

- Cao O, Yang Y, Pan M, Han J, Yang X, Li DZ.** Fetal akinesia: The application of clinical exome sequencing in cases with decreased fetal movement. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021 May;260:59-63.
- Ravnes-Greenow CH, Gordon A, Li O, Hvett JA.** A cross-sectional study of maternal perception of fetal movements and antenatal advice in a general pregnant population, using a qualitative framework. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013 Feb 5;13:32.
- Perqande M, Motameny S, Özdemir Ö, et al.** The genomic and clinical landscape of fetal akinesia. *Genet Med.* 2020 Mar;22(3):511-523.
- Todd EJ, Yau KS, Ong R, et al.** Next generation sequencing in a large cohort of patients presenting with neuromuscular disease before or at birth. *Orphanet J Rare Dis.* 2015 Nov 17;10:148.
- Zhang F, Guo H, Zhou X, et al.** Novel PIP5K1C variant identified in a Chinese pedigree with lethal congenital contractural syndrome 3. *BMC Pediatr.* 2024 Mar 15;24(1):182.
- Picker SM, Parker G, Gissen P.** Features of Congenital Arthrogryposis Due to Abnormalities in Collagen Homeostasis, a Scoping Review. *Int J Mol Sci.* 2023 Aug 31;24(17):13545.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA NHỮNG SẢN PHỤ SINH CON TỪ 4000 GRAM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2024 - 2025

Nguyễn Thọ Tư¹, Trương Thị Thùy Dương²,
Nguyễn Thị Hồng^{2,4}, Lê Văn Đạt^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của những sản phụ sinh con từ 4000 gram tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội giai đoạn 2024 - 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 94 trường hợp sản phụ sinh có cân nặng sơ sinh ngay sau sinh ≥ 4000 g tại BV Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2024 đến 31/03/2025. **Kết quả:** Mẹ có độ tuổi trung bình là $30,8 \pm 4,6$ tuổi, chiều cao trung bình là 159cm, nặng dao động từ 55 – 119kg. Tỷ lệ sản phụ là con số chiếm 30%, con ra chiếm 70% (con lần 2, 3, 4, 5 lần lượt là 40%, 21%, 8% và 1%). Tỷ lệ bệnh lý của mẹ trước khi mang thai là 17% (16/94), các bệnh lý bao gồm ĐTĐ, tim mạch, thalassemia, viêm gan B, bệnh tuyến giáp. Bệnh lý sản khoa của mẹ gồm 31% đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK), 3% rối loạn tăng huyết. Cận nặng thai nhi trung bình lúc sinh cao hơn so với khi siêu âm, sai số trung bình là 295g. Tuần thai đủ tháng từ 38 – 40 tuần chiếm 93,6% (88/94), tỷ lệ non tháng và quá dự kiến sinh chiếm 6,4% (6/94). Sơ sinh có 64,9% là giới tính nam, 35,1% giới tính nữ. Cân nặng lớn nhất ở trẻ nam là 4600g ở trẻ nữ là 5000g, cân nặng trung bình là $4131,4 \pm 177,2$ g. **Kết luận:** Đối với những thai phụ sinh con > 4000 gram, ĐTĐTK là bệnh lý chiếm tỷ lệ cao nhất (31%). Siêu âm có thể dự đoán tương đối chính xác cân nặng thai nhi với sai số trung bình 295 gram. Thai nhi có giới tính nam có thể có liên quan tới cân nặng sơ sinh > 4000 gram

Từ khóa: Đối tượng nghiên cứu, đái tháo đường,

đái tháo đường thai kỳ, tăng huyết áp, tiền sản giật

Từ viết tắt: Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC), đái tháo đường (ĐTĐ), đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK), tăng huyết áp (THA), tiền sản giật (TSG)

SUMMARY

CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS OF MOTHERS GIVING BIRTH TO INFANTS WEIGHING 4000 GRAMS OR MORE AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL DURING 2024–2025

