

giáp độ 2 và độ 3 so với nhóm trẻ có bướu giáp độ 1, nồng độ TRAb tương quan nghịch với chỉ số TSH ở giai đoạn duy trì. Cần đánh giá toàn diện mức độ bướu giáp, theo dõi các chỉ số xét nghiệm gồm có FT₄, T₃, TSH và TRAb trong quá trình theo dõi bệnh Grave's để đưa ra quyết định lâm sàng chính xác và điều trị hiệu quả người bệnh bằng phương pháp nội khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2015). "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Nội tiết – Chuyển hoá," kcb.vn. Accessed: Apr. 13, 2025. [Online]. Available: <https://kcb.vn/thu-vien-tai-lieu/huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-benh-noi-tiet-chuyen-hoa.html>
2. **F. Kaguelidou, et al** (2008). Predictors of autoimmune hyperthyroidism relapse in children after discontinuation of antithyroid drug treatment. *J Clin Endocrinol Metab*, vol. 93, no. 10, pp. 3817–3826, doi: 10.1210/jc.2008-0842.
3. **J. Léger, I. Oliver, D. Rodrigue, A.-S. Lambert, and R. Coutant** (2018). Graves' disease in children. *Ann Endocrinol (Paris)*, vol. 79, no. 6, pp. 647–655, doi: 10.1016/j.ando.2018.08.001.
4. **M. Q. Meena** (2022). Sensitivity and specificity of clinical diagnosis of Graves' disease and non-Graves' disorders compared to serum TSH receptor antibodies. *Zanco Journal of Medical Sciences (Zanco J Med Sci)*, vol. 26, no. 1, pp. 13–21, doi: 10.15218/zjms.2022.002.
5. **Hùng N. M** (2015). Nghiên cứu mối liên quan giữa tự kháng thể TRAb và một số thông số sinh học đến kết quả điều trị bệnh Bệnh Grave's bằng Methimazole ở trẻ em. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
6. **D. Boiro, et al** (2017). Hyperthyroidism in children at the University Hospital in Dakar (Senegal). *Pan Afr Med J*, vol. 28, p. 10, doi: 10.11604/pamj.2017.28.10.13396.
7. **C. F. Mooij, et al** (2022). 2022 European Thyroid Association Guideline for the management of pediatric Graves' disease. *Eur Thyroid J*, vol. 11, no. 1, p. e210073, doi: 10.1530/ETJ-21-0073.
8. **R. S. Bahn Chair, et al** (2011). Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. *Thyroid*, vol. 21, no. 6, pp. 593–646, doi: 10.1089/thy.2010.0417.

TỶ LỆ THAI TO VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TIỀN GIANG NĂM 2024 – 2025

Lâm Đức Tâm¹, Trần Việt Toàn²,
Đoàn Thanh Điền¹, Phạm Đức Lộc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ thai to và khảo sát một số yếu tố liên quan đến thai to ở sản phụ đến sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Tiền Giang. **Phương pháp nghiên cứu:** Một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện từ tháng 04/2024 đến tháng 02/2025. **Kết quả:** Có 1077 thai phụ tham gia nghiên cứu, có 44 trường hợp thai to $\geq 4000g$ chiếm tỷ lệ 4,09%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với thai to là: tuổi ≥ 35 tuổi (OR= 1,92; [1,43-2,58]; p= 0,000), tuổi thai từ 40 tuần (OR= 1,53; [1,13-2,07]; p= 0,007), bề cao tử cung (BCTC) $\geq 35cm$ (OR= 6,01; [4,84-7,46]; p= 0,000), vòng bụng (VB) $\geq 100cm$ (OR= 8,08; [5,43-12,03]; p= 0,000), siêu âm có kết quả FL $\geq 70mm$ (OR= 2,74; [1,85-4,04]; p= 0,000). **Kết luận:** Thai to đang có xu hướng tăng. Khi lâm sàng có BCTC $\geq 35cm$ và VB $\geq 100cm$ nên nghi ngờ thai to để có hướng xử trí phù hợp. **Từ khóa:** thai to

SUMMARY

PREVALENCE OF FETAL MACROSOMIA AND

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Phụ sản Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đức Lộc

