RESEARCH ON FACTORS RELATED TO FETAL MACROSOMIA IN FULL-TERM SINGLETON BIRTHS AT A THAI NGUYEN HOSPITAL

Dinh Thuy Van*, Pham My Hoai

University of Medicine and Farmacy, Thai Nguyen University -
284 Luong Ngoc Quyen, Thai Nguyen City, Thai Nguyen Province, Vietnam

Received: 11/10/2024
Revised: 01/11/2024; Accepted: 22/02/2025

ABSTRACT

Objective: to determine association between maternal factors and fetal macrosomia in full-term singleton births.

Methods: A comparative cross-sectional descriptive study on 519 women with birth weight ≥ 3.500 grams and 519 women with birth weight between 2.500 and < 3.500 grams immediately before or after at A Thai Nguyen Hospital from June 2023 to December 2023.

Results: Factors associated with statistically significantly fetal macrosomia were: maternal age ≥ 35, history of giving birth ≥ 1 times, civil servants and worker, history of giving birth to a fetal macrosomia, maternal weight > 60kg; maternal hight > 160cm, gestational diabetes mellitus.

Conclusion: Gestational diabetes, maternal weight are factors that should be considered when managing pregnancy with fetal macrosomia, especially in women with a history of giving birth to fetal macrosomia.

Keywords: Fetal macrosomia, high risk pregnant, gestational diabetes mellitus.

*Corresponding author
Email: dinhthuyvan96@gmail.com **Phone:** (+84) 966330960 **Https:**//doi.org/10.52163/yhc.v66i2.2080

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THAI TO ĐỦ THÁNG TẠI BỆNH VIỆN A THÁI NGUYÊN

Đinh Thuỳ Vân*, Phạm Mỹ Hoài

Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên – Số 284 Lương Ngọc Quyến, Tp. Thái Nguyên, Tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/10/2024
Chỉnh sửa ngày: 01/11/2024; Ngày duyệt đăng: 22/02/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến thai to đủ tháng tại Bệnh viện A Thái Nguyên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có so sánh được thực hiện tại khoa Sản, Bệnh viện A Thái Nguyên từ 01/06/2023 đến 31/12/2023. Gồm 519 hồ sơ bệnh án của sản phụ sinh con đủ tháng cân nặng từ 3500g trở lên và 519 hồ sơ bệnh án liền kề trước hoặc sau của bệnh án thai to có cân nặng bình thường.

Kết quả: Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với thai to là: Tuổi mẹ ≥ 35, nghề nghiệp công nhân viên chức, sinh con ≥ 1 lần, tiền sử sinh con to, chiều cao mẹ > 160cm, cân nặng mẹ khi sinh > 60kg, mẹ bị đái tháo đường thai kỳ.

Kết luận: Đái tháo đường thai kỳ, thể trạng mẹ là các yếu tố nên được quan tâm khi quản lý thai nghén, đặc biệt là ở các sản phụ có tiền sử sinh con to.

Từ khoá: Thai to, đái tháo đường thai kỳ, thai kỳ nguy cơ cao.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Hiệp Hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) 2020, thai to được định nghĩa là trọng lượng khi sinh ≥ 4000g hoặc ≥ 4500g, 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 ≥ 3500g[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 chọn mốc 3500g.

Trong bối cảnh phát triển kinh tế xã hội, đời sống sức khỏe của người dân ngày càng được nâng cao, 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, tỉ lệ đẻ thai to tăng. Trong số những yếu tố có thể dẫn đến thai to thì đái tháo đường và béo phì đang là những yếu tố thời sự nhất hiện nay. Các yếu tố khác như tuổi thai phụ, tiền sử sinh con to, con rạ, tăng cân trong thai kỳ quá mức, chiều cao mẹ,… cũng được cho là nguyên nhân. Với mong muốn khảo sát một số yếu tố liên quan đến nguy cơ sinh con to nhằm quản lý thai nghén tốt hơn cũng như đồng thời giảm thiểu các can thiệp không hợp lý, giảm nguy cơ tai biến sản khoa do thai to, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Xác định một số yếu tố liên quan đến thai to đủ tháng tại Bệnh viện A Thái Nguyên.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả.

- Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu từ ngày 01/06/2023 đến ngày 31/12/2023.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa sản Bệnh viện A Thái Nguyên.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Gồm tất cả các sản phụ có thai đủ tháng đẻ tại Bệnh viện A Thái Nguyên từ 01/ 06/ 2023 – 31/ 12/ 2023 đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.3.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

**Tiêu chuẩn chọn nhóm thai to:* Tất cả các hồ sơ bệnh án của sản phụ có:

- Thai đủ tháng (tuổi thai từ 37- 42 tuần).

- Một thai sống.

- Trẻ có cân nặng từ 3500 gam trở lên (được cân ngay sau sinh).

*Tác giả liên hệ
Email: dinhthuyvan96@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 966330960 **Https:**//doi.org/10.52163/yhc.v66i2.2080

- Hồ sơ bệnh án được ghi chép đầy đủ.

**Tiêu chuẩn chọn nhóm so sánh:* Chúng tôi lựa chọn nhóm so sánh là một sản phụ có số bệnh án liền kề trước hoặc sau bệnh án thai to có:

- Thai đủ tháng (tuổi thai từ 37- 42 tuần).

- Một thai sống.

- Trẻ có cân nặng từ 2500g – 3400g (được cân ngay sau sinh).

- Hồ sơ bệnh án được ghi chép đầy đủ.

2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Các trường hợp:

- Thai to từng phần (Bụng cóc, não úng thủy…).

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

$$N_1 = N_2 = Z^2_{1-\alpha/2} \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- N_1 là số sản phụ có thai to đủ tháng cần nghiên cứu, N_2 là số sản phụ có thai cân nặng bình thường.

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

- P = 0,221: tỷ lệ sản phụ sinh con đủ tháng ≥ 3500g trong nghiên cứu trước[3].

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

Vậy cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 511 sản phụ.

Từ 1/6/2023-31/12/2023 có tất cả 519 hồ sơ bệnh án thai to đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.5. Biến số, chỉ số, nội dung, chủ đề nghiên cứu

- Các yếu tố liên quan đến đặc điểm chung: tuổi mẹ, khu vực sống, nghề nghiệp

- Các yếu tố liên quan đến thể trạng sản phụ: Chiều cao, cân nặng

- Các yếu tố liên quan đến tiền sử của mẹ: số lần sinh con, tiền sử đẻ con to, đái tháo đường thai kỳ.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Các số liệu được thu thập hồi cứu trên hồ sơ bệnh án điện tử lưu tại phần mềm bệnh viện. Bệnh án nghiên cứu được thiết kế dựa trên các biến số, chỉ số nghiên cứu. Sử dụng từ khoá *"Mổ lấy thai cấp cứu"*, *"Đẻ thường ngôi chỏm"* để lựa chọn các hồ sơ bệnh án. Các bệnh án đủ tiêu chuẩn được lựa chọn để thu thập dữ liệu. Các dữ liệu được đánh giá và ghi chép vào phiếu thu thập thông tin.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Dữ liệu được nhập và phân tích trên phần mềm thống kê y học SPSS 25, Epi Info 7. Các thuật toán thống kê: Phân tích một số yếu tố liên quan đến thai to đủ tháng bằng kiểm định $\chi 2$, tỷ suất chênh OR (odd ratio), khoảng tin cậy là 95% (95%CI). Sự khác nhau về kết quả giữa các biến số được xác định là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được hội đồng y đức của Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên và Bệnh viện A Thái Nguyên đồng ý thông qua. Hồ sơ nghiên cứu đảm bảo giữ bí mật không tiết lộ bất cứ thông tin gì về tên của sản phụ và các đặc điểm cá nhân liên quan của người bệnh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/06/2023 – 31/12/2023, chúng tôi nhận được 519 trường hợp thai to đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, do đó chúng tôi đã chọn 519 bệnh án có con cân nặng bình thường để tìm mối liên quan, kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tương nghiên cứu