Objective: To describe the clinical and para-clinical characteristics of mothers giving birth to infants weighing 4000 grams or more at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital during the period 2024–2025. **Subjects and Methods:** A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on 94 cases of mothers whose newborns weighed ≥ 4000 g immediately after birth at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1, 2024, to March 31, 2025. **Results:** The average maternal age was 30.8 ± 4.6 years, with an average height of 159 cm. Maternal weight ranged from 55 to 119 kg. Primiparous women accounted for 30%, while multiparous women made up 70% (second birth: 40%, third: 21%, fourth: 8%, fifth: 1%). The rate of pre-pregnancy maternal comorbidities was 17% (16 out of 94 cases), including diabetes mellitus, cardiovascular diseases, thalassemia, hepatitis B, and thyroid disorders. Obstetric complications included 31% gestational diabetes mellitus (GDM) and 3% hypertensive disorders. The average birth weight was higher than the estimated weight from ultrasound, with a mean discrepancy of 295 grams. Full-term pregnancies (38–40 weeks) accounted for 93.6% (88 out of 94 cases), while preterm and post-term births made up 6.4% (6 out of 94 cases). Among the newborns, 64.9% were male and 35.1% female. The highest birth weight recorded was 4600g for male infants and 5000g for female infants. The average birth weight was 4131.4 ± 177.2 grams. **Conclusion:**

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

²Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

³Đại học Y – Dược, Đại học Thái Nguyên

⁴Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thọ Tư

Email: nguyenthotu1987@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

Among mothers giving birth to infants over 4000 grams, gestational diabetes mellitus was the most prevalent obstetric condition (31%). Ultrasound can relatively accurately predict fetal weight, with an average error of 295 grams. Male fetal sex may be associated with birth weight exceeding 4000 grams.

Keywords: Study subjects, diabetes mellitus, gestational diabetes mellitus, hypertension, preeclampsia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ thai to hiện nay đang có xu hướng tăng trên thế giới. Tuy nhiên khái niệm về thai to không có sự thống nhất giữa các tổ chức và quốc gia. Theo ACOG, thai to được định nghĩa là thai nhi sinh ra với trọng lượng 4000 gram. Mang thai và sinh con thai to mang đến nhiều mối lo ngại cho các y bác sĩ vì nguy cơ về tai biến sản khoa cho cả mẹ và con lớn. Về phía mẹ là băng huyết sau sinh, tổn thương tầng sinh môn,... Về phía thai nhi là mắc vai, liệt Erb, liệt Klumpke, các biến chứng sơ sinh và nhiều biến chứng về sau khác. Cùng với đó là kỳ vọng có thể tiếp cận sớm để theo dõi và can thiệp sớm cho những trường hợp thai to nguy cơ cao, chính vì thế chúng tôi đề xuất thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của những sản phụ sinh con từ 4000 gram tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội 2024 - 2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng là tất cả sản phụ có cân nặng sơ sinh ngay sau sinh ≥4000g, tại BV Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2024 tới 31/03/2025

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: - Sản phụ sinh một thai có trọng lượng ≥4000g.

- Tuổi thai từ 37 tuần 0 ngày đến 41 tuần 6 ngày
- Cân nặng cân được ngay sau khi sinh và là đơn thai.

- Các sản phụ sinh con tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

- Có đủ hồ sơ bệnh án lưu tại bệnh viện.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp đa thai, thai dị dạng, thai chết lưu, thai bất thường

- Đẻ con ≥4000g tại tuyến trước chuyển đến

- Bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu hoặc ngoài thời gian thu thập số liệu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

- Thời gian nghiên cứu: Từ 01/01/2024 đến 31/03/2025

2.3. Phương pháp tiến hành nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

* Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu của nghiên cứu tính theo công thức ước tính một tỷ lệ:

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

Trong đó: - n là cỡ mẫu nghiên cứu

- $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ là hệ số tin cậy của $\alpha = 0,05$ tương ứng với khoảng tin cậy CI 95%

