

PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH ĐẸ THAI TO TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TRONG NĂM 2012

Mai Trọng Dũng, Lê Hoài Chương
Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định tỷ lệ đẻ thai to tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong năm 2012; Nhận xét một số yếu tố liên quan giữa đẻ thai to với cách đẻ và một số bệnh lý thường gặp. **Đối tượng nghiên cứu:** tất cả các trường hợp đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong năm 2012. **Kết quả nghiên cứu:** tỷ lệ đẻ thai to tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2012 là 24,31%; tỷ lệ thai to trong nhóm mổ đẻ là 29,87%; tỷ lệ thai to trong nhóm đẻ forceps – ventous là 18,08%; tỷ lệ thai to trong nhóm đường âm đạo còn lại là 19,26%; mổ đẻ chiếm 58,86% số ca đẻ thai to; forceps - ventous chiếm 3,15% số ca đẻ thai to, đẻ thường chiếm 37,99% số ca đẻ thai to; có sự khác biệt về tỷ lệ đẻ thai to giữa các nhóm bệnh.

Từ khóa: Thai to

ABSTRACT

ANALYSIS OF FETAL MACROSOMIA DELIVERY

SITUATION IN NHOG IN 2012.

Objectives: identify the rate of larger birth weight in NHOG in 2012; Describe some risk factor of macrosomia fetal associated with delivery modes and some common diseases. **Materials and methods:** Retrospective descriptive on all cases delivered in in NHOG **Results:** Percentage of macrosomia delivery per all delivery: 24.31%; Percentage of macrosomia delivery per cesarean section: 29.87%; Percentage of macrosomia delivery per forceps-vacuum extraction: 18.08%. Percentage of macrosomia delivery per vaginal delivery: 19.26%; Percentage of cesarean section caused by macrosomia per all macrosomia delivery: 58.86%; vaginal macrosomia delivery per all macrosomia delivery: 37.99%. Instrument assisted to vaginal macrosomia delivery per 3.15% all macrosomia delivery. There is a difference of macrosomia delivery modes among medical disease groups.

Keywords: fetal macrosomia

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong suốt quá trình mang thai, trọng lượng thai nhi luôn là vấn đề được thai phụ và thầy thuốc quan tâm hàng đầu. Trọng lượng thai nhi cũng là một yếu tố rất quan trọng để thầy thuốc cân nhắc quyết định cách đẻ và để phòng các tai biến cho mẹ và con sau khi sinh.

Đối với các trường hợp thai to hay quá to, biến chứng trong và sau đẻ có thể gồm: mắc vai, đỡ tử cung, vỡ tử cung, suy hô hấp sơ sinh...

Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm hai mục tiêu

1. Xác định tỷ lệ đẻ thai to tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong năm 2012
2. Phân tích yếu tố liên quan giữa đẻ thai to với cách đẻ và một số bệnh lý thường gặp

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các trường hợp đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong năm 2012.

- **Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu mô tả, dữ liệu nghiên cứu được lấy tại kho hồ sơ Bệnh viện Phụ sản Trung ương

- Dữ liệu nghiên cứu được tính toán trên phần mềm SPSS 16.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA NHÓM NGHIÊN CỨU

3.1.1. Đặc điểm về độ tuổi

Độ tuổi trung bình	Tuổi(năm) + SD
Độ tuổi trung bình của nhóm đẻ thường	Độ : 27,2 + 4.81(13 - 47)
tuổi trung bình của nhóm mổ đẻ	: 29,5 + 4,83(16 - 54)
Độ tuổi trung bình của nhóm thai to	: 28,1 + 4.59(18 - 45)

Đối với nhóm đẻ thường, tuổi trung bình tính được là 27,2 tuổi. Tuổi thấp nhất là trường hợp thai phụ sinh năm 1999(13 tuổi), cao nhất là thai phụ sinh năm 1965(47 tuổi). Cả hai trường hợp này đều có trọng lượng thai < 2500g

Đối với nhóm mổ đẻ, tuổi trung bình tính được là 29,5 tuổi. Tuổi thấp nhất là trường hợp sinh năm 1997(15 tuổi), tuổi cao nhất là trường hợp sinh năm 1959(53tuổi) mang thai xin hoãn.

3.1.2. Đặc điểm về số lần đẻ

Bảng 1: Đặc điểm về tiền sử sản khoa.