Đặc điểm	Thai to (n = 519)		Thai thường (n = 519)	
	SL	Tỉ lệ (%)	SL	Tỉ lệ (%)
Tuổi				
≤ 20	25	4,8	38	7,3
21 - 34	397	76,5	420	81,0
≥ 35	97	18,7	61	11,7
Khu vực sống				
Nông thôn	285	53,1	258	46,9
Thành thị	234	46,7	261	53,3
Nghề nghiệp				
Cán bộ công chức	84	16,2	49	9,4
Công nhân	205	39,5	198	38,2
Nông dân	133	25,6	178	34,3
Tự do	97	18,7	94	18,1

- Các sản phụ chủ yếu từ 21 đến 35 tuổi (nhóm thai to chiếm 76,5% thấp hơn nhóm thai thường 81,0%). Tỷ lệ sản phụ ≥ 35 tuổi ở nhóm thai to là 18,7% cao hơn nhóm thai thường 11,7%.

- Sản phụ cư trú thành thị ở nhóm thai to chiếm 45,1%, nhóm thai thường chiếm 58,8%.

- Nghề nghiệp công nhân cùng chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm: nhóm thai to là 39,5%, nhóm thai thường là 38,2%.

Bảng 2. Đặc điểm về thể trạng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Thai to (n = 519)		Thai thường (n = 519)	
	SL	Tỉ lệ (%)	SL	Tỉ lệ (%)
Chiều cao (cm)				
≤ 150	33	6,4	79	15,2
151 – 160	393	75,7	384	74,0
> 160	93	17,9	56	10,8
Cân nặng (kg)				
≤ 50	8	1,5	31	6,0
51 – 60	106	20,4	211	40,6
61 - 70	232	44,7	205	39,5
> 70	173	33,3	72	13,9

- Sản phụ có chiều cao từ 151 - 160 cm chiếm đa số ở cả 2 nhóm (Nhóm thai to 75,7%, nhóm thai thường 74,0%). Tỷ lệ sản phụ có chiều cao > 160cm ở nhóm thai to là 17,9% cao hơn nhóm thai thường (10,8%).

- Nhóm thai to, sản phụ có cân nặng từ 61 – 70kg chiếm đa số 44,7% và nhóm > 70kg chiếm 33,3%. Ở nhóm thai thường, sản phụ có cân nặng từ 51 - 60kg chiếm đa số 40,6%, tiếp đến là nhóm cân nặng từ 61 – 70kg chiếm 39,5%.

Bảng 3. Đặc điểm về tiền sử của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Thai to (n = 519)		Thai thường (n = 519)	
	SL	Tỉ lệ (%)	SL	Tỉ lệ (%)
Số lần sinh con				
0	188	36,2	231	44,5
1 – 2	307	59,2	279	53,8
≥ 3	24	4,6	9	1,7
Tiền sử sinh con to				
Có	147	44,3	50	17,4
Không	185	55,7	238	82,6

Nhận xét:

- Đa số các sản phụ 2 nhóm đã sinh 1 – 2 con (nhóm thai to 59,2%; nhóm thai thường 53,8%), nhóm sản phụ thai to có tỷ lệ sinh con ≥ 3 lần cao hơn (4,6%) so với nhóm thai thường (1,7%).

- Tỷ lệ sản phụ sinh con lần 2 có tiền sử đẻ thai to lần trước ở nhóm thai to là 44,3% cao hơn nhóm thai thường (17,4%).

