

- Thảo, Đinh Thị Thái, et al.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng răng khôn hàm dưới mọc lệch theo Parant II-III. VMJ. 2023;525(1B). doi:10.51298/vmj.v525i1B.5098.
2. **Santos KK, Lages FS, Maciel CAB, et al.** Prevalence of Mandibular Third Molars According to the Pell & Gregory and Winter Classifications. J Maxillofac Oral Surg. 2022;21(2):627-633. doi:10.1007/s12663-020-01473-1.
 3. **Nguyễn Quang Khải, Nguyễn Phú Thắng.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng răng khôn hàm dưới mọc lệch theo Parant II. VMJ. 2022;520(2). doi:10.51298/vmj.v520i2.4173.
 4. **Hà Ngọc Chiêu, Nguyễn Đình Phúc, Nguyễn Mạnh Cường, et al.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm. VMJ. 2023;526(2). doi:10.51298/vmj.v526i2.5584.
 5. **Lambade P, Dawane P, Mali D.** Assessment of Difficulty in Mandibular Third Molar Surgery by Lambade-Dawane-Mali's Index. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2023;81(6):772-779. doi:10.1016/j.joms.2023.02.013.
 6. **Phạm Hải Đăng, Nguyễn Văn Lâm, Lâm Nhựt Tân.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xquang và đánh giá kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch kết hợp sử dụng dexamethasone dạng tiêm ở bệnh nhân tại bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ, năm 2021-2022. ctump. 2022;(54):181-188. doi:10.58490/ctump.2022i54.376
 7. **Ku JK, Chang NH, Jeong YK, et al.** Development and validation of a difficulty index for mandibular third molars with extraction time. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2020;46(5):328-334. doi:10.5125/jkaoms.2020.46.5.328.
 8. **Hà Việt Quan, Lâm Nhựt Tân, Nguyễn Thị Trúc Chi, et al.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật răng khôn hàm dưới lệch, ngầm tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Hóc Môn năm 2023-2024. ctump. 2024; (71): 124-131. doi:10.58490/ctump. 2024i71.2352.
 9. **Ahmed HA, López-López J, Egidio-Moreno S, et al.** A. Mandibular Third Molar Impaction and Bone Change Distal to the Second Molar: A Panoramic Radiographic Study. J Clin Med. 2024;13(3):906. doi:10.3390/jcm13030906.

KẾT CỤC THAI KỲ CỦA SẢN PHỤ MANG THAI TO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VINH LONG

Hồ Thị Thu Hằng^{1,2}, Nguyễn Thị Kim Quyên³, Trần Thái Thanh Tâm²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phụ nữ mang thai to có nguy cơ cao gặp phải các biến chứng bất lợi như sinh mổ và biến chứng ở mẹ hoặc trẻ sơ sinh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đặc điểm kết cục thai kỳ của sản phụ mang thai to tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Long. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả các sản phụ đến sinh ở tuần thứ 37 trở lên của thai kỳ tại khoa Sản, bệnh viện Đa Khoa tỉnh Vĩnh Long từ tháng 9/2022 đến tháng 06/2023 thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ sinh mổ ở nhóm thai to cao gấp 2,4 lần so với nhóm thai bình thường. Các nguyên nhân chủ yếu là: Đau vết mổ cũ, mổ chủ động, suy thai và chuyển dạ đình trệ. Tỷ lệ băng huyết sau sinh và rách tầng sinh môn IIIa của nhóm thai to chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm thai bình thường sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ mổ chủ động còn tương đối cao, tỷ lệ băng huyết sau sinh và rách tầng sinh môn IIIa tăng dần khi cân nặng của trẻ sơ sinh tăng.