Lần đẻ \ Trọng lượng	Thai <3500g(n)	Thai ≥ 3500g(n)	Tổng số(n)
Con so	7222	1624	8846
Con rạ	11722	4463	16185
Tổng số	18944	6087	25031

Trong các trường hợp con so, tỷ lệ đẻ thai to chiếm 18,6%. Trong các trường hợp con rạ, tỷ lệ đẻ thai to chiếm 27,6%. Sự khác biệt về tỷ lệ đẻ thai to giữa hai nhóm con so và con rạ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.2. TỶ LỆ ĐẸ THAI TO

Trong năm 2012, tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương có tổng số 6087 trường hợp đẻ thai ≥ 3500g trên tổng số 25031 ca đẻ, chiếm tỷ lệ 24,31%. Thai to nhất có trọng lượng 5500g.

Có tổng số 998 ca đẻ có trọng lượng thai ≥ 4000g chiếm tỷ lệ 3,99% tổng số đẻ năm 2012.

3.3. MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐẸ THAI TO VỚI CÁCH ĐẸ

3.3.1. Tỷ lệ các cách đẻ

Bảng 2: Tỷ lệ các cách đẻ

Cách đẻ \ Số lượng	Số ca đẻ (n)	Tỷ lệ(%)
Mổ đẻ	11996	47,92
Đẻ forceps - ventous	1062	4,24
Đẻ thường - đẻ thủ thuật khác	11973	47.84
Tổng số	25031	100

Tỷ lệ mổ đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2012 là 47,9%, tỷ lệ đẻ thủ thuật forceps hay ventous chiếm 4,24%, còn lại là các trường hợp đẻ đường dưới khác.

3.3.2. Mối liên quan giữa đẻ thai to với cách đẻ

Bảng 3: Tỷ lệ đẻ thai to giữa các cách đẻ.

Cách đẻ \ Trọng lượng	< 3500g(n)	≥ 3500g(n)	Tổng số(n)	Tỷ lệ thai to(%)
Mổ đẻ	8413	3583	11996	29,87
Đẻ forceps - ventous	870	192	1062	18,08
Đẻ thường - đẻ thủ thuật khác	9664	2309	11973	19,26
Tổng số	18944	6087	25031	24,31

Tỷ lệ đẻ thai to đối với các trường hợp mổ đẻ là 29,87%. Các trường hợp đẻ forceps - ventous, tỷ lệ đẻ thai to chiếm 18,08%. Các trường hợp đẻ đường âm đạo còn lại có tỷ lệ đẻ thai to là 19,26%. So sánh giữa các nhóm về tỷ lệ đẻ thai to đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Trong số 6087 các trường hợp đẻ thai trên 3500g thì mổ đẻ có 3583, chiếm 58,86%, forceps chiếm 3,15%, đẻ thường chiếm 37,99%.

3.3.3. Trọng lượng thai trung bình

Bảng 4: Trọng lượng thai trung bình.

Cách đẻ \ Trọng lượng	Trọng lượng thai trung bình (g) (Chỉ tính riêng các trường hợp ≥ 3500g)	Tính chung (g)
Mổ đẻ	3747,6 + 226,51	3295,2 + 523,91
Đẻ forceps - ventous	3690,1 + 163,67	3118,4 + 432,79
Đẻ thường - đẻ thủ thuật khác	3609,3 + 90,02	3031,6 + 603,15
Tổng số	3717,9 + 214,91	3139,5 + 586,43

Trọng lượng thai trung bình ở tất cả các trường hợp đẻ là 3139,5 + 586,43(g)

Đối với những trường hợp mổ đẻ, nếu chỉ xét riêng các trường hợp thai to thì trọng lượng bình quân là 3747,6g. Còn nếu xét tất cả các trường hợp mổ đẻ thì trọng lượng thai trung bình ngay khi sinh ra là 3295,2g

Nếu so sánh giữa các nhóm về các trường hợp đẻ thai to đều thấy có sự khác biệt với mức $p < 0,01$.