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến đặc điểm chung

Đặc điểm	Thai to		Thai thường		p	OR (95%CI)
	SL	Tỉ lệ (%)	SL	Tỉ lệ (%)		
Tuổi						
≥ 35	97	61,4	61	38,6	0,00	1,7 (1,22-2,44)
< 35	422	48,0	458	52,0		
Khu vực sống						
Thành thị	285	53,1	258	46,9	0,11	
Nông thôn	234	46,7	261	53,3		
Nghề nghiệp						
Công nhân viên chức	289	53,9	247	46,1	0,00	1,4 (1,08-1,77)
Khác	230	45,8	272	54,1		

Mẹ ≥ 35 tuổi có nguy cơ sinh con to 1,7 lần so với bà mẹ dưới 35 tuổi, nghề công nhân viên chức có tỉ lệ đẻ thai to tăng 1,4 lần so với các nghề khác (p < 0,01). Ngoài ra, khi xem xét mối liên quan khu vực sống của mẹ, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê (p = 0,21).

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến thể trạng sản phụ

Đặc điểm	Thai to		Thai thường		p	OR (95%CI)
	SL	Tỉ lệ (%)	SL	Tỉ lệ (%)		
Chiều cao (cm)						
> 160	93	17,9	56	10,8	0,00	1,8 (1,26-2,58)
≤ 160	426	82,1	463	89,2		
Cân nặng (kg)						
> 60	405	78,0	277	53,4	0,00	3,1 (2,37-4,07)
≤ 60	114	22,0	242	46,6		

Nhóm mẹ có chiều cao > 160cm có nguy cơ sinh con to 1,8 (p = 0,00 < 0,05) lần so với nhóm ≤ 160cm; nhóm mẹ có cân nặng khi sinh > 60kg nguy cơ thai to tăng 3,1 lần so với nhóm cân nặng ≤ 60kg.

Bảng 6. Các yếu tố liên quan đến tiền sử của mẹ

	Tiền sử					
	Thai to		Thai thường		p	OR (95%CI)
	SL	Tỉ lệ (%)	SL	Tỉ lệ (%)		
Số lần sinh con						
Con rạ	331	63,8	288	55,5	0,00	1,4 (1,10-1,81)
Con so	188	36,2	231	44,5		
Tiền sử sinh con to						
Có	146	44,1	50	17,4	0,00	3,8 (2,58-5,46)
Không	185	55,9	238	82,6		
Đái tháo đường thai kỳ						
Có	55	10,6	19	3,7	0,00	3,1 (1,82-5,33)
Không	464	89,4	500	96,3		

Nhóm sinh con rạ có tỷ lệ thai to tăng 1,4 lần so với nhóm sinh con so; trong số 331 bà mẹ sinh con rạ, nhóm có tiền sử sinh con to có nguy cơ sinh con to tăng 3,8 lần ở lần mang thai tiếp theo, mẹ mắc đái tháo đường thai kỳ có nguy cơ sinh con to tăng 3,1 lần so với nhóm không mắc bệnh đái tháo đường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi mẹ

Tuổi sinh đẻ của bà mẹ là một vấn đề các nhà sản khoa luôn quan tâm, tuổi của bà mẹ liên quan đến sự hoàn thiện hay suy giảm chức năng các cơ quan của cơ thể người mẹ. Điều này ảnh hưởng rất lớn đến quá trình mang thai và tác động đến sự phát triển của thai. Ở bảng 1, các sản phụ chủ yếu từ 21 đến 35 tuổi, tỷ lệ sản phụ ≥ 35 tuổi ở nhóm thai to là 18,7% cao hơn nhóm thai thường (11,7%). Ở bảng 4 khi phân tích thì mẹ ≥ 35 tuổi là yếu tố chính ảnh hưởng đến thai to (OR=1,7; 95%CI: [1,22 – 2,44]; $p < 0,05$). Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Lâm Đức Tâm và cộng sự (OR = 1,44; 95%CI: [1,03 – 2,01])[4], và của Phạm Thị Kiều Oanh (OR=2,1; 95%CI [1,51 – 2,97]; $p < 0,05$)[3]. Tuổi mẹ càng lớn có liên quan đến tiền sử sinh con nhiều lần, tiền sử sinh con to, tỉ lệ đái tháo đường tăng, trị số BMI của mẹ tăng, từ đó kéo theo tỉ lệ thai to tăng. Nghiên cứu của Jenabi E và cộng sự đã chỉ ra tuổi mẹ lớn là nguy cơ quan trọng của thai to với OR = 1,42 khi so sánh giữa độ tuổi 35 – 39 và < 30 tuổi (95%CI: [1,25 – 1,60])[5].