- p là tỷ lệ sinh mổ của sản phụ có thai từ 4000g theo nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Linh năm 2023 tại bệnh viện Nhân dân Gia Định¹ với $p = 65,6\%$ (0,656)

- d là sai số tuyệt đối mong muốn, nghiên cứu ta lấy $d = 0,01$

Từ đó tính được $n = 87$ đối tượng, thực tế thu thập được 94 đối tượng nghiên cứu thỏa mãn tiêu chuẩn

* Xử lý số liệu:

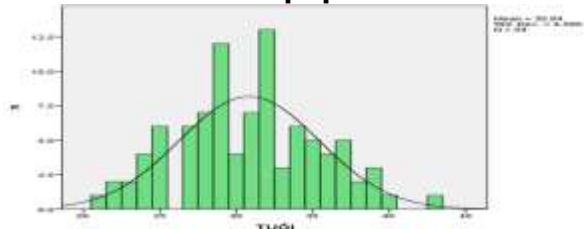
- Các thông tin trên phiếu hỏi được mã hóa và nhập bằng phần mềm Microsoft Excel.

- Số liệu được xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS.

- Các thuật toán sử dụng trên SPSS bao gồm tính trung bình, độ lệch chuẩn, đối với các biến số định lượng, các biến số định tính được trình bày theo tần suất, tỉ lệ phần trăm (%). Số liệu được trình bày bằng bảng và biểu đồ minh họa. Các phép kiểm định, so sánh có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi của sản phụ



Biểu đồ 3.1. Phân bố tuổi của ĐTNC

Nhận xét: - Độ tuổi chủ yếu của ĐTNC từ 25 – 35 tuổi. Tuổi trung bình là $30,8 + 4,6$ tuổi.

- Về biểu đồ Histogram về độ tuổi của nhóm nghiên cứu cho thấy biểu đồ có độ xiên Skewness là 0,101 gần với giá trị 0. Kiểm định Shapiro-Smirnov cho $Sig. = 0,151 > 0,05$. Vì vậy độ tuổi của đối tượng nghiên cứu có phân phối chuẩn.

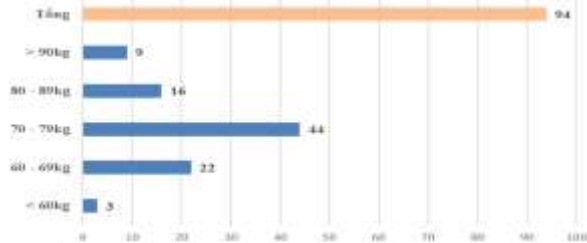
3.2. Thể trạng của sản phụ

Bảng 3.1. Đặc điểm chiều cao của ĐTNC

	N	Tỷ lệ (%)	Giá trị nhỏ nhất (cm)	Giá trị lớn nhất (cm)	Trung bình (cm)
Tiền sử mổ đẻ	60	63,8	154	175	159
Tiền sử đẻ	34	36,2	150	170	160

thường				
Tổng	94	100%	150	170
p	0,765			

Nhận xét: Chiều cao trung bình của ĐTNC là 159cm. Khi phân tích chiều cao trung bình giữa hai nhóm có tiền sử mổ đẻ và tiền sử đẻ thường không thấy có sự khác biệt.



Biểu đồ 3.2. Phân bố cân nặng của sản phụ sinh con trên 4000g

Nhận xét: - ĐTNC có cân nặng rất dao động, từ 55 – 119kg.

- Đa số thai phụ có cân nặng từ 60 – 89 kg

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa cân nặng thai nhi với cân nặng thai phụ

Phân loại cân nặng	Cân nặng thai nhi trung bình (gram)	So sánh cân nặng thai nhi trung bình (p)	Hệ số tương quan (r)
<60kg	4050	0,815	0.048
60-69kg	4113		
70-79kg	4152		
80-89kg	4125		
90-99kg	4111		
Tổng	4131		

Nhận xét: - Khi so sánh cân nặng trung bình thai nhi giữa các nhóm cân nặng thai phụ cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,815$).

