thị Huyền Thương³
Lương Hoàng Thành^{3,4}, Nguyễn Tiến Thành⁴

1. Bệnh viện Phụ Sản Trung ương - 43 Tràng Thi, quận Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

2. Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

3. Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội - 929 La Thành, quận Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

4. Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, quận Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 03/06/2024

Ngày chỉnh sửa: 25/06/2024; Ngày duyệt đăng: 10/07/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố liên quan và kết quả thai kỳ của những sản phụ sinh con trên 4000g tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành hồi cứu 87 sản phụ sinh con trên 4000g tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2023.

Kết quả: Thai to thường gặp ở các sản phụ từ 25-35 tuổi (77,1%). Nhóm sản phụ sinh con to có BMI ≥ 25 kg/m² chiếm 90,81%. 25 trường hợp có bệnh lý kèm theo, trong đó 14 trường hợp đái tháo đường thai kỳ (56%). Trong 87 trường hợp nghiên cứu, tỷ lệ con ra chiếm 62,1%, sản phụ có tiền sử thai to chiếm 25,3%, nhóm tuổi thai phổ biến 39-40 tuần chiếm 79,2%, tỷ lệ thai nhi giới tính nam và nữ lần lượt là 72,4% và 27,6%. Tỷ lệ mổ lấy thai là 86,2%. Không có trường hợp chảy máu sau sinh. Tỷ lệ tổn thương tầng sinh môn là 8/12 sản phụ đẻ qua đường âm đạo. Biến chứng sơ sinh chủ yếu là suy hô hấp sau sinh (4,6%).

Kết luận: Thai to liên quan đến một số yếu tố: dinh dưỡng, tiền sử thai to, bệnh lý đái tháo đường của thai phụ, giới tính của thai nhi. Hầu hết các trường hợp đều được chỉ định mổ lấy thai và không có biến chứng sau sinh.

Từ khóa: Thai to, đái tháo đường thai kỳ.

* Tác giả liên hệ

Email: thuha.ivf@gmail.com

Điện thoại: (+84) 989661093

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD7.1298>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiên lượng cuộc đẻ bao gồm các yếu tố: về phía mẹ, về phía thai, về phần phụ... Trong các yếu tố trên, về phía thai nhi thì trọng lượng thai nhi là một trong những yếu tố quan trọng quyết định cuộc đẻ. Ở Việt Nam, trọng lượng trung bình của thai nhi là $3000 \pm 200g$ [1]. Thai to được xác định khi cân nặng ngay sau sinh vượt quá giá trị cân nặng bất kỳ tuổi thai nào. Mang thai và sinh con thai to dẫn đến nhiều nguy cơ về tai biến sản khoa, trong đó về phía mẹ là băng huyết sau sinh, tổn thương tầng sinh môn...; về phía thai nhi là mắc vai, liệt Erb, liệt Klumpke, các biến chứng sơ sinh và nhiều biến chứng về sau khác.

Hiện nay, tỷ lệ thai to đang có xu hướng tăng trên thế giới. Tần suất trẻ đủ tháng có cân nặng dưới 2500g không có thay đổi nhiều nhưng lại có sự gia tăng đáng kể về tỷ lệ trẻ có cân nặng trên 4000g [2]. Tuy nhiên, khái niệm về thai to không có sự thống nhất giữa các tổ chức và các quốc gia. Theo ACOG, thai to được định nghĩa là thai nhi sinh ra với trọng lượng 4000g (8 pounds, 13 ounces) [3]. Tại Việt Nam, theo Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (2016), với con so chẩn đoán thai to khi trọng lượng thai từ 3500g trở lên [1]. Tuy nhiên, tiêu chuẩn này là khác biệt lớn so với các tổ chức sản khoa khác. Cùng với sự phát triển của kinh tế - xã hội, tầm vóc của phụ nữ Việt Nam cũng được cải thiện đáng kể và thực tế lâm sàng đã có nhiều trường hợp sinh con đường âm đạo có cân nặng trên 4000g. Sự không thống nhất trong tiêu chuẩn chẩn đoán dẫn đến những theo dõi, can thiệp quá sớm hoặc quá muộn không hợp lý cho sản phụ và cả thai nhi. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu kết quả thai kỳ của những sản phụ sinh con trên 4000g tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2023.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, hồi cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: các sản phụ có cân nặng thai sơ sinh trên 4000g từ ngày 1/1/2023 đến ngày 31/12/2023.
- Địa điểm: Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả thai phụ sinh con trên 4000g tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2023.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: sản phụ có cân nặng thai sơ sinh trên 4000g và là đơn thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong thời gian nghiên cứu, có đủ hồ sơ bệnh án lưu tại bệnh viện.