Email: phamducloc1995@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2025

Ngày duyệt bài: 9.5.2025

INVESTIGATE ASSOCIATED FACTORS AMONG PREGNANT WOMEN GIVING BIRTH AT TIEN GIANG HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2024 – 2025

Objective: To determine the prevalence of fetal macrosomia and investigate associated factors among pregnant women giving birth at Tien Giang Maternity Hospital. **Methods:** A cross-sectional study was conducted from April 2024 to February 2025. **Results:** A total of 1,077 pregnant women participated in the study, with 44 cases of fetal macrosomia ($\geq 4000g$), accounting for 4.09%. The factors significantly associated with fetal macrosomia were: Maternal age ≥ 35 years (OR = 1.92; [1.43-2.58]; p = 0.000); Gestational age ≥ 40 weeks (OR = 1.53; [1.13-2.07]; p = 0.007); Fundal height (FH) ≥ 35 cm (OR = 6.01; [4.84-7.46]; p = 0.000); Abdominal circumference (AC) ≥ 100 cm (OR = 8.08; [5.43-12.03]; p = 0.000); Ultrasound finding of femur length (FL) ≥ 70 mm (OR = 2.74; [1.85-4.04]; p = 0.000). **Conclusion:** The prevalence of fetal macrosomia is increasing. Clinically, when fundal height (FH) is ≥ 35 cm and abdominal circumference (AC) is ≥ 100 cm, fetal macrosomia should be suspected, and appropriate management strategies should be implemented. **Keywords:** fetal macrosomia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai to là một vấn đề quan trọng trong sản

khoa vì có thể làm tăng nguy cơ biến chứng cho cả mẹ và thai nhi. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), thai to được định nghĩa là trẻ có cân nặng lúc sinh từ 3500g trở lên. Tình trạng này liên quan đến nguy cơ sinh mổ cao, kẹt vai, tổn thương thần kinh cánh tay, gãy xương đòn và hạ đường huyết sơ sinh. Đối với mẹ, thai to có thể dẫn đến chấn thương đường sinh dục, vỡ tử cung và băng huyết sau sinh. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu trước đây cho thấy tỷ lệ thai to dao động từ 3- 6% và có xu hướng gia tăng, đặc biệt trong bối cảnh gia tăng tỷ lệ béo phì, tiểu đường thai kỳ và tăng cân quá mức khi mang thai nhưng tại Bệnh viện Phụ Sản Tiền Giang, chúng tôi chưa có nghiên cứu cụ thể nào đánh giá về tỷ lệ thai to và các yếu tố nguy cơ nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với các mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ thai to tại Bệnh viện Phụ Sản Tiền Giang năm 2024 – 2025.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến thai to tại Bệnh viện Phụ Sản Tiền Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Sản phụ sinh con tại Bệnh viện Phụ Sản Tiền Giang từ 04/2024 – 02/2025.

Tiêu chí chọn mẫu: Sản phụ sinh đơn thai
Trẻ sơ sinh có cân nặng từ 2500g trở lên
Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chí loại trừ: Thai dị tật bẩm sinh
Bệnh lý nội khoa nặng của mẹ ảnh hưởng đến cân nặng thai nhi

2.3. Cỡ mẫu: Có 1077 thai phụ được xem đủ tiêu chí nhận vào nghiên cứu.

2.4. Thu thập dữ liệu và xử lý số liệu. Các biến số nghiên cứu gồm: Tuổi mẹ, địa chỉ, dân tộc, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tiền căn

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 một số 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 15.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 04/2024 đến 02/2025, sau khi phỏng vấn và thu thập thông tin trên 1077 thai phụ sau sinh thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu, chúng tôi ghi nhận được kết quả sau:

3.1. Tỷ lệ thai to. Thai to khi trẻ có cân nặng 3500 gram, có 178 trẻ sau sinh trên 3500 gram, chiếm 16,53%. Trọng lượng trung bình của thai to trên 3500 gram là $3832,02 \pm 225,09$ gram.