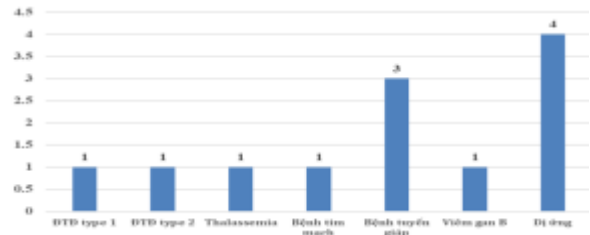
- Phân tích hệ số tương quan giữa cân nặng thai nhi và cân nặng thai phụ cho $p = 0,664 > 0,05$ và hệ số tương quan $r = 0,048$. Vì vậy không có mối tương quan giữa cân nặng thai phụ và cân nặng thai nhi.

3.3. Bệnh lý của sản phụ

Bảng 3.4. Trọng lượng thai nhi trên siêu âm và tương quan với trọng lượng thai nhi lúc sinh

Thông số	N	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Tương quan		So sánh trung bình p
						p	r	
P siêu âm	94	3000	4800	3836,9	228,0	0,006	0,28	0,006
P lúc sinh	94	4000	5000	4131,4	177,1			

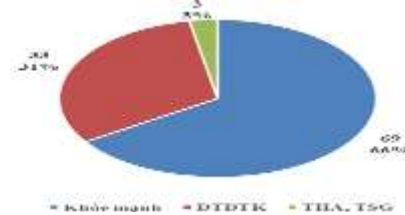
Nhận xét: - Cân nặng thai nhi trung bình lúc sinh cao hơn so với khi siêu âm, sai số trung bình là 294,5g. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,006$, mức ý nghĩa 99%.



Biểu đồ 3.3. Tình trạng bệnh lý kèm theo của ĐTNC

Nhận xét: - Trong số 94 sản phụ được nghiên cứu có 16 sản phụ ghi nhận có bệnh lý trong thời gian mang thai.

- Các bệnh lý được ghi nhận bao gồm ĐTD, bệnh tim mạch, thalassemia, viêm gan B, bệnh tuyến giáp.



Biểu đồ 3.4. Bệnh lý sản khoa của ĐTNC

Nhận xét: - Bệnh lý quan sát thấy bao gồm ĐTDTK và các rối loạn THA

- Tỷ lệ ĐTDTK chiếm tỷ lệ cao (31%)

- Tỷ lệ THA, TSG chiếm 3%

3.4. Tiền sử sản khoa

Bảng 3.3. Tiền sử số lần mang thai và đẻ thai to >4000g

Số lần mang thai	0	1	2	3	4	N	Tỷ lệ
TS đẻ thai to	0	8	4	4	1	17	18,1%
Không có tiền sử đẻ thai to	28	30	16	3	0	77	81,9%
N	28	38	20	7	1	94	
Tỷ lệ	30%	40%	21%	8%	1%		100%

Nhận xét: - Tỷ lệ sản phụ là con so chiếm 30%, con rạ chiếm 70%.

- Tỷ lệ đẻ con lần 4, 5 chiếm tỷ lệ nhỏ, lần lượt là 8% và 1%.

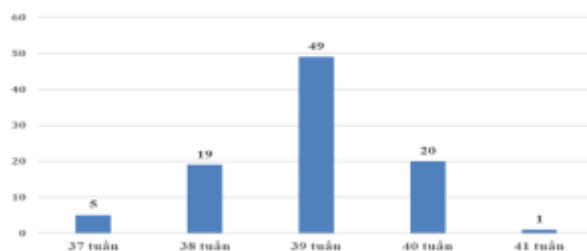
3.5. Trọng lượng thai nhi trên siêu âm

Bảng 3.4. Trọng lượng thai nhi trên siêu âm và tương quan với trọng lượng thai nhi lúc sinh