Từ khóa: thai to, băng huyết, rách tầng sinh môn, kết cục.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PREGNANCY OUTCOMES OF PREGNANT WOMEN WITH MACROSOMIA AT VINH LONG GENERAL HOSPITAL

Background: Women with macrosomic pregnancies are at higher risk of adverse outcomes such as cesarean delivery and maternal or neonatal complications. **Objectives:** Characteristics of pregnancy outcomes of pregnant women with macrosomia at Vinh Long General Hospital. **Materials and methods:** All pregnant women who gave birth at the 37th week of pregnancy or later at the Obstetrics Department, Vinh Long General Hospital from September 2022 to June 2023 met the sampling criteria and agreed to participate in the study. **Results:** The rate of cesarean section in the large fetus group was 2.4 times higher than that in the normal fetus group. The main causes were: old surgical wound pain, elective surgery, fetal distress and delayed labor. The rate of postpartum hemorrhage and grade IIIa perineal tear in the large fetus group was higher than that in the normal fetus group, the difference was statistically significant with $p < 0.05$. **Conclusion:** The rate of elective cesarean section is still relatively high, the rate of postpartum hemorrhage and grade IIIa perineal tear increases as the weight of the newborn increases.

Keywords: macrosomia, postpartum hemorrhage, perineal tear, outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mang thai và sinh con là một hành trình thiêng liêng, đầy ngọt ngào những cũng ẩn chứa

¹Sở Y tế Vĩnh Long

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Bệnh Viện Triều An

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Thanh Tâm

Email: tttam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2025

Ngày duyệt bài: 8.5.2025

hiều nguy cơ. Cuộc sống của người dân ngày càng được nâng cao và phát triển nên cũng dẫn đến việc bồi bổ quá mức cho cả mẹ và con trong quá trình mang thai. Từ đó dẫn đến một hệ lụy là sinh con to. Sinh con to được các nhà sản khoa xem là một yếu tố bất lợi và gây ra nhiều biến chứng cho cả thai phụ và trẻ sơ sinh [1], [2]. Mặc dù việc chẩn đoán sinh con to không khó nhờ có phương pháp siêu âm. Phương pháp này đem lại hiệu quả rất tốt trong thăm khám, theo dõi và tiên lượng thai, tuy nhiên lại phụ thuộc rất nhiều về kĩ năng chuyên môn của người làm siêu âm và sai số kỹ thuật của các loại máy siêu âm khác nhau [3]. Từ đó dẫn đến nhiều ca không được chẩn đoán đúng. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm tìm hiểu sự ảnh hưởng của mang thai to đến sức khỏe của thai phụ và trẻ sơ sinh, từ đó giúp chẩn đoán một cách chính xác tình trạng này: *"Đặc điểm kết cục thai kỳ của sản phụ mang thai to tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Vĩnh Long"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các sản phụ đến sinh từ tuần thứ 37 trở lên của thai kỳ tại khoa Sản, bệnh viện Đa Khoa tỉnh Vĩnh Long từ tháng 9/2022 đến tháng 06/2023

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu.** Các sản phụ nhập viện sinh ở thai kỳ từ 37 tuần trở lên (tuổi thai theo kinh chót hoặc siêu âm 3 tháng đầu); Ngồi đầu; Các sản phụ có mang theo hồ sơ khám thai đầy đủ thông tin cần thiết

Sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ**

- + Đa thai.
- + Thai chết lưu.
- + Thai có dị tật bẩm sinh
- + Không thể xác định tuổi thai
- + Sản phụ bị rối loạn hành vi, tâm thần.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

+ Địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành tại khoa Sản, bệnh viện Đa Khoa tỉnh Vĩnh Long.

+ Thời gian nghiên cứu: từ tháng 09/2022 đến tháng 06/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ. Nghiên cứu có 1500 sản phụ mang thai từ 37 đồng ý tham gia trong nghiên cứu

- **Nội dung nghiên cứu:**

- + Đặc điểm trên lâm sàng của đối tượng

nghiên cứu: trọng lượng thai, tỉ lệ thai to theo cân nặng và giới tính.

+ Đặc điểm kết cục thai kỳ của mẹ và các yếu tố liên quan: phương pháp sinh, lý do mổ, tình trạng mẹ sau sinh, máu mất trong các trường hợp thai to sinh ngã âm đạo.

- **Phương pháp thu thập số liệu:**

+ Sản phụ nhập viện khoa Sản sẽ được lấy thông tin cá nhân (tuổi, nơi sinh sống; cân nặng, chiều cao trước mang thai và hiện tại), tình trạng thai kỳ và kết quả siêu âm tại viện thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu (Lưu ý chỉ lấy siêu âm trong khoảng 72 giờ vì trong vòng 1 tuần ở 3 tháng cuối thai kỳ, cân nặng thai sẽ tăng khoảng 200-250 gram).