Số trẻ có trọng lượng từ 4000 gram trở lên là 44 trẻ, chiếm 4,09%. Trọng lượng trung bình của thai to từ 4000 gram là $4134,09 \pm 210,14$ gram.

3.2. Các yếu tố liên quan đến thai to. Chúng tôi nhận thấy có 11 yếu tố liên quan đến nguy cơ thai to là tuổi mẹ, tiền sử bệnh ĐTD, tiền sử sinh con to, BMI trước khi mang thai, ĐTD thai kỳ, Tuổi thai, BCTC, VB, BPD, FL, Cách sinh.

Bảng 1. Một số yếu tố liên quan

Yếu tố		Thai to		Thai thường		OR (KTC 95%)	P
		n=178	%	n=899	%		
Tuổi mẹ	<35	133	14,52	783	85,48	1,92 (1,43-2,58)	0,000
	≥ 35	45	27,95	116	72,05		
TS bệnh ĐTD	Không	170	16,13	884	83,87	2,16 (1,21-3,84)	0,017
	Có	8	34,78	15	65,22		
TS sinh con to	Không	137	14,02	840	85,98	2,92 (2,21-3,87)	0,000
	Có	41	41,00	59	59,00		
BMI trước khi mang thai	< 23 kg/m ²	3	1,82	162	98,18	10,55 (3,41-32,64)	0,000
	≥ 23kg/m ²	175	19,19	737	80,81		
Tăng cân	< 20kg	169	16,31	867	83,69	1,35 (0,74-2,43)	0,340
	≥ 20kg	9	21,95	32	78,05		
ĐTD thai kỳ	Không	153	15,38	842	84,62	1,98 (1,39-2,84)	0,001
	Có	25	30,49	57	69,51		

Tuổi thai	< 40 tuần	133	15,08	749	84,92	1,53 (1,13-2,07)	0,007
	≥ 40 tuần	45	23,08	150	76,92		
BCTC	< 35cm	118	11,88	875	88,12	6,01 (4,84-7,46)	0,000
	≥ 35cm	60	71,43	24	28,57		
VB	< 100cm	26	4,16	599	95,84	8,08 (5,43-12,03)	0,000
	≥ 100cm	152	33,63	300	66,37		
BPD	< 90mm	10	3,86	249	96,14	5,31 (2,85-9,91)	0,000
	≥ 90mm	168	20,54	650	79,46		
FL	< 70mm	27	7,63	327	92,37	2,74 (1,85-4,04)	0,000
	≥ 70mm	151	20,89	572	79,11		
Glucose máu	< 6,4 mmol/l	161	16,23	831	83,77	1,23 (0,78-1,93)	0,369
	≥ 6,4 mmol/l	17	20,00	68	80,00		
Cách sinh	Sinh thường	55	8,90	563	91,10	3,01 (2,24-4,04)	0,000
	Mổ lấy thai	123	26,80	336	73,20		

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ thai to. Thai to được định nghĩa là cân nặng sơ sinh $\geq 4000\text{g}$, tỷ lệ thai to trong nghiên cứu của chúng tôi tại Bệnh viện Phụ Sản Tiền Giang 4,09% cao hơn một số nghiên cứu trước đây nhưng thấp hơn so với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Khi so sánh với kết quả của Lê Thị Yến (2002) 2,6% [2] và Radphaso Buasaykham (2007) 2,09% [7] tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương, mặc dù cùng một địa điểm nghiên cứu nhưng khác nhau về thời gian thực hiện, kết quả của chúng tôi có xu hướng cao hơn. Điều này có thể phản ánh sự gia tăng tỷ lệ thai to qua các năm, có thể do sự cải thiện dinh dưỡng trong thai kỳ, chế độ chăm sóc y tế tốt hơn và điều kiện kinh tế - xã hội được nâng cao.