Thông số	N	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Tương quan		So sánh trung bình p
						p	r	
P siêu âm	94	3000	4800	3836,9	228,0	0,006	0,28	0,006
P lúc sinh	94	4000	5000	4131,4	177,1			

- Cân nặng thai nhi khi siêu âm và lúc sinh có mối tương quan yếu với nhau ($r = 0,28$)

3.6. Tuổi thai khi sinh



Biểu đồ 3.5. Tuần thai lúc sinh của ĐTN

Nhận xét: - Tuần thai quan sát được chủ yếu từ 38 – 40 tuần (88 trường hợp, chiếm 93,6%).

- Một số nhỏ ĐTN sinh ở tuần 37 và quá dự kiến sinh.

3.7. Giới tính thai khi sinh

Bảng 3.5. Cân nặng của thai nhi theo giới tính thai

Giới tính	Nam	Nữ
N	61	33
Tỷ lệ	64,9%	27,6%
Giá trị lớn nhất	4600	5000
Giá trị nhỏ nhất	4000	4000
± SD	4113 ± 127	4163 ± 243
P	0,299	
± SD (cả 2 giới)	4131	77

Nhận xét: - Trong số 94 trường hợp thai nhi có cân nặng trên 4000g thì giới tính thai nhi là nam chiếm 64,9%, giới tính nữ chiếm 35,1%.

- Cân nặng lớn nhất ở trẻ nam là 4600g ở trẻ nữ là 5000g.

- Cân nặng trung bình là 4131 ± 177g.

- Cân nặng trung bình giữa hai giới nam và nữ không có sự khác biệt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi của sản phụ: Về tuổi của mẹ, thì độ tuổi trung bình của mẹ là 30,8 + 4,6 tuổi, phù hợp với độ tuổi sinh đẻ của phụ nữ tại Việt Nam². Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Bệnh viện Trung ương Huế khi tuổi của các bà mẹ sinh con to ở 31-40 tuổi³. Bên cạnh đó, một nghiên cứu của Thổ Nhĩ Kỳ cũng nhận thấy tuổi của mẹ trên 30 cũng là một nguy cơ sinh con to, cao gấp 1.49 lần⁴. Như vậy tuổi mẹ có thể coi là một yếu tố nguy cơ dẫn đến thai to khi xu hướng phụ nữ ngày càng kết hôn muộn như hiện nay.

Thế trạng của sản phụ: Chiều cao trung bình của người mẹ là 159cm, kết quả này gần tương tự với nghiên cứu của Hà Thị Thanh Nga với chiều cao trung bình của sản phụ có thai to là 156cm⁵. Tác giả Yi Li cùng cộng sự cũng nhận thấy rằng chiều cao trung bình của nhóm những người mẹ sinh thai to là khoảng 162,03 ± 4,13 cm⁶.

Tình trạng sức khỏe của sản phụ: Trong

số 94 sản phụ được nghiên cứu (biểu đồ 3.3), có 16 trường hợp (17%) ghi nhận mắc bệnh lý trong thời gian mang thai. Các bệnh lý kèm theo bao gồm đái tháo đường, bệnh tim mạch, thalassemia, viêm gan B và bệnh tuyến giáp ghi nhận rải rác. Bên cạnh đó, về các bệnh lý sản khoa (biểu đồ 3.4) cho thấy nhóm đối tượng nghiên cứu mắc các bệnh gồm đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) và các rối loạn tăng huyết áp (THA). Đái tháo đường thai kỳ chiếm tỷ lệ cao nhất (31%), cho thấy đây là yếu tố nguy cơ chính liên quan đến thai to do tình trạng tăng đường huyết ở mẹ kích thích thai phát triển quá mức. Các rối loạn tăng huyết áp (THA, TSG) chiếm 3%, tuy thấp nhưng vẫn tiềm ẩn nguy cơ biến chứng sản khoa.