+ Sau khi sinh thường hay mổ, các thông tin về cuộc sinh và tình trạng bé được ghi nhận bởi hộ sinh theo bảng thu thập số liệu. Cân nặng bé được thực hiện ngay sau khi sinh. Phương pháp cân bé: trẻ được quấn trong vải để ủ ấm khi đưa lên bàn cân. Tổng trọng lượng của vải và kẹp rốn được đo là 200 gram. Cân nặng trẻ là số đo mặt bàn cân cơ học trừ đi 200.

+ Các trường hợp có cân nặng sơ sinh (CNSS) ≥ 3500 gram được chọn để phân tích tỉ lệ thai to, và xác định một số yếu tố liên quan.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Tất cả thông tin đều được mã hóa và bảo mật. Nghiên cứu chỉ được thực hiện sau khi thông qua và cho phép của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, số 21.161.HV/PCT-HĐĐĐ, ngày 29 tháng 7 năm 2022.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được phân tích và thống kê bằng phần mềm Spss 20.0. Biến định tính được trình bày bằng tần số, tỉ lệ. Biến định lượng được mô tả bằng trung bình, độ lệch chuẩn. Các phép kiểm định có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm trên lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. 1306 trường hợp sản phụ mang thai có 541 trẻ sinh ra có có trọng lượng ≥ 3500 gram. Tỉ lệ thai to trong nghiên cứu là 36,1%, cụ thể: có 484 trẻ sơ sinh chiếm tỉ lệ 32,3% và 57 trẻ có trọng lượng ≥ 4000 gram chiếm 3,8%; có tổng 270 trẻ trai chiếm 49,9% và 271 trẻ gái (50,1%). Một số đặc điểm kết cục thai kỳ của mẹ được ghi nhận.

3.2. Đặc điểm kết cục thai kỳ của mẹ và các yếu tố liên quan

Bảng 3.1. Đặc điểm phương pháp sinh

Đặc điểm	3500-4000gr N(%)	Cân nặng sơ sinh ≥ 4000 gr N(%)	OR KTC (95%)	p (x2)
----------	---------------------	---	--------------	--------

Sinh ngã âm đạo	123 (25,4)	7 (12,3)	2,4 (1,0-5,5)	0,02 (4,8)
Sinh mổ	361 (74,6)	50 (87,7)		
Tổng	484 (100)	57 (100)		

Nhận xét: Nhóm CNSS 3500-4000 có tỉ lệ sinh ngã âm đạo cao gấp 2,4 lần nhóm có CNSS ≥ 4000 gram. Không có trường hợp nào sinh giúp trong nhóm thai to

Bảng 3.1. Đặc điểm về lý do mổ

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Chuyển dạ đình trệ	28	6,8
Suy thai	68	16,5
Đau vết mổ cũ	193	46,9
Mổ chủ động	122	29,8
Tổng	411	100

Nhận xét: Các trường hợp mổ chủ động chiếm 29,8%. Trong các lý do mổ cấp cứu, chiếm tỉ lệ nhiều nhất là đau vết mổ cũ chiếm 46,9%, kế đó là suy thai với 16,5% và thấp nhất là chuyển dạ đình trệ với 28 trường hợp chiếm tỉ lệ 6,8%.

Bảng 3.3. Đặc điểm tình trạng mẹ sau sinh

Tình trạng mẹ	3500-4000 gram N (%)	≥ 4000 gram N (%)	OR KTC (95%)	p (x ²)
Bảng huyết sau sinh				
Có	38 (7,8)	13 (22,8)	0,2 (0,1-0,8)	0,001 (13,3)
Không	446 (92,2)	44 (77,2)		
Tổng	484 (100)	57 (100)		
Nhiễm trùng hậu sản				
Có	11 (8,9)	1 (14,3)	0,5 (0,06-5,3)	0,63 (0,2)
Không	112 (91,1)	6 (85,7)		
Tổng	123 (100)	7 (100)		
Rách tầng sinh môn IIIa				
Có	1 (0,8)	1 (14,3)	0,49 (0,03-0,885)	0,005 (7,9)
Không	122 (99,2)	6 (85,7)		
Tổng	123	3		

