

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN THAI TO TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2015

Lâm Đức Tâm⁽¹⁾, Lưu Thị Trâm Anh⁽¹⁾, Nguyễn Vũ Quốc Huy⁽²⁾
(1) Trường ĐH Y Dược Cần Thơ, (2) Trường ĐH Y Dược Huế

Keyword: Macrosomia, high risk pregnant, gestational weight.

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến thai to.

Đối tượng và phương pháp: Tất cả sản phụ có tuổi thai từ 37 tuần trở lên đến sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Cần Thơ năm 2015.

Kết quả nghiên cứu: Thai có trọng lượng trẻ ≥ 3500 gram chiếm tỷ lệ 23,25%, trẻ ≥ 4000 gram chiếm 3,86%. Các yếu tố liên quan đến thai to gồm: tuổi mẹ ≥ 35 tuổi có nguy cơ sinh con to tăng 1,44 lần. Trình độ học vấn sau trung học phổ thông có nguy cơ thai to tăng 2,89 lần. Nghề nghiệp là công nhân viên có tỷ lệ thai to cao hơn 1,74 lần. Sản phụ đã từng mang thai 1 - 2 lần có tỷ lệ thai to tăng 1,47 lần. Mẹ có tiền sử sinh con to có nguy cơ lại mang thai to tăng trên 6 lần. Sản phụ thừa cân, béo phì (BMI ≥ 23) nguy cơ thai to tăng gấp 1,64 lần. Khi tăng cân từ 12 - < 20 kg, tỷ lệ sinh con to tăng 4,76 lần, và tăng lên 6,22 lần nếu tăng ≥ 20 kg. Tuổi thai 40 - < 42 tuần nguy cơ thai to tăng 1,99 lần, tăng 6,4 lần khi thai ≥ 42 tuần. Nồng độ glucose huyết $> 6,4$ mmol/l nguy cơ sinh con to tăng gấp 1,74 lần so với dưới 6,4 mmol/l. Nguy cơ thai to tăng 5,45 lần khi đường kính lòng đĩnh ≥ 90 mm và tỷ lệ mổ lấy thai ở thai to cao gấp 2,64 lần.

Kết luận: Thai to chiếm tỷ lệ khá cao và thai to có nhiều yếu tố nguy cơ bất lợi cho cả mẹ và thai nhi.

Abstract

RATE OF FETAL MACROSOMIA AND FACTORS RELATED TO FETAL MACROSOMIA AT CANTHO HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2015

Objective: Determine the prevalence and factors related to fetal macrosomia.

Materials and Methods: All pregnant more than 37 weeks gestational intrapartum care at Cantho Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2015.

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Lâm Đức Tâm,
email: lamductam@gmail.com
Ngày nhận bài (received): 10/06/2016
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
24/06/2016
Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 30/06/2016

Result: The rate of fetal macrosomia: 23.25% weight of newborn \geq 3500 grams and 3.86% newborn have weight \geq 4000 grams. Factors related to fetal macrosomia: maternal age \geq 35 years old increase risk of macrosomia to 1.44 times. Education: over high school level, increase risk of macrosomia 2.89 times. Employees: Risk higher than 1.74 times. The woman with previous macrosomia pregnancy, increase risk macrosomia more than 6 times. Overweight, obesity (BMI \geq 23): increased risk of macrosomia 1.64 times. Weight gain during pregnancy from 12 to 20 kg, increase risk of macrosomia 4.76 times and the risk increase 6.22 times if who weight gain during pregnancy more than 20 kg. Gestational age from 40 to 42 weeks, increased risk of macrosomia 1.99 times, and reach for 6.4 times if over 42 weeks gestational. Glucose level $>$ 6.4 mmol/l, increased risk of macrosomia to 1.74 times. Increase the risk of macrosomia about 5.45 times if the fetal BPD \geq 90 mm. The risk of Caesarean section about 2.64 times in macrosomia.

Conclusions: The rate of fetal adverse is increased and there are a lot of adverse risk for both mother and fetus.

Keyword: macrosomia, high risk pregnant, gestational weight

1. Đặt vấn đề

Cân nặng trẻ sơ sinh là yếu tố đánh giá tình trạng dinh dưỡng, sự phát triển của thai trong quá trình mang thai. Trẻ quá thừa cân hay quá nhẹ cân đều ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất và tinh thần về sau, do đó, dinh dưỡng có vai trò rất quan trọng trong suốt quá trình tăng trưởng và phát triển của trẻ, thai phụ cần ăn uống đầy đủ để bào thai có đủ chất dinh dưỡng nhất là chất đạm giúp các cơ quan tạo hình và phát triển đầy đủ. Trọng lượng trung bình của trẻ sơ sinh Việt Nam là 3000g \pm 200g. Thai to là thai có trọng lượng trên 4000g (ở Châu Âu), hay trên 3500g (ở Việt Nam) [1]. Theo kỷ lục Guinness, trẻ sơ sinh lớn nhất là một bé trai nặng 10800g con của người phụ nữ Canada [10]. Hiện nay, tỷ lệ thai to đang có xu hướng ngày càng tăng. Thống kê tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh có 10,7% sản phụ sinh con trên 3800g [4]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Hải năm 2009, tỷ lệ thai từ 3500 gram trở lên là 13,36% [5]. Tại Huế, năm 2014, kết quả của Lê Lam Hương là 18,5% [1]. Tỷ lệ thai trên 4000 gram ở Trung Quốc là 11,24% [3], miền Bắc California là 13,6% [14], tỷ lệ chung của Hoa Kỳ là 10% [10]. Nguy cơ của thai to được ghi nhận có nhiều nhưng mẹ bị đái tháo đường, béo phì hay cả hai là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất. Ngoài ra, các yếu tố thuận lợi khác như như cha mẹ cao lớn, sự tăng cân của mẹ trong thai