Tiền sử sản khoa của sản phụ: Bảng 3.3 cho thấy phần lớn các trường hợp mang thai to xảy ra ở nhóm sản phụ đã từng sinh (chiếm 70%), trong khi nhóm con số chỉ chiếm 30%. Điều này cho thấy nguy cơ sinh thai to có xu hướng tăng ở sản phụ có tiền sử sinh con nhiều lần, đặc biệt ở những người có tiền sử sinh con to trước đó. Cơ chế được giải thích là ở các lần mang thai sau, cơ thể người mẹ đã có sự thích nghi và tử cung giãn nở tốt hơn, tạo điều kiện cho thai phát triển lớn hơn. Theo Fang Fang (2019) khi nghiên cứu trên 54.731 ca sơ sinh đơn thai, tỷ lệ lặp lại thai to là 23,2%⁹.

Tuổi thai khi sinh: Dễ dàng quan sát thấy tuổi thai khi sinh chủ yếu từ 38 - 40 tuần (88 trường hợp chiếm 93,6%), một số ít được sinh ra ở dưới 38 tuần và trên 41 tuần. Các tác giả nước ngoài cho rằng thai quá ngày sinh là nguy cơ của thai to và tỷ lệ thai to ở những trường hợp thai quá ngày sinh cao hơn các nhóm tuổi thai khác¹⁰. Tuy nhiên, ACOG khuyến cáo không nên sinh trước 39 tuần 0/7 ngày trừ khi có chỉ định y khoa, mà tỷ lệ tuổi thai dưới 38 tuần vẫn xuất hiện.

Giới tính của thai khi sinh: Trong nghiên cứu (bảng 3.5), tỷ lệ thai nhi nam chiếm ưu thế với 64,9%, phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy thai nam thường có xu hướng cân nặng cao hơn thai nữ. Cơ chế được lý giải có thể nặng cao hơn thai nữ. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, sự khác biệt về cân nặng trung bình giữa hai giới không có ý nghĩa thống kê (P=0,299), cho thấy giới tính có thể là yếu tố góp phần nhưng không phải yếu tố quyết định duy nhất dẫn đến tình trạng thai to.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Trọng lượng thai trên siêu âm: Với p=0.006 có thể thấy mối tương quan giữa cân nặng thực của thai nhi với cân nặng trên siêu âm là có ý nghĩa thống kê (mức độ tin cậy rất cao

99%). Tuy nhiên chỉ số Pearson là 0.28, chứng tỏ mối tương quan giữa cân nặng thực tế và siêu âm chỉ ở mức yếu tới trung bình và là một mối quan hệ đồng biến. Tức là cân nặng của trẻ trên siêu âm tăng thì cân nặng thực tế của trẻ cũng tăng nhưng độ chính xác vẫn chưa cao. Ước tính cân nặng thai nhi bằng siêu âm là một yếu tố ảnh hưởng lớn đến việc quản lý thai kỳ trước sinh, định hướng cả thời điểm và phương thức sinh của thai. Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu chuyên sâu về công thức siêu âm chính xác nhất để tính toán cân nặng thai nhi ước tính, nhưng vẫn có sai số đáng kể¹². Nguyên nhân có thể đến từ những khó khăn trong việc đo đạc và các yếu tố đến từ người thực hiện.

V. KẾT LUẬN

Đái tháo đường thai kỳ là bệnh lý sản khoa chiếm tỷ lệ cao nhất và là yếu tố nguy cơ chính liên quan đến thai to. Các rối loạn tăng huyết áp (THA, TSG) tuy chiếm tỷ lệ thấp nhưng vẫn tiềm ẩn nguy cơ biến chứng sản khoa. Các bệnh lý khác như tim mạch, thalassemia, viêm gan B và bệnh tuyến giáp ghi nhận rải rác, ít ảnh hưởng đến cân nặng thai. Nguy cơ sinh thai to tăng lên ở những phụ nữ đa sản, đặc biệt là những sản phụ có tiền sử thai to trước đó. Thai quá ngày sinh là một nguy cơ của thai to. Giới tính có thể là yếu tố góp phần nhưng không phải yếu tố quyết định duy nhất dẫn đến tình trạng thai to. Ước tính cân nặng thai nhi bằng siêu âm là một yếu tố ảnh hưởng lớn đến việc quản lý thai kỳ trước sinh, tuy nhiên cần kết hợp cả lâm sàng để ước lượng trọng lượng thai tử đó đưa ra các