- Tiêu chuẩn loại trừ: các trường đa thai, thai dị dạng và các trường hợp không có đầy đủ hồ sơ bệnh án tại bệnh viện.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Phương pháp lấy mẫu: thuận tiện.

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ:

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

Trong đó: - n là cỡ mẫu nghiên cứu (chúng tôi xác định n = 87).

- $Z_{(1-\alpha/2)}$ = 1,96 là hệ số tin cậy của $\alpha = 0,05$ tương ứng với khoảng tin cậy CI95%.

- p là tỷ lệ sinh mổ của sản phụ có thai trên 4000g [4] với p = 65,6% (0,656).

- d là sai số tuyệt đối mong muốn, nghiên cứu này lấy d = 0,1.

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Tất cả các thông số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất. Giá trị p < 0,05 được chọn là mức có ý nghĩa thống kê.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội và Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Các thông tin liên quan đến bệnh nhân được bảo đảm bí mật và chỉ sử dụng trong phạm vi nghiên cứu này.

Đề tài nghiên cứu được thực hiện hoàn toàn vì mục đích khoa học nhằm chẩn đoán bệnh, điều trị và tiên lượng bệnh cho bệnh nhân mà không vì bất kỳ mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của sản phụ

Bảng 1: Đặc điểm chung của sản phụ sinh con trên 4000g trong nghiên cứu

Đặc điểm		Chỉ số (n = 87)
Tuổi sản phụ	< 20 tuổi	1 (1,15%)
	20-35 tuổi	67 (77,01%)
	> 35 tuổi	19 (21,84%)
	Tuổi trung bình	31,06 ± 5,08

Đặc điểm		Chỉ số (n = 87)	
BMI của sản phụ	< 18,5 kg/m ²	0	
	18,5-24,9 kg/m ²	8 (9,2%)	
	≥ 25 kg/m ²	79 (90,81%)	
Tình trạng bệnh lý của sản phụ (n = 25)	Đái tháo đường	14 (56%)	
	Bệnh khác	11 (44%)	
Số lần mang thai trước đó	0 lần	33 (37,93%)	
	1-2 lần	50 (57,47%)	
	≥ 3 lần	4 (4,60%)	
Tiền sử thai to	Không	65 (74,71%)	
	Có	22 (25,29%)	
Tuổi thai	< 39 tuần	10 (11,50%)	
	39-40 tuần	69 (79,30%)	
	> 40 tuần	8 (9,20%)	
	Trung bình (tuần)	39,5 ± 0,85	
Giới tính thai nhi	Nam	63 (72,41%)	
	Nữ	24 (27,59%)	
Cân nặng thai nhi (g)	Lớn nhất	Nam	4800
		Nữ	4300
	Nhỏ nhất	Nam	4000
		Nữ	4000
	Trung bình	Nam	4141,27 ± 164,53
		Nữ	4146,98 ± 125,27
Chung hai giới	4140,23 ± 148,77		