kỳ, đa sản, tiền sử sinh con trên 4000 gram, thai giới tính nam, thai già tháng sinh lý... là những yếu tố cũng được quan tâm [1, 13, 3].

Hậu quả của thai to: Khi thai to sẽ gây nhiều nguy cơ cho mẹ như tăng cường mổ lấy thai, tăng sự can thiệp giúp sinh bằng thủ thuật sản khoa [13, 14]. Nếu sinh ngã âm đạo, nguy cơ đỡ tử cung, chấn thương sinh dục [14]. Việc sinh một thai quá to thường khó khăn và nguy hiểm trong lúc chuyển dạ và số thai mà 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), tỷ lệ sinh khó do thai to kẹt vai thay đổi từ 0,6 - 1,4% [1]. Đối với thai nhi, chuyển dạ kéo dài làm tăng nguy cơ suy thai, sinh khó có thể gây nhiều sang chấn, gãy xương đòn và tổn thương đám rối thần kinh cánh tay là thường gặp [9, 13]. Ngoài ra, thai quá to thường yếu đuối và khó nuôi hơn một thai bình thường, nhất là khi bà mẹ bị đái tháo đường thai kỳ, trẻ sinh ra dễ bị hạ đường huyết, khi lớn lên trẻ dễ bị béo phì và tăng nguy cơ bị đái tháo đường niên thiếu [9].

Nguy cơ của thai to cho mẹ và thai được ghi nhận nhưng việc chẩn đoán chính xác thai to trước khi sinh vẫn còn là vấn đề thách thức đối với các nhà sản khoa, hiện nay phương pháp ước lượng trọng lượng thai chủ yếu dựa trên bề cao tử cung và siêu âm thai nhưng tỷ lệ sai lệch vẫn còn cao [1, [3, 9]. Thai to đang là gánh nặng đối với ngành

sản khoa, nhưng các nghiên cứu về vấn đề này tại Việt Nam còn rất hạn chế, chưa có số liệu chính thức về tỷ lệ thai to được ghi nhận trong nước, trong đó, chúng tôi không ghi nhận được nghiên cứu nào tại Cần Thơ, do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ thai to tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ năm 2015 và (2) Khảo sát một số yếu tố liên quan đến thai to ở sản phụ nhập viện tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ năm 2015.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 1.501 thai phụ đến sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ năm 2015. Thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu là các sản phụ đến sinh có tuổi thai từ 37 tuần trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các trường hợp đa thai, thai chết lưu, sản phụ bị bệnh tâm thần.

Tiêu chuẩn chọn thai to: được quy định là cân nặng của trẻ sơ sinh là 3500 gram trở lên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu là cắt ngang mô tả có phân tích.

Các biến số nghiên cứu gồm: Tuổi mẹ, địa chỉ, dân tộc, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tiền căn về sản phụ khoa, tiền thai, số lần mang thai, đặc điểm sinh lần trước, cân nặng trẻ, đặc điểm cho thai kỳ lần này như số lần khám thai, nơi khám thai, bệnh của mẹ trong thai kỳ, tuổi thai, bất thường do thai, phần phụ, cân nặng, chiều cao, sự tăng cân trong thai kỳ, chỉ số khối cơ thể, chiều cao tử cung, vòng bụng, độ xóa mờ cổ tử cung, tim thai, ngôi thể kiểu thể, tình trạng ối, siêu âm, lượng hemoglobin, glucose máu, protein niệu. Tình hình chuyển dạ, phương pháp sinh, tình trạng mẹ và bé sau sinh.

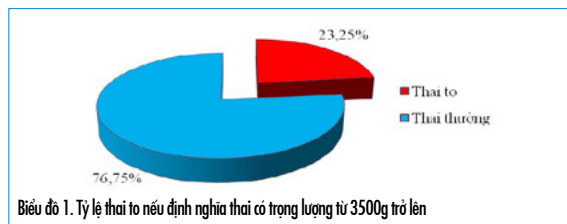
Tìm hiểu các yếu tố nguy cơ của thai to so với thai có trọng lượng bình thường thông qua chỉ số nguy cơ (OR) ghi nhận bằng yếu tố có tiếp xúc và không tiếp xúc ở 2 nhóm trẻ sơ sinh cân nặng trên 3500 gram và trẻ thường (dưới 3500 gram).

Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$. Số liệu được nhập và xử lý phần mềm Stata 10.0.

3. Kết quả nghiên cứu

Trong thời gian 8 tháng, chúng tôi nhận được 1.501 trường hợp sinh, kết quả như sau:

3.1. Tỷ lệ thai to



Thai to khi trẻ có cân nặng 3500 gram, có 349 trẻ sau sinh trên 3500 gram, chiếm 23,25%.