Nhận xét: Tỉ lệ bảng huyết sau sinh trong nhóm CNSS 3500-4000 gram là 7,8% thấp hơn nhóm CNSS ≥ 4000 gram là 22,8%, khác biệt có ý nghĩa với $p=0,001$; trong nhóm thai to sinh ngã âm đạo, tỉ lệ nhiễm trùng hậu sản của CNSS ≥ 4000 gram cao hơn nhóm CNSS 3500-4000 gram (14,3% so với 8,9%). Tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa với $p=0,63$; có 2 trường hợp rách tầng sinh môn độ IIIa, làm cho tỉ lệ này ở nhóm CNSS ≥ 4000 gram cao hơn nhóm CNSS ≥ 4000 gram (14,3% so với 0,8%), khác biệt có ý nghĩa với $p=0,005$.

Bảng 3.4. Môi tương quan giữa cân nặng thai và phương pháp sinh

Cân nặng	Sinh ngã âm đạo n (%)	Sinh mổ n (%)	Tổng n (%)
3500-<4000 gram	123 (94,6)	361 (87,8)	484(89,5)

≥ 4000 gram	7 (5,4)	50 (12,2)	57 (10,5)
Tổng	130 (24)	411 (76)	541 (100)

$p=0,03$, $OR=2,4$, KTC 95%[1 – 5,5]

Nhận xét: Trong các trường hợp sinh ngã âm đạo, đa phần có CNSS từ 3500 đến dưới 4000 gram chiếm tỉ lệ 94,6%, CNSS ≥ 4000 chỉ có 7 trường hợp sinh thường chiếm 5,4%. CNSS ≥ 4000 gram có tỉ lệ sinh mổ gấp 2,4 lần nhóm thai to có CNSS từ 3500 đến dưới 4000 gram, khác biệt có ý nghĩa với $p<0,05$.

Bảng 3.5. Đặc điểm máu mất trong các trường hợp thai to sinh ngã âm đạo

Máu mất sau sinh	3500-4000 gram n(%)	≥ 4000 gram n(%)	Tổng n(%)
<500 ml	110(89,4)	5(71,4)	115(88,5)
500-999ml	13(10,6)	1(14,3)	14(10,8)
≥ 1000 ml	0	1(14,3)	1(0,7)
Tổng	123(94,6)	7(5,4)	130(100)

$P<0,000$, $\chi^2=17,8$

Nhận xét: Máu mất sau sinh từ 500-990ml nhóm 3500-4000 gram chiếm tỉ lệ 10,6%, không có trường hợp nào mất máu >1000 ml. Có 1 trường hợp máu mất >1000 ml ở nhóm CNSS ≥ 4000 gram. Sự khác biệt lượng máu mất giữa 2 nhóm CNSS có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm trên lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Qua nghiên cứu 1306 trường hợp sản phụ mang thai, chúng tôi ghi nhận được tỉ lệ sinh mổ ở nhóm thai to là 87,7%, trong khi đó ở nhóm thai thường chỉ là 74,6%. So với nhóm thai thường, nhóm thai to có nguy cơ sinh mổ cao gấp 2,4 lần ($p=0,03$). Tác giả Małgorzata Lewandowska, tỉ lệ mổ lấy thai tăng gấp 4,1 lần ở nhóm thai to [4]. Tỉ lệ mổ lấy thai của chúng tôi cao hơn của Quan Kim Phụng (64,1%) và Trần Thị Hạnh (70,26%) [1, [3]. Hiện nay, các nhà sản khoa thường sẽ đề nghị cho các sản phụ mổ lấy thai để tránh tình trạng gãy xương đòn ở trẻ sơ sinh hay là rách tầng sinh môn IIIa. Các tác giả Quan Kim Phụng và Trần Thị Hạnh cũng cho thấy rằng sinh mổ làm giảm tỉ lệ gãy xương đòn đến 0,099 lần so với sinh ngã âm đạo [1], [3].