Nhận xét: Thai to hay gặp ở nhóm sản phụ trong độ tuổi 20-35 (77,01%), tuổi trung bình sản phụ là 31,06 ± 5,08 tuổi; hay gặp ở nhóm sản phụ có BMI ≥ 25 kg/m² (90,81%), đái tháo đường chiếm 14/25 trường hợp ghi nhận bệnh lý; hay gặp ở nhóm sản phụ sinh con rạ (62,07%); các sản phụ có tiền sử thai to chiếm 25,29%; tuổi thai hay gặp là sau 39 tuần (88,5%), tuổi thai trung bình 39,5 ± 0,85 tuần; tỷ lệ giới tính thai nam và nữ lần lượt là 72,41% và 27,59%, cân nặng lớn nhất của trẻ nam là 4800g, trẻ nữ là 4300g, cân nặng nhỏ nhất của trẻ cả hai giới là 4000g, cân nặng trung bình của trẻ là 4140,23 ± 148,77g.

3.2. Phương pháp kết thúc thai kỳ

Bảng 2: Phương pháp kết thúc thai kỳ của sản phụ sinh con trên 4000g và tiền sử thai to

Phương pháp đẻ	Tiền sử	Tiền sử thai to trước đó		Tổng (n = 87)
		Có	Không	
Đẻ thường		2/12 (16,67%)	10/12 (83,33%)	12 (13,8%)
Đẻ mổ		20/75 (26,67%)	55/75 (73,33%)	75 (86,2%)
Cộng		22/87 (25,29%)	65/87 (74,71%)	87 (100%)

Nhận xét: Tỷ lệ đẻ bằng hình thức phẫu thuật ở các sản phụ sinh con trên 4000g là rất cao (86,2%), trong đó có 20/75 trường hợp có tiền sử thai to trước đó; tỷ lệ đẻ thường chỉ chiếm 13,8%, trong đó có 2/12 trường hợp có tiền sử thai to trước đó.

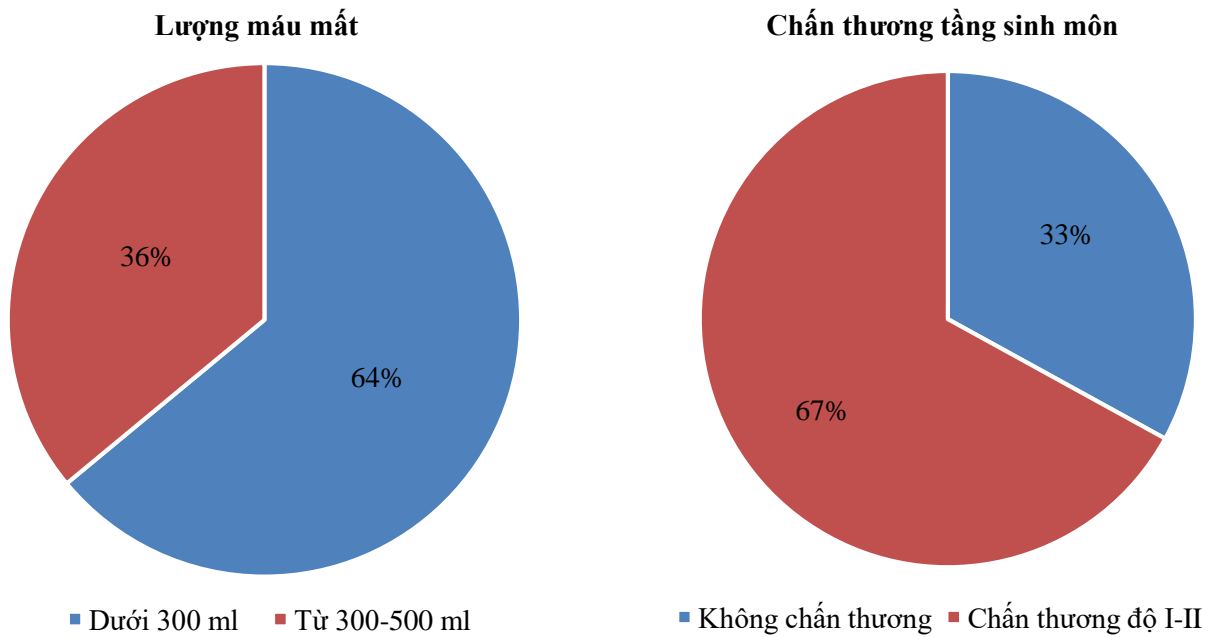
3.3. Kết quả thai kỳ của sản phụ sinh con trên 4000g