Bảng 1. Tỷ lệ thai to nếu định nghĩa thai có trọng lượng từ 4000g trở lên

Trong lượng	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)	Trung bình (g)
Thai to	58	3,86	3738,83±271,37
Thai thường	1443	96,14	3008,60±277,64

Số trẻ có trọng lượng từ 4000 gram trở lên là 58 trẻ, chiếm 3,86%. Trọng lượng trung bình của thai to là 3738,83 ± 271,37 gram.

3.2. Các yếu tố liên quan đến thai to

3.2.1. Yếu tố nguy cơ của thai to liên quan đến đặc điểm chung

Bảng 2. Liên quan giữa thai to và các đặc điểm chung của mẹ

Đặc điểm	Trẻ	Thai to (n, %)	Thai thường (n, %)	p	OR	95% CI
Tuổi mẹ	<35 tuổi	291(83,38)	1012(87,58)	0,03	1	-
	≥35 tuổi	58(16,62)	140(12,15)		1,44	1,03-2,01
Trình độ học vấn	Mù chữ	5(1,43)	32(2,87)	0,00	1	-
	Tiểu học	51(14,61)	202(17,53)		1,62	0,60-4,37
	THCS	131(37,54)	439(38,11)		1,91	0,73-5,01
	THPT	51(14,61)	233(20,23)		1,40	1,09-1,67
Nghề nghiệp	Sau THPT	111(31,81)	246(21,35)	0,00	2,89	1,08-7,67
	Khác	105(30,09)	229(19,88)		1	-
Công nhân		244(69,91)	923(80,12)	0,00	1,74	1,32-2,27

Mẹ ≥ 35 tuổi có nguy cơ sinh con to 1,44 lần so với bà mẹ dưới 35 tuổi, có trình độ học vấn sau THPT có nguy cơ thai to tăng 2,89 lần so với nhóm không biết chữ, nghề công nhân viên, tăng 1,74 lần so với các nghề khác ($p < 0,01$).

3.2.2. Yếu tố nguy cơ của thai to liên quan đến tiền căn sản khoa của mẹ

Bảng 3. Liên quan giữa tiền căn sản khoa của mẹ và thai to

Tiền căn	Trẻ	Thai to (n, %)	Thai thường (n, %)	p	OR	95% CI
Số lần mang thai	con so	150(42,98)	607(52,69)	0,00	1	-
	1-2 lần	185(53,01)	509(44,18)		1,47	1,15-1,88
	≥3 lần	14(4,01)	36(3,13)		1,57	0,83-3,00
Cân nặng lần trước	<3500g	112(60,54)	449(90,89)	0,00	1	-
	3500<4000	65(35,14)	40(8,10)		6,51	4,05-10,47
	≥4000g	8(4,32)	5(1,01)		6,41	2,03-20,27

Nhóm mang thai 1-2 lần có tỷ lệ thai to tăng 1,47 lần so với nhóm chưa mang thai. Trong 185

bà mẹ đã sinh, tiền căn sinh con to có nguy cơ sinh con to tăng 6 lần ở lần mang thai kế, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.2.3. Yếu tố nguy cơ của thai to liên quan đến đặc điểm thai kỳ lần này

Bảng 4. Liên quan giữa đặc điểm thai kỳ lần này và thai to

	Trẻ	Thai to (n, %)	Thai thường (n, %)	p	OR	95% CI
Tuổi thai	37-<40 tuần	194(55,59)	828(71,88)	0,00	1	-
	40-<42 tuần	149(42,69)	320(27,78)		1,99	1,54-2,56
	≥42 tuần	6(1,72)	4(0,35)		6,40	1,78-23,07
Chiều cao	<145cm	2(0,57)	5(0,43)	0,00	1,66	0,32-8,72
	145-<155cm	101(28,94)	420(36,46)		1	-
	155-<165cm	219(62,75)	681(59,11)		1,34	1,03-1,74
	≥165cm	27(7,74)	46(3,99)		2,44	1,444,14
Cân nặng	<45kg	24(6,88)	165(14,32)	0,00	1	-
	45-<60kg	308(88,25)	953(82,73)		2,22	1,42-3,48
	≥60kg	17(4,87)	34(2,95)		3,44	1,63-7,23
Chỉ số khối cơ thể	<18,5 kg/m ²	37(10,60)	182(15,80)	0,00	0,66	0,45-0,96
	18,5-<23	282(80,80)	911(79,08)		1	-
	≥23 kg/m ²	30(8,60)	59(5,12)		1,64	1,04-2,60
Tăng cân trong thai kỳ	≤8 kg	17(4,87)	220(19,10)	0,00	0,57	0,33-0,98
	8-<12kg	77(22,06)	565(49,05)		1	-
	12-<20 kg	183(52,44)	282(24,48)		4,76	3,46-6,55
	≥20 kg	72(20,63)	85(7,38)		6,22	4,08-9,46
Nơi khám	Bệnh viện	37(10,60)	134(11,63)	0,60	1	-
	Bác sĩ tư	312(89,40)	1018(88,37)		1,1	0,75-1,63
Số lần khám thai	≤3 lần	100(28,65)	320(27,78)	0,58	1	-
	3-<6 lần	126(36,10)	451(39,15)		0,89	0,66-1,21
	≥6 lần	123(35,24)	381(33,07)		1,03	0,76-1,40