4.2. Đặc điểm kết cục thai kỳ của mẹ và các yếu tố liên quan. Theo ACOG, yếu tố nguy cơ chính của các bà mẹ mang thai to là mổ lấy thai. Điều đó cho thấy rằng tỉ lệ mổ lấy thai càng cao và tỉ lệ sinh ngã âm đạo càng thấp khi cân nặng thai càng cao, nghiên cứu của tác giả Tamara Margit cũng ủng hộ điều này [5].

Trong nhóm thai to sinh mổ, lý do xin mổ lấy thai chủ động chiếm 29,8%, đau vết mổ cũ chiếm 46,9%, suy thai chiếm 16,5% và chuyển

dạ đình trệ chiếm 6,8%. Tỷ lệ xin mổ lấy thai chiếm tỉ lệ khá cao, cao hơn cả nguyên nhân suy thai và chuyển dạ đình trệ. Từ đó làm tăng giả tỉ lệ mổ lấy thai mà không có chỉ định thật sự do bất đối xứng đầu chậu vì thai to. Nguyên nhân điều này có lẽ do sự phát triển của gáy tử cung và giảm đau sau mổ hoặc là yếu tố tâm lý của sản phụ. Vì vậy để giảm thiểu tỉ lệ này, cần phải giải thích được các nguy cơ sinh mổ và sinh thường trên thai to, đồng thời cũng giải thích được các điểm lợi do phương pháp sinh mang lại để thai phụ an tâm và tăng độ chính xác trong tiền lượng trọng lượng thai trước sinh.

Về đặc điểm tình trạng mẹ sau sinh, chúng tôi ghi nhận 51 ca băng huyết sau sinh,

2 ca rách tầng sinh môn độ IIIa, 12 ca nhiễm trùng hậu sản. Trong đó nhóm thai to chiếm tỉ lệ cao hơn nhóm thai bình thường về băng huyết sau sinh và rách tầng sinh môn độ IIIa, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu của tác giả Trần Thị Hạnh cũng cho thấy: tỉ lệ băng huyết sau sinh là 17 trường hợp chiếm 4,47% trong đó có 14 ca sinh thường và 3 ca mổ lấy thai. Nhóm thất động mạch tử cung trong mổ lấy thai là 81 trường hợp. Cũng trong nhóm sinh thường, tác giả ghi nhận 3 trường hợp rách tầng sinh môn độ IIIa (tỉ lệ 2,65%), 45 ca nhiễm trùng sau sinh chiếm 11,84% [6]. Theo nghiên cứu của tác giả Võ Thị Mỹ Dung cho thấy rằng đỡ tử cung là nguyên nhân hàng đầu cho tình trạng băng huyết sau sinh [7]. Điều này thường được giải thích là do thai quá to khiến cho cơ tử cung giãn, lâu dần khiến cơ tử cung đỡ đi. Khi sinh, cơ tử cung không kịp co lại, từ đó không kịp cầm máu dẫn đến băng huyết sau sinh. Tác giả Võ Thị Mỹ Dung cũng khẳng định rằng thai to là yếu tố nguy cơ chính cho tình trạng băng huyết sau sinh. Vì vậy, đây là 1 vấn đề mà các nhà sản khoa cần phải lưu ý khi tiếp cận sản phụ mang thai to, từ đó đưa ra phương án xử trí phù hợp.

Rách tầng sinh môn là một biến chứng thường gặp khi sinh qua ngã âm đạo. Vì vậy tỉ lệ sản phụ gặp phải tình trạng này sẽ phụ thuộc rất nhiều vào kích thước của trẻ khi sinh. Theo kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Thùy Trang tại Bệnh viện Hùng Vương năm 2021 cũng cho thấy rằng tỉ lệ tổn thương tầng sinh môn khi sinh qua ngã âm đạo ở nhóm trẻ trên 3000gr cao hơn gấp 1,3 lần so với nhóm trẻ dưới 3000gr, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [8]. Tuy kết quả này không có trường hợp nào rách tầng sinh môn độ IIIa trở lên, điều này là do khác biệt về điều kiện chọn mẫu và phương

pháp giữ nguyên tầng sinh môn được áp dụng vào nghiên cứu. Nhưng điều này cũng cho thấy được xu hướng tổn thương tầng sinh môn sẽ càng nặng hơn khi cân nặng của trẻ càng lớn.