4.2. Khu vực sống

Ở bảng 1, sản phụ cư trú thành thị ở nhóm thai to chiếm 45,1%, nhóm thai thường chiếm 58,8%. Ở bảng 4, chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thai to và khu vực sống của mẹ với p = 0,11. Kết quả này tương đồng với nghiên của Phạm Thị Kiều Oanh với p = 0,459 > 0,05[3] và của Vũ Ngọc Quang với p = 0,92 > 0,05[6]. Trong những năm gần đây sự chăm sóc, tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cũng như chế độ dinh dưỡng của bà mẹ mang thai đang dần được cân bằng ở hai nhóm nông thôn và thành thị. Tuy nhiên, theo nhiều nghiên cứu cho thấy khu vực sống là yếu tố liên quan đến sinh con to vì ở nơi có điều kiện sống và chăm sóc tốt, thai nhi cũng được hấp thụ đầy đủ chất dinh dưỡng để thuận lợi cho sự phát triển trong tử cung. Nghiên cứu của Huỳnh Thị Như Ngọc và cộng sự nhận thấy sản phụ sống ở khu vực thành thị thì nguy cơ thai to cao gấp 1,96 lần, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,004)[7].

4.3. Nghề nghiệp

Ở bảng 1, nghề nghiệp công nhân cùng chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm: nhóm thai to là 39,5%, nhóm thai thường là 38,2%. Tại bảng 4 chúng tôi nhận thấy mẹ thuộc nhóm nghề công nhân, viên chức có nguy cơ sinh con to gấp 1,4 lần so với các nhóm nghề còn lại với OR = 1,4 (95% CI = [1,08 – 1,77]). Kết quả tương tự nghiên cứu của Lâm Đức Tâm, công nhân viên có nguy cơ sinh con to cao gấp 1,74 lần so với nghề khác (95%CI: [1,32 – 2,27]; $p < 0,05$)[4]. Kết quả này cho thấy nghề nghiệp cũng có vai trò nhất định với tình trạng thai khi đẻ. Điều kiện lao động, chế độ nghỉ ngơi hợp lý ở những người có nghề nghiệp kinh tế ổn định, công việc nhẹ nhàng hơn có thể cũng có ảnh hưởng đến sự phát triển của thai. Hơn nữa những phụ nữ công nhân viên chức thường có nhận thức về các dịch vụ chăm sóc thai nghén tốt hơn.

4.4. Chiều cao mẹ

Tại bảng 2, sản phụ có chiều cao từ 151 - 160 cm chiếm đa số ở cả 2 nhóm, tỷ lệ sản phụ có chiều cao > 160cm ở nhóm thai to là 17,9% cao hơn nhóm thai thường (10,8%). Kết quả nghiên cứu ở bảng 5 cho thấy bà mẹ có chiều cao > 160 cm có nguy cơ đẻ thai to cao gấp 1,8 lần với OR = 1,8 (1,26 – 2,58). Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Kiều Oanh (p = 0,034 < 0,05)[3]. Theo tác giả Huỳnh Thị Như Ngọc và cộng sự cho thấy nhóm mẹ cao từ 1,50 - < 160cm có nguy cơ sinh con to gấp 1,4 lần, và nguy cơ này tăng lên 2,5 lần ở nhóm cao từ 160cm trở lên so với nhóm mẹ < 150cm (p = 0,045), như vậy mẹ càng cao thì nguy cơ sinh con to càng tăng[7]. Một số nghiên cứu nước ngoài cũng đã chứng minh được mối liên quan giữa chiều cao mẹ với trọng lượng thai khi sinh[8]. 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. Điều này có thể được lí giải là do yếu tố di truyền. 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. Tuy nhiên yếu tố chiều cao không thể thay đổi, do đó để quản lí cân nặng của trẻ khi sinh chúng ta cần quản lí tốt cân nặng của mẹ.