Một yếu tố khác có thể tác động đến kết quả này là đặc thù của Bệnh viện Phụ Sản Tiền Giang - một trong những trung tâm sản khoa lớn của khu vực Đồng bằng sông Cửu Long. Nơi đây tiếp nhận số lượng lớn sản phụ không chỉ đến từ địa phương mà còn từ các tỉnh lân cận, đặc biệt là những trường hợp có nguy cơ cao được chuyển tuyến từ các trung tâm y tế tuyến huyện. Bên cạnh đó, nhiều sản phụ có điều kiện kinh tế khá giả và chế độ dinh dưỡng tốt hơn cũng có thể góp phần làm gia tăng tỷ lệ thai to trong nghiên cứu. Tuy nhiên, khi so sánh với các nghiên cứu trong nước khác, tỷ lệ thai to trong nghiên cứu của chúng tôi lại thấp hơn một số nghiên cứu do khác biệt trong phương pháp chọn mẫu và định nghĩa thai to. Cụ thể, nghiên cứu của Ngô Thị Uyên (2008) [6] 15,7% thực hiện tại Hải Phòng sử dụng tiêu chí thai có trọng lượng trên bách phân vị thứ 90 so với tuổi thai tương ứng và chỉ xét những thai kỳ từ ≥ 38 tuần, dẫn đến tỷ lệ cao hơn (15,7% so với 5,2% trong nghiên cứu này). Tương tự, kết quả của Lê Lam Hương (2014) [1] tại Huế xác định thai to

khi cân nặng sơ sinh $\geq 3500\text{g}$, khiến tỷ lệ cao hơn đáng kể (18,5%). Nếu xét theo tiêu chí này, tỷ lệ trẻ $\geq 3500\text{g}$ trong nghiên cứu của chúng tôi là 15%, tương đương với một số nghiên cứu trước đây.

Khi mở rộng so sánh với các nghiên cứu quốc tế, tỷ lệ thai to trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn đáng kể. Tham khảo nghiên cứu của Stotland NE và cộng sự (2004) [9] tại Bắc California trên 146.526 trẻ sơ sinh ghi nhận tỷ lệ thai $\geq 4000\text{g}$ là 13,6% và $\geq 4500\text{g}$ là 2,4%. Một nghiên cứu khác tại Iran (2007 – 2011) của Mahin Najafian trên 201.102 sản phụ cho thấy 9% trẻ sơ sinh $\geq 4000\text{g}$. Ở Trung Quốc, theo kết quả của Shouyong Gu (2012) [8] trên 21.315 hồ sơ mẹ và trẻ sơ sinh ghi nhận 2.488 ca thai to (11,67%) và 417 ca $\geq 4500\text{g}$ (1,96%). Ngoài ra, một nghiên cứu khác của Li G và cộng sự (2014) tại Trung Quốc trên 101.723 trẻ sơ sinh tại 39 bệnh viện cho thấy tỷ lệ thai to là 7,3% [3], với sự khác biệt giữa các vùng: miền Bắc Trung Quốc có tỷ lệ 8,5%, trong khi miền Nam là 5,6%. Từ những dữ liệu trên, có thể thấy rằng tỷ lệ thai to trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với khu vực miền Nam Trung Quốc, phản ánh sự tương đồng trong thể trạng của người châu Á. Tuy nhiên, tỷ lệ thai to ở nghiên cứu quốc tế cao hơn so với Việt Nam có thể xuất phát từ sự khác biệt về thể trạng sản phụ, chế độ dinh dưỡng, điều kiện y tế, yếu tố môi trường và kinh tế - xã hội. Nhìn chung, các quốc gia phát triển có xu hướng có tỷ lệ thai to cao hơn, do sản phụ thường có chiều cao, cân nặng lớn hơn và được chăm sóc thai kỳ tốt hơn so với sản phụ tại Việt Nam.

4.2. Về một số yếu tố liên quan đến thai to

Tuổi của sản phụ: Phụ nữ mang thai ở độ tuổi ≥ 35 tuổi có nguy cơ sinh con to cao hơn 1,92 lần so với nhóm dưới 35 tuổi ($p < 0,05$). Các nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra mối liên hệ

giữa tuổi mẹ và nguy cơ thai to. Cụ thể, nghiên cứu của Mahin Najafian ghi nhận 60% sản phụ sinh con to thuộc nhóm tuổi ≥ 35 . Theo N.E. Stotland, nguy cơ thai to tăng đáng kể ở nhóm 30 – 40 tuổi (OR = 1,16, 95%CI [1,07-1,14]), trong khi Yi Li báo cáo nguy cơ tăng nhẹ (OR = 1,08, 95%CI [1,03-1,12]). Bên cạnh đó, tuổi mẹ cao có mối quan hệ chặt chẽ với tiền sử sinh con to và số lần mang thai trước, làm tăng nguy cơ thai to trong lần mang thai sau. Hiện nay, xu hướng lập gia đình và sinh con muộn ngày càng phổ biến, điều này có thể góp phần làm gia tăng tỷ lệ thai to trong tương lai.