Có sự liên quan giữa tuổi thai, chiều cao, cân nặng, chỉ số khối cơ thể, sự tăng cân trong thai kỳ, cụ thể, tuổi thai càng lớn nguy cơ thai to càng cao, từ 40 -< 42 tuần nguy cơ tăng 1,99 lần, tăng 6,4 lần khi ≥ 42 tuần so với thai 37 -< 40 tuần ($p < 0,001$). Sản phụ cao có nguy cơ sinh con to tăng 2,44 lần so cao ≥ 165cm. Cân nặng trước mang thai 45 -< 60kg, nguy cơ tăng 2,22 lần, gấp 3,44 lần khi ≥ 60kg so với cân nặng < 45kg. Khi thừa cân, béo phì (BMI ≥ 23) tỷ lệ thai to gấp 1,64 lần so BMI trung bình. Khi tăng cân 12 -< 20kg gấp 4,76 lần, nhóm tăng ≥ 20 kg gấp 6,22 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 5. Liên quan giữa đặc điểm bề cao từ cung, vòng bụng và thai to

	Lâm sàng	Trẻ	Thai to (n, %)	Thai thường (n, %)	p	OR	95% CI
Bề cao từ cung	≤25cm	1(0,29)	13(1,13)	0,00	0,57	0,33-0,98	
	25-<35	274(78,51)	1117(96,96)		1	-	
	≥35cm	74(21,20)	22(1,91)		4,76	3,46-6,55	
Vòng bụng	≤90cm	18(5,16)	351(30,47)	0,00	1	-	
	90-<100	160(45,85)	638(55,38)		4,89	2,92-8,18	
	≥100cm	171(49)	163(14,15)		20,46	11,12-37,65	

3.2.4. Yếu tố nguy cơ của thai to liên quan đến đặc điểm lâm sàng

BCTC ≥ 35cm thì nguy cơ sinh con to tăng 4,76 lần so với nhóm có BCTC từ 25 -< 35cm. Tỷ lệ sinh con to tăng 4,89 lần nếu vòng bụng 90 -< 100cm, tăng 20,46 lần nếu số đo ≥ 100cm so với vòng bụng ≤ 90cm ($p < 0,01$).

3.2.5. Yếu tố nguy cơ của thai to liên quan đến đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 6. Liên quan giữa đặc điểm cận lâm sàng và thai to

	Siêu âm	Trẻ	Thai to (n, %)	Thai thường (n, %)	p	OR	95% CI
Đường kính lưỡng đỉnh	<90mm	30(8,75)	381(34,29)	0,00	1	-	
	≥90mm	313(91,25)	730(65,71)		5,45	3,63-8,18	
Chiều dài xương đùi	<70mm	81(23,62)	383(34,47)	0,00	1	-	
	≥70mm	262(76,38)	728(65,53)		1,70	1,29-2,25	
Glucose (mmol/l)	≤6,4	321(91,98)	1097(95,23)	0,02	1	-	
	>6,4	28(8,02)	55(4,77)		1,74	1,08-2,79	
Hb (g/dl)	<11	13(3,72)	336(30,28)	0,57	1	-	
	≥11	51(14,43)	1101(95,57)		1,20	0,64-2,23	

Nguy cơ sinh thai to tăng 5,45 lần khi BPD ≥ 90mm so với BPD < 90mm, tăng 1,7 lần khi có FL ≥ 70mm so với FL < 70mm ($p < 0,01$). Lượng glucose huyết > 6,4mmol/l, nguy cơ tăng 1,74 lần so với glucose huyết ≤ 6,4mmol/l ($p < 0,05$). Không ghi nhận được sự với tình trạng thiếu máu ($p > 0,05$).

3.2.6. Sự liên quan giữa đặc điểm thai to và tình trạng sau sinh của mẹ, thai nhi

Bảng 7. Liên quan giữa thai to và tình trạng sau sinh

	Cách đẻ	Trẻ	Thai to (n, %)	Thai thường (n, %)	p	OR	95% CI
Cách đẻ	Ngã âm đạo	77(22,06)	493(42,80)	0,00	1	-	
	MLT	272(77,94)	659(57,20)		2,64	1,99-3,51	
Tình trạng mẹ	Bình thường	337(96,56)	1127(97,83)	0,18	1	-	
	Có diễn tiến	12(3,44)	25(2,17)		1,61	0,80-3,23	
Bảng huyết	Không	345(98,85)	1147(99,57)	0,13	1	-	
	Có	4(1,15)	5(0,43)		2,66	0,71-9,97	
Giới tính	Gái	143(40,97)	555(48,18)	0,02	1	-	
	Trái	206(59,03)	597(51,82)		1,34	1,05-1,71	
Tình trạng trẻ	Tốt	337(96,56)	1127(97,83)	0,18	1	-	
	Không tốt	12(3,44)	25(2,17)		1,61	0,80-3,23	

Có sự liên quan giữa thai to với phương pháp sinh, giới tính như nguy cơ MLT tăng 2,64 lần so với sinh ngã âm đạo, bé trai có tăng nguy cơ là 1,34 lần ($p < 0,05$). Chưa ghi nhận liên quan với diễn tiến sau sanh của mẹ và thai ($p > 0,05$).