Trong các trường hợp thai to sinh thường chúng tôi thấy rằng: máu mất sau sinh trong nhóm ≥ 4000 gram cao hơn nhóm 3500-4000 gram. Theo nghiên cứu của Sabrina Pillai, trọng lượng thai của 3 nhóm 4000-4499, 4500-4999 và ≥ 5000 gram so với nhóm cân nặng < 4000 gram làm tăng tỉ lệ mất máu sau sinh với OR lần lượt là 1,75, 2,12 và 5,18 lần. Tỉ lệ băng huyết của 3 nhóm tương đương 4,2%, 5,2%, và 10,3% so với nhóm thai thường là 2,7%[9]. Nghiên cứu của Sahruh Turkmen: nhóm thai to có thể tích máu mất, thời gian chuyển dạ dài hơn và tỉ lệ rách tầng sinh môn phức tạp cao hơn [10].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ thai to ngày càng tăng khi xã hội càng phát triển. Từ đó gây ra nhiều bất lợi cho thai phụ khi sinh và những tổn thương không đáng có trên trẻ sơ sinh. Trong đó, băng huyết sau sinh và rách tầng sinh môn phức tạp là những tình trạng các nhà sản khoa phải đặc biệt lưu ý khi tiếp cận các thai phụ mang thai to trên 4000gr. Vì thế, cần thiết phải tư vấn cho những phụ nữ chuẩn bị mang thai về những vấn đề về dinh dưỡng và lập kế hoạch mang thai một cách hợp lý. Đối với những thai phụ trong giai đoạn 3 tháng cuối cần đặc biệt kiểm soát tăng cân và đường huyết. Đối với các nhà sản khoa nên kết hợp cả lâm sàng và siêu âm để ước lượng trọng lượng thai, từ đó đưa ra các chỉ định phù hợp nhằm tránh các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Hạnh** (2019), Tỉ lệ gãy xương đòn và các yếu tố liên quan ở thai phụ sinh con ≥ 4000 gram tại Bệnh Viện Từ Dũ, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Savas Menticoglou** (2018), "Shoulder dystocia: incidence, mechanisms, and management strategies", *International Journal of Women's Health*, 10(2), pp723 - 732. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S175088>.
3. **Quan Kim Phụng** (2016), Tỉ lệ và các yếu tố liên quan thai to tại bệnh viện Phụ Sản Thành Phố Cần Thơ, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Małgorzata Lewandowska** (2021), "The Role of Maternal Weight in the Hierarchy of Macrosomia Predictors; Overall Effect of Analysis of Three Prediction Indicators", *Nutrients*, 13(801), pp 1-6. <https://doi.org/10.3390/nu13030801>
5. **Tamara Margit Jutta Pahlitzsch Geburtsh Frauenheilk** (2019), "Influence of Foetal Macrosomia on the Neonatal and Maternal Birth

- Outcome", GebFra Science, 13(79), pp1191-1198. <https://doi.org/10.1055/a-0880-6182>
6. **Trần Thị Hạnh** (2019), Tỷ lệ gãy xương đòn và các yếu tố liên quan ở thai phụ sinh con ≥ 4000 gram tại Bệnh Viện Từ Dũ, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
 7. **Võ, Thị Mỹ Dung, và Trương Quang Vinh** (2023). "Nghiên cứu các nguyên nhân bằng huyết sau sinh và kết quả điều trị tại Bệnh viện đa Khoa tỉnh Ninh Thuận". Tạp Chí Phụ sản 20 (4), 50-55. <https://doi.org/10.46755/vjog.2022.4.1364>.
 8. **Hoàng Thị Thủy Trang, Hoàng Thị Huệ, Nguyễn Ngọc Bảo Hân, và cộng sự.** 2023. "Tỷ lệ tổn thương tầng Sinh môn của phương pháp giữ tầng Sinh môn Trong Sinh Ngả âm đạo tại Bệnh viện Hùng Vương năm 2021". Tạp Chí Phụ sản 20, tr 38-42. <https://doi.org/10.46755/vjog.2022.4.1549>.
 9. **Sabrina Pillai** (2020), "Fetal macrosomia in home and birth center births in the United States: Maternal, Fetal and newborn outcomes", Birth, 47(4), pp 409-417. <https://doi.org/10.1111/birt.12506>.
 10. **Sahruh Turkmen, Simona Johansson and Marju Dahmoun** (2018), "Foetal Macrosomia and Foetal – Maternal Outcomes at Birth", Journal of Pregnancy, 14(2), pp1-9. <https://doi.org/10.1155/2018/4790136>