Tiền sử sinh con to: Những sản phụ có tiền căn sinh con to có nguy cơ sinh con to ở lần mang thai tiếp theo cao gấp 2,92 lần ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phan Xuân Khoa (OR = 14,5, $p < 0,01$) và Mahin Najafian (OR = 10, $p < 0,05$). Do đó, phụ nữ có tiền sử sinh con to cần được theo dõi và quản lý thai kỳ chặt chẽ ngay từ lần mang thai đầu tiên, vì nếu sinh con có cân nặng bình thường, nguy cơ mang thai to ở lần sinh sau sẽ giảm đáng kể.

Chỉ số khối cơ thể (BMI) trước khi mang thai: Trong nghiên cứu này, 19,19% sản phụ có BMI ≥ 23 thuộc nhóm thừa cân hoặc béo phì sinh con to, làm tăng nguy cơ sinh con to lên 10,55 lần (95%CI [3,41 – 32,64]). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phan Xuân Khoa (OR = 2,65, 95%CI [4,48 – 60,16]), Yi Li (OR = 1,13, 95%CI [1,09 – 1,18]) và Erika Ota (OR = 2,25, 95%CI [1,61 – 3,15]). Nguyên nhân có thể do mẹ béo phì có lượng năng lượng dư thừa, cung cấp quá mức cho thai nhi, dẫn đến tăng trọng lượng thai. Ngoài ra, béo phì còn liên quan đến đái tháo đường thai kỳ và các biến chứng khác, làm tăng nguy cơ thai to. Vì vậy, việc kiểm soát cân nặng trước và trong thai kỳ là rất quan trọng. Do đó, việc theo dõi cân nặng và điều chỉnh chế độ dinh dưỡng phù hợp trong thai kỳ đóng vai trò quan trọng, giúp kiểm soát nguy cơ thai to.

Tuổi thai: Sự tăng cân của thai nhi đạt đỉnh vào khoảng 37 tuần, tuy nhiên, thai vẫn tiếp tục phát triển đến khi sinh. Trong nghiên cứu này, nguy cơ thai to tăng 1,53 lần nếu tuổi thai ≥ 40 tuần. Theo N.E. Stotland, nguy cơ thai to tăng 3,39 lần nếu thai kỳ kéo dài > 41 tuần. Tuy nhiên, Phan Xuân Khoa không tìm thấy sự khác biệt đáng kể về yếu tố tuổi thai giữa nhóm thai to và nhóm chứng (OR = 1,5, $p = 0,16$). Kết quả khác biệt này có thể do hiện nay, nhờ sự phát triển của siêu âm quý 1, tuổi thai được xác định chính xác hơn. Hơn nữa, các bệnh viện có xu hướng chủ động chấm dứt thai kỳ sớm ở những trường hợp thai quá ngày (≥ 40 tuần), giúp giảm

tỷ lệ thai già tháng.

Bề cao tử cung và vòng bụng: Trong nghiên cứu này, 71,43% sản phụ sinh con to có bề cao tử cung (BCTC) ≥ 35 cm, trong khi tỷ lệ này chỉ 11,88% ở nhóm thai bình thường. Nguy cơ sinh con to tăng 6,01 lần ($p < 0,05$) nếu BCTC ≥ 35 cm. Ngoài ra, nếu vòng bụng của mẹ ≥ 100 cm, nguy cơ sinh con to tăng 8,08 lần ($p < 0,05$). BCTC và vòng bụng là các chỉ số đánh giá sự phát triển của thai nhi trên lâm sàng. Mặc dù có thể bị ảnh hưởng bởi lượng nước ối, độ dày lớp mỡ bụng và ngôi thai, nhưng nhìn chung, sự gia tăng của các chỉ số này có liên quan chặt chẽ với trọng lượng thai. Vì vậy, khi sản phụ có BCTC và vòng bụng lớn, cần theo dõi chặt chẽ để có hướng xử trí phù hợp.