Bảng 3: Biến chứng của thai nhi trên 4000g (n = 87)

		Apgar < 7 điểm	Apgar ≥ 7 điểm
Thời điểm sau sinh	1 phút	4 (4,6%)	83 (95,4%)
	5 phút	0	87 (100%)
Biến chứng	Suy hô hấp	4 (4,6%)	
	Tụt đường huyết	0	
	Gãy xương đòn	0	
	Mắc vai	0	

Nhận xét: Chỉ số Apgar 1 phút có 4 trẻ ghi nhận dưới 7 điểm, Apgar 5 phút thì đều từ 7 điểm trở lên; trong 87 trường hợp thai nhi trên 4000g, ghi nhận 4 trẻ (4,6%) có tình trạng suy hô hấp sau sinh.

Biểu đồ 1: Biến chứng của sản phụ sinh con trên 4000g



Nhận xét: Theo Bộ Y tế, băng huyết sau sinh là khi tổng lượng máu mất sau sinh đường âm đạo trên 500 ml. Như vậy, theo biểu đồ trên, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào chảy máu (băng huyết) sau sinh. Trong 12 sản phụ sinh con trên 4000g đi qua đường âm đạo, tỷ lệ sản phụ có tổn thương tầng sinh môn là 67%, không tổn thương tầng sinh môn là 33%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến thai to

Trong nghiên cứu này (bảng 1), chúng tôi nhận thấy trẻ sơ sinh trên 4000g có tỷ lệ cao nhất trong nhóm tuổi sản phụ từ 25-35 (77,1%) và giảm đi sau 35 tuổi. Jolly M.C cho rằng phụ nữ trên 40 tuổi tỷ lệ sinh con trên 4000g tăng lên (OR - 1,22, 95% CE 1,1-1,35). Tamarova S cũng ghi nhận có sự tương quan giữa tỷ lệ sơ sinh trên 4000g với tuổi mẹ (r = 0,34) [5]. Người mẹ lớn tuổi thường có thể phối hợp nhiều yếu tố nguy cơ

khác nhau như đẻ nhiều lần, béo phì, tiểu đường... kèm theo sự phát triển, hoàn thiện về cơ thể, hiểu biết về thai nghén của người phụ nữ, dinh dưỡng tập trung vào thai nhiều hơn, thai sẽ phát triển tốt hơn. Ngoài ra, ở lứa tuổi trên 30, điều kiện kinh tế của người phụ nữ thường ổn định, họ đã có ý thức, kiến thức cũng như kinh nghiệm chăm sóc thai nghén.

Tỷ lệ sản phụ sinh con trên 4000g chủ yếu trong nhóm sản phụ có BMI ≥ 25 kg/m² (90,81%) (bảng 1). Từ kết quả trên cho thấy tỷ lệ sơ sinh trên 4000g tăng theo chỉ số khối cơ thể mẹ. Người mẹ béo phì với chỉ số khối cơ thể càng cao thì tỷ lệ trẻ sơ sinh của các bà mẹ này quá cân so với tuổi thai càng tăng lên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Lưu Quốc Khải thấy nhóm bà mẹ có BMI trong mức giới hạn bình thường chỉ chiếm 12,7%, nhóm bà mẹ thừa cân, béo phì chiếm tỷ lệ 83,7% và phù hợp với một số tác giả nước ngoài [6].