4.5. Cân nặng mẹ

Tại bảng 2, trong nhóm thai to, sản phụ có cân nặng từ 61 – 70kg chiếm đa số 44,7% và nhóm > 70kg chiếm 33,3%. Ở nhóm thai thường, sản phụ có cân nặng từ 51 - 60kg chiếm đa số 40,6%, tiếp đến là nhóm cân nặng từ 61 – 70kg chiếm 39,5%.Qua bảng 5, bà mẹ có cân nặng khi sinh > 60 kg có nguy cơ đẻ thai to cao gấp 3,1 lần so với nhóm bà mẹ có cân nặng khi sinh ≤ 60 kg với OR = 3,1 (2,37 – 4,07). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lâm Đức Tâm (p = 0,00 < 0,05)[4]. Tác giả Chen Y và cộng sự cho biết phụ nữ có cân nặng khi sinh ≥ 73kg có khả năng sinh con to cao gấp 5,3 lần so với nhóm đối chứng (95% CI: [3,33-8,57])[8]. Sự tăng cân quá mức trong khi mang thai, ngoài việc gây ra do hiện tượng tăng giữ nước trong cơ thể người phụ nữ, sự tích mỡ ở các mô trong cơ thể, thì sự tăng cân còn do sự phát triển quá mức của thai và phần phụ của thai. Do đó mẹ cần được tư vấn về chế độ ăn uống, theo dõi cân nặng, điều chỉnh chế độ dinh dưỡng hợp lý để có mức tăng cân phù hợp là vấn đề cần được quan tâm đúng mực trong quá trình thai sản.

4.6. Số lần sinh con

Đa số các sản phụ 2 nhóm đã sinh 1 – 2 con (nhóm thai to 59,2%; nhóm thai thường 53,8%), nhóm sản phụ thai to có tỷ lệ sinh con ≥ 3 lần cao hơn (4,6%) so với nhóm thai thường (1,7%). Tại bảng 6, nhóm sản phụ con rạ có nguy cơ đẻ thai to gấp 1,4 lần so với nhóm con so với OR = 1,4 (95%CI: [1,10 – 1,81]) có ý nghĩa thống kê. Kết quả này của tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Huỳnh Thị Như Ngọc và cộng sự (p = 0,002)[7]. Nghiên cứu của Lâm Đức Tâm và cộng sự thấy: nhóm bà mẹ mang thai lần thứ 1 – 2 có nguy cơ sinh thai to gấp 1,47 lần so với nhóm đẻ con so, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,00 < 0,05[4]. Vũ Ngọc Quang cũng tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố tiền thai với sinh con to: sản phụ con rạ có nguy cơ sinh con to gấp 2,89 lần so với sản phụ con so (p < 0,001)[6]. Theo Aisha Salim và cộng sự, số lần sinh trung bình lớn hơn đáng kể ở nhóm thai to so với nhóm chứng (2,4 so với 1,2; giá trị p < 0,001)[9].