Siêu âm và tiên lượng thai to: Trong nghiên cứu này, 1.077 sản phụ được siêu âm và nguy cơ sinh con to tăng 5,31 lần nếu đường kính lưỡng đỉnh (BPD) ≥ 90 mm, tăng 2,74 lần nếu chiều dài xương đùi (FL) ≥ 70 mm. Mặc dù sai số trong đo lường siêu âm có thể cao, nhưng BPD, FL và chu vi bụng (AC) là các thông số quan trọng để đánh giá sự phát triển của thai nhi. Khi các chỉ số này lớn hơn mức bình thường, bác sĩ cần theo dõi sát để có quyết định phù hợp [5].

Phương pháp sinh: Thai to làm tăng đáng kể tỷ lệ mổ lấy thai (MLT). Trong nghiên cứu này, nguy cơ MLT cao hơn 2,64 lần so với sinh thường nếu thai ≥ 3500 g ($p < 0,05$). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Ngô Thị Uyên (2008) – tỷ lệ MLT 54,5%, Mahin Najafian (2012) – 89%, và Nguyễn Thị Ngọc Hải (2014) – 34,45% [4]. Xu hướng mổ chủ động khi nghi ngờ thai to có thể làm tăng tỷ lệ MLT trong nghiên cứu này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về tỷ lệ thai to tại Bệnh viện Phụ Sản Tiền Giang năm 2024 – 2025 cho thấy rằng có 178 trẻ sau sinh trên 3500 gram, chiếm 16,53%. Trọng lượng trung bình của thai to trên 3500 gram là $3832,02 \pm 225,09$ gram. Số trẻ có trọng lượng từ 4000 gram trở lên là 44 trẻ, chiếm 4,09%. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ sinh con to bao gồm: tuổi mẹ, TS bệnh ĐTĐ, TS sinh con to, BMI trước khi mang thai, ĐTĐ thai kỳ, tuổi thai, BCTC, VB, BPD, FL, cách sinh. Thai to làm tăng nguy cơ mổ lấy thai, do đó, cần có chiến lược quản lý chặt chẽ các yếu tố nguy cơ trong suốt thai kỳ để giảm thiểu biến chứng cho mẹ và bé. Việc kiểm soát cân nặng thai kỳ, theo dõi đường huyết, đánh giá tuổi thai chính xác và tiên lượng cân nặng thai nhi qua siêu âm đóng vai trò quan trọng trong việc hạn chế tình trạng