4. Bàn luận

4.1. Tỷ lệ thai to

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1501 trường hợp sinh, tỷ lệ thai to là 23,25% khi định nghĩa thai

to là $\geq 3500g$, và tỷ lệ là 3,86% nếu thai $\geq 4000g$. Kết quả này phù hợp với định nghĩa thai to trên thế giới là ghi nhận theo bách phân vị thứ 90, tương ứng 4000g. Tuy nhiên, thể trạng người Việt Nam thường nhỏ người nên các nhà sản khoa gần như đánh giá thai to ở người Việt Nam là 3500g và đây là tiêu chuẩn được áp dụng để phân tích các yếu tố có liên quan đến thai to. Theo Y văn, thai to có nhiều nguy hiểm cho mẹ và thai nhi nhưng tỷ lệ có xu hướng tăng dần do chế độ dinh dưỡng tốt hơn, chăm sóc thai kỳ tốt... Tham khảo của Ngô Thị Uyên [3] (2008) tại Hải Phòng là 15,7%; Nguyễn Thị Ngọc Hải [5] (2009) tại Huế là 13,36% và 18,5% của Lê Lam Hương [1] (2014) khi thai $\geq 3500g$; theo N.E. Stotland [14] (2005) 13,6% khi cân nặng là $\geq 4000g$ và 9% theo Mahin Najafian [13] (2012) tại Iran. Tỷ lệ thai to của chúng tôi hơi cao hơn so nghiên cứu khác, điều này là do các nghiên cứu chọn định nghĩa thai to khác, sự khác nhau về tiêu chuẩn chọn mẫu, tuổi thai. Cụ thể, Nguyễn Thị Ngọc Hải [5] chọn các sản phụ đến sinh. Lê Lam Hương [1] chọn thai 38 - 42 tuần. Ngô Thị Uyên [3] chọn thai ≥ 38 tuần nhưng thai to có trọng lượng nằm trên đường bách phân vị thứ 90 so với tuổi thai tương ứng. Tương tự, các nghiên cứu của N.E. Stotland [14], Mahin Najafian [13] cũng chọn cân nặng là 4000gram. Ngoài ra, môi trường, điều kiện kinh tế xã hội, chế độ dinh dưỡng cũng có nhiều khác biệt nên tỷ lệ khác so với nghiên cứu chúng tôi.

4.2. Các yếu tố liên quan đến thai to

4.2.1. Liên quan đến đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi của sản phụ: mẹ ≥ 35 tuổi có nguy cơ sinh con to 1,44 lần so với nhóm < 35 tuổi ($p < 0,05$). Theo Mahin Najafian, 60% mẹ sinh con to ≥ 35 tuổi [13], theo N.E. Stotland, 30-40 tuổi có nguy cơ thai to ($OR=1,16$, 95%CI [1,07-1,14]) [14], Yi Li ($OR=1,08$, 95%CI [1,03-1,12]) [3]. Tuổi càng lớn có liên quan mật thiết đến yếu tố con to, tiền sử sinh con to làm nguy cơ thai to tăng lên. Vấn đề hiện nay là phụ nữ có xu hướng lập gia đình ngày càng trễ nên trường hợp lớn tuổi mang thai cũng tăng lên, góp phần làm tăng tỷ lệ thai to.

Trình độ học vấn của mẹ: Phụ nữ có trình độ trung học phổ thông sinh thai to tăng 2,89 lần so với không biết chữ (95% CI [1,08-7,67], $p < 0,05$). Tương tự Yi Li, tỷ lệ thai to là 14% ở nhóm học trên 12 năm so với 12,4% ở nhóm học ít hơn [3]. Trình độ học vấn càng

cao, khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe 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.

Nghề nghiệp: công nhân viên sinh thai to gấp 1,74 lần so nghề khác (95%CI [1,32-2,27], $p < 0,05$). Điều này có do mẹ làm công việc văn phòng ít hoạt động thể lực, mức thu nhập tương đối cao và ổn định so với nghề khác nên có nhiều cơ hội tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hơn, chế độ dinh dưỡng trong thai kỳ tốt hơn nên góp phần nâng cao tỷ lệ mang thai to. Kết quả phù hợp nghiên cứu tại Nha Trang khi thu nhập $> 3,5$ triệu đồng/tháng tăng nguy cơ 1,36 lần ($p < 0,05$) so với thu nhập 1,5-2,5 triệu đồng/tháng [11].

4.2.2. Đặc điểm về tiền căn sản phụ khoa

Số lần mang thai: Khi mang thai 1-2 lần có nguy cơ tăng 1,47 lần so với nhóm chưa mang thai. Theo Mahin Najafian có 81% trẻ sinh nặng cân gặp ở phụ nữ đa sản ($p < 0,05$) so với 34% nhóm chứng [13]. Nguyễn Thị Ngọc Hải, sinh trên 3 lần có con to là 44,54% [5]. Khác nhau là do mẫu chọn rộng hơn (cả sẩy thai, nạo phá thai) và do chính sách kế hoạch hóa gia đình của nước ta được thực hiện khá tốt.