quyết định phù hợp nhằm tránh các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Linh TTM, Thương BC.** Khảo sát đặc điểm của sản phụ sinh con $\geq 4000g$ tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;526(1B). doi:10.51298/vmj.v526i1B.5450
2. **Tổng cục dân số - kế hoạch hóa gia đình.** Vấn đề dân số hôm nay: Mức sinh ở Việt Nam - Tìm trên Google. Accessed October 16, 2025.
3. **Nghiên cứu tình hình trẻ sơ sinh thừa cân tại khoa phụ sản Bệnh viện Trung Ương Huế | Tạp chí Phụ sản.** Accessed October 16, 2025. <https://vjog.vn/journal/article/view/424>
4. **Usta A, Usta CS, Yildiz A, et al.** Frequency of fetal macrosomia and the associated risk factors in pregnancies without gestational diabetes mellitus. Pan Afr Med J. 2017;26:62. doi:10.11604/pamj.2017.26.62.11440
5. **Hà Thị Thanh Nga.** Nghiên cứu một số liên quan và kết quả xử trí thai to. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Dược Huế; 2018.
6. **Lí Y, Liu QF, Zhang D, et al.** Weight gain in pregnancy, maternal age and gestational age in relation to fetal macrosomia. Clin Nutr Res. 2015;4(2):104-109. doi:10.7762/cnr.2015.4.2.104
7. **Risk factors for recurrent macrosomia and child outcomes - PubMed.** Accessed October 16, 2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30993581/>
8. **Stotland NE, Caughey AB, Breed EM, Escobar GJ.** Risk factors and obstetric complications associated with macrosomia. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. 2004;87(3):220-226. doi:10.1016/j.ijgo.2004.08.010
9. **Macrosomia - StatPearls - Kê sách NCBI.** Accessed October 16, 2025.
10. **Milner J, Arezina J.** The accuracy of ultrasound estimation of fetal weight in comparison to birth weight: A systematic review. Ultrasound Leeds Engl. 2018;26(1):32-41. doi:10.1177/1742271X17732807

NGHIÊN CỨU LIÊN QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM HUYẾT KHỐI TRÊN CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH VÀ HIỆU QUẢ CỦA CAN THIỆP LẤY HUYẾT KHỐI TRONG ĐỘT QUY NÃO CẤP

Nguyễn Thị Thùy Linh¹, Nguyễn Thái Bảo Trâm¹,
Lê Văn Phước¹, Nguyễn Huỳnh Nhật Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm hình ảnh huyết khối trên chụp cắt lớp vi tính sọ não của bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp có can thiệp lấy huyết khối

và xác định mối tương quan giữa các đặc điểm hình ảnh huyết khối với hiệu quả điều trị can thiệp lấy huyết khối. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca trên các bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não hệ tuần hoàn trước có chụp cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não và được điều trị can thiệp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học tại bệnh viện Chợ Rẫy thời gian từ tháng 03/2023 đến 03/2025. **Kết quả:** Có 40 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu với độ tuổi trung bình là $65,3 \pm 13,4$, tỷ lệ nam/nữ = 1/1. Trên hình ảnh CLVT, huyết khối chủ yếu khu trú tại M1 đoạn xa của động mạch não giữa (65%), với đậm độ tuyệt đối trung vị 46 HU (IQR: 41–52), đậm độ tương

¹Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bảo Trâm

Email: nthaibaotram@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025