thai to và các hậu quả liên quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Lam Hương, Hoàng Thanh Hà** (2014), "Nghiên cứu giá trị dự đoán trong lượng thai của thai đủ tháng qua lâm sàng và siêu âm", Tạp chí Phụ Sản, tập 12(1), tr. 58-63.
2. **Lê Thị Yên** (2003), Sơ bộ nhận xét tình hình đẻ của trẻ nặng cân từ 4000gam trở lên trong năm 2002 tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương, Luận văn Bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 48-55.
3. **Li G, Kong L, Li Z, et al** (2014), "Prevalence of macroemia and its risk factors in china: a multicenter survey based on birth data involving 101,723 singleton term infants", Paediatr Perinat Epidemiol, vol. 28(4), pp. 345-350.
4. **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, Đại học Y Huế, tr. 25-36.
5. **Ngô Thị Uyên** (2014), Nghiên cứu cân nặng, chiều dài, vòng đầu của trẻ sơ sinh tương ứng với tuổi thai từ 28- 42 tuần, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội, tr. 12-35, 48-60.
6. **Ngô Thị Uyên, Lê Thủy Hưu** (2011), "Tình hình chẩn đoán xử trí thai to tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng từ tháng 3-4 năm 2008", Tạp chí Y học Thực Hành (774), số 7, tr. 54-57.
7. **Radsapho Buasaykham** (2007), Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và thái độ xử trí thai từ 4000g trở lên tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương năm 1996-2006, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 25-35.
8. **Shouyong Gu, et al**, (2012), "Risk factors and long-term health consequence of macrosomia", J Biomed Res, vol26(4), pp. 235- 240.
9. **Stotland NE, et al** (2005), "Risk factors and obstetric complications associated with macrosomia", Int J Gynecol Obstet, vol90(1), pp. 220-226.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM ĐỤC THỦY TINH THỂ BẨM SINH Ở TRẺ DƯỚI 7 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN MẮT THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Chí Trung Thế Truyền¹, Võ Thị Hương Lan¹,
Võ Đức Dũng¹, Phạm Minh Khoa¹, Nguyễn Ngọc Anh Tú²,
Nguyễn Trịnh Bảo An², Nguyễn Đình Thảo Vy²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đục thủy tinh thể bẩm sinh không phát hiện và can thiệp phẫu thuật kịp thời trong giai đoạn trước 7 tuổi, có thể dẫn đến nhược thị, làm giảm hiệu quả điều trị. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và phân tích kết quả điều trị phẫu thuật sớm sau 3 tháng theo dõi ở trẻ dưới 7 tuổi bị đục thủy tinh thể bẩm sinh phẫu thuật tại khoa Mắt Nhi – BV Mắt TPHCM. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả, có can thiệp, tiền cứu, cắt dọc. 40 BN từ 1 tháng tuổi đến dưới 7 tuổi, 66 mắt. **Kết quả:** 22 nữ, 18 nam. 20% có bệnh toàn thân ngoài mắt. 4/8 bất thường tim bẩm sinh. 30,3% đục thủy tinh thể gia đình. 67,5% đồng tử trắng. 70% đục hai mắt, 30% đục một mắt. Đục toàn bộ chiếm tỉ lệ cao nhất (33,3%). 33 mắt IOL và 33 mắt aphakic. Thị lực trẻ aphakic từ ĐNT 0,2m đến 2/10; có đặt IOL: từ ĐNT 1m đến 7/10. 72,7% khúc xạ tồn dư thẳng chính. 9,01% có biến chứng hậu phẫu; 6,06% đục trực thị giác. **Kết luận:** 50% mẹ có thai kỳ nguy cơ; 20% có bệnh toàn thân, 10% tim bẩm sinh; 25% tiền căn gia đình có đục thủy tinh thể bẩm sinh; 22,7% có bất thường cấu trúc. 66,7% cải

thiên phân độ thị lực; Khúc xạ tồn dư thẳng chính 72,7%; 77% trẻ phẫu thuật 1 mắt có nguy cơ nhược thị. Biến chứng đục lại trực thị giác 6,06%. **Từ khóa:** Đục thủy tinh thể bẩm sinh, mắt nhi, Phaco A

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND EARLY OUTCOMES OF CONGENITAL CATARACT SURGERY IN CHILDREN UNDER 7 YEARS OLD AT HO CHI MINH CITY EYE HOSPITAL

Introduction: Congenital cataract if untreated before 7, can lead to amblyopia. **Objective:** Describe the clinical characteristics and analyze the surgical outcomes after 3 months of follow-up in children under 7 years old diagnosed with congenital cataracts and indicated for surgery at the Pediatric Ophthalmology Department, HCMC Eye Hospital. **Methods:** A descriptive case series with an interventional, prospective, and longitudinal study design. **Subjects:** Children aged 1 month to under 7 years diagnosed with congenital cataracts and indicated for surgery, meeting the inclusion criteria. **Results:** 40 patients aged 2 to 73 months (22 females-18 males). Systemic conditions were present in 20% of cases, congenital heart defects in 4/8 patients. Family history of cataracts was noted in 30,3%. Leukocoria was the most common chief complain (67,5%). Bilateral cataracts 70%, unilateral 30%. Total cataracts were the most frequent type (33,3%). Structural abnormalities were identified in 5

¹Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Khoa

Email: phamminhkhoa81nk@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2025

Ngày duyệt bài: 9.5.2025