Tiền căn sinh con to: ở 185 bà mẹ đã sinh, nguy cơ sinh con to ở lần mang thai sau tăng trên 6 lần. Kết quả tương tự ở nghiên cứu Phan Xuân Khoa ($OR=14,5$, $p < 0,01$) [8], Mahin Najafian ($OR=10$, $p < 0,05$) [13]. Các nghiên cứu định nghĩa thai to có trọng lượng lúc sinh $\geq 4000g$ nhưng cho rằng nguy cơ sinh con to ở người có tiền căn sinh con to, do đó, bà mẹ có tiền sử sinh con to nên theo dõi thai và quản lý thai, theo dõi chặt chẽ cho lần mang thai đầu vì nếu cho ra đời một sơ sinh có cân nặng bình thường thì giảm nguy cơ mang thai to trong lần sinh sau.

4.2.3. Đặc điểm thai kỳ lần này

Chiều cao, cân nặng: Lối sống có thể làm thay đổi chỉ số khác của người mẹ (ví dụ cân nặng), nhưng chiều cao là đặc trưng riêng cho từng người. Nhóm cao 1,55-1,65cm có sinh con to gấp 1,34 lần, tăng 2,44 lần ở nhóm cao trên 1,65cm so với 1,45-1,55cm. Nghiên cứu nước ngoài chứng minh liên quan giữa chiều cao mẹ với trọng lượng sơ sinh của trẻ [13, 3]. Lý giải điều này có thể do yếu tố di truyền tác động đến trọng lượng trẻ. Nhóm có cân nặng trước mang thai 45 -< 60kg có nguy cơ sinh thai to tăng 2,22 lần, cân nặng $\geq 60kg$ tăng 3,44 lần so với nhóm $< 45kg$.

Kết quả này phù hợp với Mahin Najafian [13]. Như vậy, mẹ càng cao to, nguy cơ sinh con to càng tăng nhưng chiều cao đã ổn định nên việc kiểm soát cần nặng hợp lý trước khi mang thai là vấn đề cần được chú trọng trong chăm sóc tiền sản.

Chỉ số khối cơ thể (BMI) trước mang thai: có 8,6% SP thừa cân, béo phì (BMI \geq 23) mang thai to, nguy cơ thai to tăng gấp 1,64 lần so với BMI bình thường, 95%CI [1,04- 2,60]. Dù định nghĩa thai to có khác biệt nhưng kết quả này phù hợp với nghiên cứu: Phan Xuân Khoa (OR=2,65, 95%CI [4,48- 60,16]) [8], Yi Li (OR=1,13, 95%CI [1,09-1,18]) [3] hay Erika Ota (OR=2,25, 95%CI [1,61-3,15]) [11]. Có lẽ do người mẹ béo phì dự trữ nhiều năng lượng thừa, nguồn năng lượng truyền cho con làm tăng trọng lượng thai. Ngoài ra, béo phì liên quan đái tháo đường và các biến chứng khác trong thai kỳ của mẹ, đây là yếu tố có thể thay đổi được vì vậy, cần tập thể dục đi kèm với chế độ dinh dưỡng phù hợp. Do đó, khi tăng cân càng nhiều, nguy cơ sinh con to càng tăng nên theo dõi sự tăng cân trong thai kỳ là vấn đề quan trọng để có thể điều chỉnh chế độ dinh dưỡng phù hợp [13], [3]. Theo khuyến cáo, tăng cân khoảng 8-12kg ở cân nặng bình thường là sự tăng cân hợp lý nên khi so với nhóm tăng cân 8-12kg, nếu tăng 12 < 20kg nguy cơ sinh con to tăng 4,76 lần, tăng 6,22 lần nếu tăng cân \geq 20kg ($p < 0,05$) nhưng nếu tăng cân < 8kg lại là yếu tố bảo vệ cho trường hợp sinh con bình thường nên nhiều người tăng cân trên 12 kg sẽ là yếu tố đáng quan tâm trong chăm sóc thai sản. Kết quả này phù hợp với Nguyễn Thị Tuyết Anh [6], Phan Thị Kim Ngân [7] với hệ số tương quan lần lượt là $R = 0,84$ và $R = 0,67$. Theo Phan Xuân Khoa khi thai to có TLSS \geq 4000g, với biến cố tăng cân mẹ từ 14,5kg trở lên thì nguy cơ thai to là 12,93 với $p < 0,01$ [8]. Wang WP (OR = 2,03, 95%CI [1,79-2,31]) [1]. 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 trong quá trình thai sản.

Tuổi thai: Sự tăng cân của thai ở đỉnh ở khoảng 37 tuần, hầu hết thai nhi vẫn tiếp tục tăng cân đến khi sinh [10]. Tuổi thai từ 40 < 42 tuần nguy cơ tăng 1,99 lần, tăng 6,4 lần khi \geq 42 tuần, khi tuổi thai càng lớn nguy cơ thai to càng tăng. Theo N.E. Stotland tăng 3,39 lần ở thai > 41 tuần [14]. Theo Phan Xuân Khoa, yếu tố tuổi thai không khác biệt giữa nhóm thai to và nhóm chứng (OR=1,5, $p=0,16$) [8]. Kết quả khác

nhau có lẽ do hiện nay dựa vào siêu âm quý một, việc xác định tuổi thai tương đối chính xác, khi nghi ngờ thai to- chủ động chấm dứt thai kỳ sớm. Một số bệnh viện xem trường hợp thai > 40 tuần là thai quá ngày, được chủ động chấm dứt thai kỳ, tỷ lệ thai già tháng giảm đáng kể. Việc xác định chính xác tuổi thai để có hướng xử trí phù hợp, giảm tỷ lệ thai quá ngày là tốt cần được phát huy hơn nữa.