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU DƯỚI NHỆN DO VỠ PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO

Trần Hữu Thông¹, Lương Quốc Chính¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não. **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 200 bệnh án của bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não điều trị tại trung tâm Đột quy và khoa Phẫu thuật thần kinh từ tháng 8 năm 2023 đến hết tháng 8 năm 2024. **Kết quả:** tuổi trung bình của bệnh nhân là 59, nữ giới chiếm đa số 54,5%, bệnh hay gặp người có tiền sử tăng huyết áp (46,5%). Triệu chứng khởi phát thường gặp là đau đầu, chiếm 88,5%. Tại thời điểm nhập viện, dấu hiệu thần kinh khu trú hay gặp nhất là cứng cổ, chiếm 50,5%, vị trí túi phình thường gặp nhất nằm ở tuần hoàn não trước, chiếm 81,5%. Về mức độ nặng của bệnh, đa số bệnh nhân nhập viện với WFNS độ I chiếm 59% và 69,6% bệnh nhân có kết quả tốt. Khi phân loại mức độ nặng của bệnh theo thang điểm Hunt & Hess, mức độ II chiếm đa số với 54,5% và 69,3% bệnh nhân có kết quả tốt. **Kết luận và khuyến nghị:** việc phối hợp chặt chẽ giữa lâm sàng và hình ảnh học là cần thiết để phát hiện kịp thời các biến chứng sau chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não. **Từ khóa:** Chảy máu dưới nhện, vỡ phình động mạch não.

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL AND IMAGING CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SUBARACHNOID HEMORRHAGE DUE TO RUPTURED ANEURYSMS CERABRAL VESSEL

Purpose: To describe the clinical and imaging characteristics of patients with subarachnoid hemorrhage due to ruptured aneurysms cerebral

vessel. **Design:** Retrospective study. **Methods:** Study on 200 medical records of subarachnoid hemorrhage due to ruptured aneurysms cerebral vessel patients admitted to the Stroke Center and the Department of Neurosurgery from August 2023 to August 2024. **Main findings:** Of these patients (mean age 59; 54,5% women), previous hypertension was common disease (46.5%). The most common initial symptom was headache, accounting for 88.5%. At admission, the most common focal-neurological sign was stiff neck, accounting for 50.5%, and the most common location of the aneurysm was in the anterior cerebral circulation, accounting for 81.5%. Regarding the severity of the disease, 59% of patients were grade I of WFNS, and 69.6% of them had good outcomes. According to the Hunt & Hess scale, grade II accounted for the majority, with 54.5%, and 69.3% of patients had good outcomes. **Conclusion and recommendations:** the coordination between clinical and imaging diagnostics is necessary to promptly detect complications following subarachnoid hemorrhage due to ruptured aneurysms cerebral vessel. **Keywords:** subarachnoid hemorrhage, ruptured aneurysms cerebral vessel.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu dưới nhện (CMDN) chiếm tỉ lệ 5% trong các ca đột quy não, trong đó 80% trường hợp chảy máu dưới nhện là do vỡ phình động mạch não [1]. Các nghiên cứu về CMDN do vỡ phình động mạch não cho thấy tỉ lệ tử vong chung khoảng 50%, với 10% bệnh nhân tử vong trước khi đến bệnh viện, 25% tử vong trong vòng 24 giờ kể từ khi khởi phát CMDN và 45% tử vong trong vòng 30 ngày [2].

Chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não có tiên lượng xấu vì các biến chứng của nó, các biến chứng nguy hiểm bao gồm chảy máu tái phát, thiếu máu não muộn, giãn não thất. Trong đó chảy máu tái phát là biến chứng nguy hiểm

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Thông

Email: thongccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2025

Ngày duyệt bài: 8.5.2025