4.7. Tiền sử đẻ thai to

Bảng 3, tỷ lệ sản phụ sinh con lần 2 có tiền sử đẻ thai to lần trước ở nhóm thai to là 44,3% cao hơn nhóm thai thường (17,4%). Ở bảng 6, ghi nhận nguy cơ đẻ thai to ở nhóm bà mẹ có tiền sử sinh con to cao gấp 3,8 lần so với nhóm bà mẹ không có tiền sử thai to (OR = 3,8; 95%CI: [2,58 – 5,46]). Nghiên cứu của Huỳnh Thị Như Ngọc, nhóm bà mẹ có tiền sử đẻ thai to nguy cơ sinh con quá cân cao gấp 5,16 lần so với nhóm các bà mẹ không có tiền sử đẻ thai to (OR = 5,16; 95%CI = 2,7 – 9,6) [7]. Vũ Ngọc Quang cũng cho rằng tiền sử sinh con to ≥ 3500g và nguy cơ sinh con to có mối liên quan với nhau, OR = 7,95, cao gấp hơn 2 lần nghiên cứu chúng tôi[6]. Có lẽ những tố chất (hoặc bệnh lý) dẫn tới việc sinh con to ở những lần sinh trước vẫn còn phát huy và thậm chí còn ảnh hưởng trầm trọng hơn ở những lần sinh sau.

4.8. Đái tháo đường thai kỳ

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 trong nhóm phụ nữ đái tháo đường thai kỳ, tỷ lệ thai to và thai thường lần lượt là 10,6% và 3,7%, mẹ bị ĐTĐTK có nguy cơ sinh con to cao gấp 3,1 lần với p = 0,00 < 0,05. Theo tác giả Vanessa A.E, 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])[10]. Theo Chen Y và cộng sự, nguy cơ sinh thai to tăng gấp 6,3 lần ở những phụ nữ mắc đái tháo đường thai kỳ[8]. 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[7]. 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.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhân có 7 yếu tố về phía mẹ liên quan đến kết cục thai to: tuổi, nghề nghiệp, chiều cao, cân nặng, số lần sinh con, tiền sử đẻ thai to, và đái tháo đường thai kỳ, trong đó đái tháo đường thai kỳ, thể trạng mẹ là các yếu tố nên được quan tâm khi quản lý thai nghén, đặc biệt là ở các sản phụ có tiền sử sinh con to.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Macrosomia: ACOG Practice Bulletin, Number 216. Obstet Gynecol. 2020;135(1):e18-e35.

[2] Bộ Y tế, Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản. Hà Nội; 2016. p. 56-7.

[3] Phạm Thị Kiều Oanh, Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến thai to và kết quả xử trí thai to đủ tháng tại khoa sản bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Y dược Thái Nguyên; 2020.

[4] Lâm Đức Tâm, Lưu Thị Trâm Anh, Nguyễn Vũ Quốc Huy, Nghiên cứu tỉ lệ và các yếu tố liên quan thai to tại bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ năm 2015, Tạp chí phụ sản. 2016;14(3):31-7.

[5] Ensiyeh Jenabi, Amir Mohammad Salehi, Sajjad Farashi, Zohreh Salimi, The environmental risk factors associated with fetal macrosomia: An umbrella review. Pediatrics and neonatology. 2024; 65(3):217-21.

[6] Vũ Ngọc Quang, Các yếu tố nguy cơ liên quan đến thai to tại bệnh viện Hùng Vương từ tháng 10/2017 đến tháng 6/2018, Luận văn thạc sĩ, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh; 2018.

[7] Huỳnh Thị Như Ngọc, Nguyễn Trần Thảo Nguyên, Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và kết cục thai kì ở những sản phụ có thai to tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. Tạp chí phụ sản. 2023;31(3):50-9.

[8] Yu-Hsuan Chen, Wei-Yu Chen, Chia-Yuan Chang, Ching-Yi Cho, et al. Association between maternal factors and fetal macrosomia in full-term singleton births, Journal of the Chinese Medical Association : JCMA. 2023;86(3):324-9.

[9] Aisha Salim Said, Karim Premji Manji, Risk factors and outcomes of fetal macrosomia in a tertiary centre in Tanzania: a case-control study, BMC Pregnancy and Childbirth. 2016;16(1):243.

[10] Vanessa Agudelo-Espitia, Beatriz Elena Parra-Sosa, Sandra L Restrepo-Mesa, Factors associated with fetal macrosomia, Revista de saude publica. 2019;53:100.