Bê cao tử cung, vòng bụng: Có 21,2% sinh thai to có BCTC \geq 35cm so 1,91% ở nhóm thai thường, nguy cơ sinh con to tăng 4,76 lần ($p < 0,05$). Tỷ lệ sinh con to tăng 4,89 lần nếu vòng bụng 90 < 100cm, tăng đến 20,46 lần nếu vòng bụng \geq 100cm ($p < 0,05$). Sự phát triển thai nhi biểu hiện lâm sàng qua sự tăng của BCTC và vòng bụng. Tuy còn nhiều sai số do kỹ thuật đo, lượng nước ối, độ dày lớp mỡ dưới da, ngôi thai... nhưng số đo của BCTC và vòng bụng có sự tương quan với trọng lượng thai [1]. Trên lâm sàng, trường hợp có BCTC và vòng bụng lớn, bác sĩ nên nghi ngờ 1 thai có trọng lượng lớn để chủ động hơn trong hướng giải quyết.

4.2.4. Đặc điểm cận lâm sàng liên quan đến thai to

Nồng độ đường trong máu có mối liên quan giữa đái tháo đường và tỷ lệ sinh con nặng cân [14, 57]. Do điều kiện khách quan, chúng tôi chỉ xét nồng độ đường huyết lúc nhập viện. Khi nồng độ đường huyết > 6,4mmol/l, nguy cơ sinh con to tăng 1,74 lần, nồng độ đường trong máu mẹ cao sẽ tăng đường huyết trong máu, là nguồn dinh dưỡng cho phát triển của thai. Nồng độ đường cao sẽ kèm theo sự tăng insulin trong máu thai, thúc đẩy dự trữ chất dinh dưỡng thừa dẫn đến tăng trọng lượng nên kiểm soát tốt đường huyết trong thai kỳ là yếu tố góp phần làm giảm tỷ lệ thai to [4].

Siêu âm: Có 1454 phụ nữ siêu âm, nguy cơ sinh thai to tăng 5,45 lần khi BPD \geq 90mm, tăng 1,7 lần khi có FL \geq 70mm. Sự phát triển của thai biểu hiện qua số đo kích thước BPD, FL, AC của thai trên siêu âm nhưng sự sai biệt này là khá cao [1].

4.2.5. Phương pháp sinh

Tỷ lệ MLT cao gấp 2,64 lần so với sinh ngã âm đạo khi thai \geq 3500g ($p < 0,05$). Điều này phù hợp với y văn và các nghiên cứu khác vì khi sinh thai to, khả năng kẹt vai là yếu tố đánh lo ngại của bác sĩ [9], [12]. Đồng thời, nhiều trường hợp nghi ngờ thai to, bác sĩ lâm sàng có thể sử dụng nghiệm pháp lọt để thử thách cuộc sinh và góp phần làm tăng tỷ lệ MLT. Tham khảo Ngô Thị Uyên [3] (2008) MLT là 54,5% và

45,5% sinh ngã âm đạo; Mahin Najafian [13] (2012) ghi nhận là 89% MLT. Nhung Nguyễn Thị Ngọc Hải [5] (2014) có 34,45% MLT và 65,55% sinh ngã âm đạo. Qua đó, tỷ lệ MLT của chúng tôi cao hơn nghiên cứu khác, có thể do việc quản lý thai được xã hội hóa, siêu âm ước lượng trọng lượng thai, lo lắng sinh ngã âm đạo nên có xu hướng xin MLT chủ động khi thai to, từ đó làm cho kết quả MLT của thai to trong nghiên cứu này cao hơn các nghiên cứu khác.

4.2.6. Tình trạng mẹ và thai sau sinh

Thai to có nhiều nguy cơ cho chuyển dạ, khi thai càng to, đầu không lọt khi vào chuyển dạ, chuyển dạ khó khăn và kéo dài dẫn đến đỡ tử cung, nếu sinh được ngã âm đạo, sự sổ thai dễ gây tổn thương phần mềm của mẹ, tăng tỷ lệ giúp sinh bằng thủ thuật [1]. Kết quả có 4 sản phụ bị chảy máu sau sanh, tăng nguy cơ ở thai to nhưng do số mẫu số chảy máu không nhiều nên kiểm định chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Theo Mahin Najafian [13] có sự liên quan giữa thai to và tình trạng đỡ tử cung, chấn thương sinh dục ($p < 0,05$). Theo Nguyễn Thị Ngọc Hải, tỷ lệ chảy máu là 1,68% [5]. Có sự khác nhau này là do khi nghi ngờ thai to, bác sĩ chủ động dự phòng chảy máu bằng thuốc, tăng tỷ lệ MLT chủ động, MLT khi ở giai đoạn tiềm thời. Chủ động dự phòng BHSS là phương pháp tốt, cần phát huy hơn.