Trong 87 trường hợp nghiên cứu, ghi nhận bệnh lý là 25 trường hợp chiếm 28,74% (bảng 1), trong đó đái tháo đường ở những sản phụ sinh con trên 4000g chiếm tỷ lệ cao nhất (14/25 trường hợp), còn lại các tiền sử bệnh lý khác như viêm gan, COVID-19, rối loạn chuyển hóa... chiếm tỷ lệ thấp hơn. Nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu Lưu Quốc Khải thấy tiền sử bệnh lý trước và trong khi mang thai chiếm tỷ lệ 9,9%, trong đó có 6% liên quan đến bệnh lý đái tháo đường của sản phụ [6]. Đái tháo đường thai kỳ được biết đến là một trong những nguy cơ trẻ sơ sinh quá cân theo tuổi thai.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ sơ sinh trên 4000g ở những phụ nữ sinh con so (37,9%) thấp hơn so với những sản phụ sinh con rạ (63,1%) (bảng 1). Như vậy, con rạ có tỷ lệ thai to cao hơn có thể là do sản phụ đã có nhiều kiến thức về chăm sóc thai sản, khung chậu giãn nở, phát triển hơn các lần sinh trước đó... Nghiên cứu của Phạm Thị Quỳnh Hoa (2007) cũng đưa ra nhận xét: trong số sơ sinh quá cân thì những bà mẹ sinh con lần đầu chiếm tỷ lệ 15,48% [7]. Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cho thấy trong tổng số 87 sản phụ sinh con trên 4000g, có 22 trường hợp (25,2%) có tiền sử sinh con có trọng lượng trên 4000g và 65 trường hợp (74,7%) không có tiền sử sinh con trên 4000g. Nghiên cứu của Phạm Thị Quỳnh Hoa cho thấy ở những phụ nữ sinh con quá cân, có tới 58,57% có tiền sử sinh con quá cân [7], kết quả này khác so với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Phạm Thị Quỳnh Hoa tiến hành năm 2007, như vậy có thể thấy hiện tại tỷ lệ thai to ngày càng tăng, kể cả những trường hợp sinh con so.

Kết quả nghiên cứu theo bảng 1, chúng tôi nhận thấy trẻ sơ sinh cân nặng trên 4000g ở tuổi thai 39-40 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất (79,31%), thấp nhất ở tuổi thai 41 tuần (9,2%) và ở tuổi thai dưới 38 tuần (11,5%). Trong số 87 thai nhi có cân nặng trên 4000g thì giới tính của trẻ sơ sinh là nam có 63 trường hợp chiếm 72,4%, trong khi giới tính là nữ có 24 trường hợp chiếm 27,6%. Tỷ lệ này tương tự với khả năng gặp thai to ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ trong nghiên cứu của Dagnew Getnet Adugna và cộng sự với 56,01% là nam và 43,99% là nữ (tỷ lệ nam/nữ là 1,27/1 [4]). Tuy nhiên, tỷ lệ giới tính nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi có sự chênh lệch lớn hơn (2,63/1), qua đó nói lên tình trạng báo động về mất cân bằng giới tính ở Việt Nam.

4.2. Nhận xét kết quả thai kỳ của những sản phụ sinh con trên 4000g

Theo kết quả bảng 2, chúng tôi ghi nhận trong số 87 sản phụ sinh con trên 4000g, có 75 trường hợp mổ lấy thai chiếm tỷ lệ 86,2%, 12 trường hợp đẻ đường âm đạo chiếm 13,8% và không có trường hợp đẻ can thiệp Forceps. Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ mổ lấy thai cao hơn 7 lần đẻ đường âm đạo. Nghiên cứu của Phạm Thị Quỳnh Hoa cũng cho biết tỷ lệ mổ lấy thai

với thai 4000g là 65,36% [7]. Nghiên cứu của Jolly nhận thấy tỷ lệ mổ lấy thai ở những trường hợp thai trên 4000g là 16,3% [5]. Các nghiên cứu của tác giả trong nước về phương thức sinh ở nhóm thai nặng cân đều cho tỷ lệ cao hơn các tác giả nước ngoài. Chúng tôi cho rằng sở dĩ có sự khác biệt về tỷ lệ mổ lấy thai đó một phần do yếu tố nhân chủng học tác động, người phụ nữ Việt Nam thường có tầm vóc nhỏ bé hơn người phụ nữ nước ngoài.