3.4. THAI TO VÀ MỘT SỐ BỆNH LÝ THAI SẢN HAY GẶP

3.4.1. Tỷ lệ một số bệnh lý thai sản hay gặp

Bảng 5: Một số bệnh lý thai sản hay gặp

Bệnh lý	Tổng số đẻ(n)	Tỷ lệ mắc (%)
Đái tháo đường	276	1,11
Tiền sản giật/cao huyết áp	1108	4,43
Bệnh lý tim	373	1,49
Rau tiền đạo	553	2,21

Tỷ lệ đẻ của bệnh lý đái tháo đường tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2012 là 1,11%. Tương tự như vậy tỷ lệ đẻ của nhóm bệnh lý tiền sản giật – cao huyết áp là 4,43%, nhóm mẹ bệnh lý tim là 1,49%, nhóm bệnh rau tiền đạo là 2,21%

3.4.2. Tỷ lệ đẻ thai to ở một số bệnh lý thai sản hay gặp

Bảng 6: Tỷ lệ đẻ thai to ở một số bệnh lý thai sản hay gặp

Bệnh lý	(n,%)	Thai to(n)	Tổng số đẻ(n)	Tỷ lệ (%)
Đái tháo đường		97	276	35,14
Tiền sản giật/cao huyết áp		114	1108	10,29
Bệnh lý tim		53	373	14,21
Rau tiền đạo		36	553	6,51

Tỷ lệ thai to ở nhóm bệnh đái tháo đường là 35,14%, ở nhóm bệnh tiền sản giật – cao huyết áp là 10,29%, ở nhóm bệnh tim là 14,21%, ở nhóm rau tiền đạo là 6,51%

4. BÀN LUẬN

4.1. VỀ TỶ LỆ ĐẸ THAI TO:

Chưa có dữ liệu báo cáo trong nước về tỷ lệ đẻ thai to ở các nghiên cứu trước đây. Chúng tôi cho rằng với 24,31% đẻ thai to trên 3500g là phù hợp với điều kiện của Việt Nam.

So sánh với các nghiên cứu của nước ngoài thì tỷ lệ đẻ thai to của chúng tôi thấp hơn. Nghiên cứu của Donahue S M (1) cho tỷ lệ đẻ những trẻ có trọng lượng $\geq 3500g$ là 35,77% và tỷ lệ đẻ những trẻ trọng lượng $\geq 4000g$ là 7,9%. Nghiên cứu của Falk C (2) cho tỷ lệ trẻ mới sinh $\geq 4000g$ là 9,6%. Có lẽ là do thể tạng của chúng ta nhỏ hơn, điều kiện chăm sóc y tế cũng như điều kiện dinh dưỡng chưa thể so sánh với nước ngoài nên tỷ lệ đẻ thai to thấp hơn.

Về tỷ lệ đẻ thai to giữa con so và con rạ: chúng tôi cho rằng tỷ lệ đẻ thai to của con rạ lớn hơn con so có ba nguyên nhân chính: thứ nhất là những bà mẹ mang thai con rạ có sự hiểu biết tốt hơn về thai sản, điều kiện dinh dưỡng tốt hơn so với bà mẹ mang thai lần đầu nên tỷ lệ mang thai to cũng cao hơn; thứ hai là những bà mẹ đã mổ lấy thai lần đầu luôn luôn sẵn tâm lý sẽ mổ lấy thai ở lần tiếp theo, do vậy mà họ sẽ ăn uống nhiều hơn và kết quả là thai sẽ lớn hơn; thứ ba là do tỷ lệ bệnh đái tháo đường cũng tăng dần theo tuổi của người mẹ mà nhóm bệnh này có tỷ lệ đẻ thai to khá cao. Nghiên cứu này cũng phù hợp với các báo cáo của Lunde A, Donehue SM(3,1).

4.2. VỀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐẸ THAI TO VỚI CÁC CÁCH ĐẸ:

Nghiên cứu cho thấy trong các trường hợp mổ đẻ có tỷ lệ thai to là 29,87%, cao nhất trong các nhóm nghiên cứu, có lẽ là do khi được chẩn đoán là thai to thai phụ sẵn có tâm lý mổ đẻ và thấy

thuốc cũng sẵn sàng chấp nhận thực hiện hơn vì sự an toàn của sản phụ và của chính thầy thuốc.