Tình trạng trẻ sau sinh: Thai to khi chuyển dạ đầu thường không lọt, chuyển dạ kéo dài dẫn đến suy thai,

ảnh hưởng đến chỉ số Apgar. Nếu đầu lọt, sự xuống của thai thường chậm và khó khăn, thai bị dồn ép nhiều nên dễ bị chấn thương, biến cố đáng sợ nhất là kẹt vai do thai to thường có đường kính lưỡng móm vai lớn, tỷ lệ chấn thương tăng 3 lần khi thai trên 4000g [1, 13].

Giới tính: Y văn ghi nhận trẻ trai lớn hơn trẻ gái ở bất kỳ tuổi thai nào, có lẽ nhiễm sắc thể Y có ảnh hưởng đến sự phát triển của bào thai hơn nhiễm sắc thể X [1, 13, 14, 3]. Kết quả sinh con to tăng 1,34 lần nếu mang thai bé trai, điều này phù hợp với N.E. Stotland [14], trẻ trai có TLSS lớn hơn trẻ gái (> 50% là bé trai) nhưng khác với Nguyễn Thị Ngọc Hải [5] và Erika Ota [11] dù bé trai lớn hơn. Có lẽ do cỡ mẫu không đủ hay đối tượng chọn khác nhau nhưng tác giả cho rằng, trẻ trai nguy cơ có TLSS cao hơn so với trẻ gái.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu tỷ lệ thai to tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ ghi nhận thai có trọng lượng trẻ ≥ 3500 gram chiếm tỷ lệ là 23,25%. Trọng lượng trẻ ≥ 4000 gram chiếm 3,86%. Các yếu tố liên quan đến thai to gồm tuổi của mẹ ≥ 35 tuổi, trình độ học vấn sau trung học phổ thông, tiền sử mang thai 1-2 lần, tiền căn sinh con to, sản phụ cao trên 165cm, thừa cân, béo phì (BMI ≥ 23), tăng cân nhiều trong thai kỳ, thai quá ngày sinh dự đoán, bề cao tử cung ≥ 35 cm, mang thai bé trai, tăng đường máu thai kỳ. Mang thai to làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ môn phụ sản, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh (2011), Sản phụ khoa tập I, Nhà Xuất bản Y học chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh, tr.251- 254.
2. Lê Lam Hương, Hoàng Thanh Hà (2014), "Nghiên cứu giá trị dự đoán trọng lượng thai của thai đủ tháng qua lâm sàng và siêu âm", Tạp chí Phụ Sản, 12(1), tr.58-63.
3. Ngô Thị Uyên, Lê Thùy Hương (2011), "Tình hình chẩn đoán xử trí thai to tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng từ tháng 3-4 năm 2008", Y học Thực Hành (774), Số 7, tr.54-57.
4. Nguyễn Ngọc Thoa (2013), "Hệ lụy thai to", Tạp chí Phụ sản, số đặc biệt, tr.33- 38.
5. Nguyễn Thị Ngọc Hải, Tôn Thất Phúc, Bùi Lập (2009) "Tình hình thai to và thái độ xử trí sản phụ chuyển dạ sinh thai to tại trung tâm Y tế huyện Hương Thủy, tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2009", Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
6. Nguyễn Thị Tuyết Anh (2006), "Phân tích các yếu tố liên quan đến cân nặng con", Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr.54-55.
7. Phan Thị Kim Ngân (2004), "Khảo sát tương quan cân nặng trẻ lúc sinh và tăng cân mẹ qua từng thời kỳ", Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế, tr.55-58.
8. Phan Xuân Khoa (2007), "Khảo sát một số yếu tố nguy cơ gây thai to tại

Bệnh viện Đại học Y Dược Cơ Sở 2", Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

9. American Congress of Obstetricians and Gynecologists (2001), "ACOG Issues Guidelines on Fetal Macrosomia", Practice Bulletin No.22, pp. 169- 170.

10. Cunningham et al (2011), "Fetal growth and development", "Fetal growth disorders", "Diabetes", Williams Obstetrics 23rd Edition, pp.842-857/1104-1126

11. 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.

12. Li N1, Li Q1, Chang L1, Liu C2 (2015), "Risk factors and clinical prediction of shoulder dystocia in non-macrosomia", Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi, 50(1), pp.17-21.

13. Mahin Najafian and Maria Cheraghi (2012), "Occurrence of Fetal Macrosomia Rate and Its Maternal and Neonatal Complications: A 5-Year Cohort Study", Article, ISRN Obstetrics and Gynecology, pp.353-791.

14. N.E. Stotland, A.B. Caughey, E.M. Breed, G.J. Escobar Corrigendum to (2005), "Risk factors and obstetric complications associated with macrosomia", Gynecol Obstet 87, pp.220-226.

15. Wang WP et al (2013), "Gestational weight gain and its relationship with the birthweight of offspring", Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi, 48(5), pp. 321-325.

16. Yadav H1, Lee N (2014), "Factors influencing macrosomia in pregnant women in a tertiary care hospital in Malaysia", J Obstet Gynaecol, 40(2), pp.439-444.