Từ kết quả ở biểu đồ 1, chúng tôi ghi nhận không có trường hợp chảy máu sau đẻ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả của các nghiên cứu khác khi tỷ lệ sản phụ chảy máu sau đẻ rất thấp. Nghiên cứu của Phạm Thị Quỳnh Hoa trên 300 trường hợp sinh con trên 4000g, có 4 trường hợp chảy máu sau đẻ chiếm tỷ lệ 1,3% [7].

Trong 87 sản phụ sinh con trên 4000g, có 8/12 sản phụ đẻ qua đường âm đạo bị tổn thương tầng sinh môn đơn thuần, so với tổng số 87 sản phụ thì tỷ lệ này là 8/87 (9,2%). Cùng với cách tính này, Phạm Thị Quỳnh Hoa đưa ra tỷ lệ là 9,6% [7], nghiên cứu của Woll Schlaeger K và cộng sự có tỷ lệ là 0,87% [8]. Tai biến này trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Phạm Thị Quỳnh Hoa, nhưng cao hơn so với nghiên cứu ở nước ngoài cũng có thể do người nước ngoài cao to hơn, cấu trúc giải phẫu đường sinh dục rộng hơn người Việt Nam.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3) cho thấy có 4/87 trẻ bị suy hô hấp sơ sinh khi Apgar 1 phút dưới 7 điểm, sau 5 phút thì Apgar tất cả các trường hợp đều từ 7 điểm trở lên. Kết quả này tương tự với Nguyễn Đức Hình (2002) nghiên cứu trên 278 trẻ đẻ có cân nặng trên 4000g cho thấy chỉ số Apgar phút thứ nhất đạt trên 7 điểm chiếm tỷ lệ cao (99,69%), chỉ có 1 trường hợp đạt 6 điểm và sau 5 phút thì 100% đạt trên 7 điểm [9]. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả cao có thể do các trường hợp thai trên 4000g được chỉ định mổ lấy thai chính xác. Từ đó hạn chế tối đa các tai biến sản khoa có thể xảy ra cho thai nhi.

5. KẾT LUẬN

Thai to liên quan đến một số yếu tố: dinh dưỡng, tiền sử thai to, bệnh lý đái tháo đường của thai phụ, giới tính của thai nhi. Hầu hết các trường hợp đều được chỉ định mổ lấy thai. Tuy nhiên, không có sự khác nhau về tỷ lệ biến chứng sau sinh của các trường hợp mổ đẻ và đẻ đường âm đạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ môn Phụ sản Trường Đại học Y Hà Nội, Bài giảng sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, 1992, tr. 32-43.
- [2] Johar R, Rayburn W, Weir D et al., Birth weights in term infants, A 50-year perspective, J. Reprod Med., 1988, 33 (10): 813.

- [3] ACOG, ACOG Issues Guidelines on Fetal Macrosomia, ACOG News Release, 2020.
- [4] Dagnew Getnet Adugna, Engidaw Fentahun Enyew, Molla Taye 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, 2020.
- [5] Tamarova S, Popov I, Khristova I, *Risk factors for fetal macrosomia*, Akush Ginekol Sofia, 2005, 44 (2), pp. 3-9.
- [6] Lưu Quốc Khải, Nghiên cứu xử trí thai từ 4000g trở lên ở những sản phụ đến đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2013, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2013.
- [7] Phạm Thị Quỳnh Hoa, Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến sơ sinh quá cân theo tuổi thai ở những sản phụ đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2007.
- [8] Woll Schlaeger K, Nieder J, Kopper I et al, A study of fetal macrosomia, Arch Gynecol Obstet, 1999, 263 (1-2), pp. 51-55.
- [9] Nguyễn Đức Hình, Một số nhận xét về các trường hợp đẻ có cân nặng của thai từ 4000g trở lên, Tạp chí Y học Việt Nam, 2004, tr. 19-25.