Đối với những trẻ sau đẻ có trọng lượng trên 3500g: trọng lượng trung bình của trẻ sau sinh ở nhóm mổ đẻ khá cao và có độ giao động lớn hơn so với nhóm đẻ đường âm đạo. Có khoảng 1/5 số trẻ đẻ đường âm đạo là trẻ nặng cân(19,26%) và chủ yếu trọng lượng xung quanh ngưỡng 3500g – 3700g, đây là ngưỡng không quá cao và có thể cân nhắc đẻ đường dưới nếu cuộc đẻ diễn biến thuận lợi, khung chậu thai phụ phù hợp và điều kiện theo dõi cho phép. Còn với các trường hợp mổ đẻ thì có khoảng 1/3(29,87%) là trẻ nặng cân và ngưỡng trọng lượng chủ yếu khoảng từ 3500g - 4000g.

4.3. VỀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA THAI TO VÀ MỘT SỐ BỆNH LÝ HAY GẶP

- Đối với nhóm bệnh lý đái tháo đường: tỷ lệ đái tháo đường trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,11%, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Sebire NJ(4) với tỷ lệ là 10,9%. Có lẽ do Bệnh viện Phụ sản Trung ương đã phải tiếp nhận thai phụ ở nhiều tuyến khác nhau mà không phải thai phụ nào cũng được khám thai đầy đủ

Tỷ lệ đẻ thai to ở nhóm bệnh lý đái đường chiếm 35,14% cao hơn nhiều so với mức bình quân của tất cả các trường hợp đẻ (24,31%) điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Edwards(5), nghiên cứu của Cedergren(6)

- Đối với nhóm bệnh tiền sản giật – cao huyết áp: tỷ lệ thai phụ bị tiền sản giật – cao huyết áp của chúng tôi là 4,43% , phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây là khoảng từ 3 – 5%.

Tỷ lệ thai to ở nhóm bệnh lý này là 10,29%, chủ yếu là nằm ở nhóm bệnh nhân đái đường có biến chứng cao huyết áp

- Đối với nhóm bệnh lý rau tiền đạo: tỷ lệ mắc của chúng tôi là 2,21% cũng tương đương với nhiều nghiên cứu trước đây, từ 1 – 3% số phụ nữ mang thai

Tỷ lệ đẻ thai to ở nhóm bệnh rau tiền đạo thấp nhất trong các nhóm là vì rau tiền đạo thường phải đình chỉ thai nghén sớm, thai phụ mất máu trong quá trình mang thai làm dinh dưỡng cho thai ít đi.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đẻ thai to tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2012 là 24,31%.

Tỷ lệ thai to trong nhóm mổ đẻ là 29,87%; các trường hợp đẻ forceps – ventous là 18,08%; các trường hợp đẻ đường âm đạo còn lại là 19,26%. Trong số những trường hợp thai to thì mổ đẻ chiếm 58,86%, thủ thuật forceps - ventous chiếm 3,15%, đẻ thường chiếm 37,99%.

Tỷ lệ bệnh lý đái tháo đường khi mang thai là 1,11%, các nhóm bệnh còn lại có tỷ lệ tương đương nghiên cứu khác. Có sự khác biệt về tỷ lệ đẻ thai to giữa các nhóm bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Donahue SM. Trends in birth weight and gestational length among singleton term births in the United States: 1990-2005. *Obstetrics & Gynecology*, Volume: 115 Issue: 2 Pt 1 (2010-02-01) p. 357-64.
2. Falk C, Falk S, Strobel E. Overweight newborn infants--incidence, causes and clinical significance. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1989 Jun;49(6):536-41.
3. Lunde A, Melve KK, Gjessing HK. Genetic and environmental influences on birth weight, birth length, head circumference, and gestational age by use of population-based parent-offspring data. *Am J Epidemiol.* 2007 Apr 1;165(7):734-41.
4. Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, Wadsworth J, Joffe M, Beard RW, Regan L, Robinson S. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2001 Aug;25(8):1175-82.
5. EDWARDS, LAURA E. MD; HELLERSTEDT, WENDY L. MPH, PhD; ALTON, IRENE R. MS, RD; STORY, MARY PhD; HIMES, JOHN H. PhD, MPH. Pregnancy Complications and Birth Outcomes in Obese and Normal-Weight Women: Effects of Gestational Weight Change. *Obstetrics & Gynecology.* 87(3):389-394, March 1996.
6. Cedergren MI. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* 2004;103:219–24.