

sản phẩm bị suy giảm do sự hình thành những hợp chất không mong muốn, làm chuyển dạng cấu trúc polyphenol hoặc phá hủy một số dạng polyphenol có tác dụng kháng khuẩn, kháng viêm, chống oxy hóa [1], [6]. Nhiệt độ cao cũng gây nguy hiểm hơn khi chiết xuất bằng ethanol nếu thiết bị không đảm bảo độ an toàn. Do đó, nghiên cứu này giới hạn nhiệt độ là 80°C và khảo sát ở 50°C, 60°C, 70°C. Ngoài ra, yếu tố thời gian chiết xuất cũng ảnh hưởng đến khả năng chiết xuất hoạt chất từ dược liệu. Thời gian ngắn làm hoạt chất chưa kịp khuếch tán từ dược liệu ra môi trường, thời gian quá dài khiến hoạt chất bị phân hủy và làm tăng tạp chất. Vì vậy, cần khảo sát thời gian chiết để thu được lượng hoạt chất cao nhất, ít tạp nhất. Với định hướng như vậy, nhóm nghiên cứu tiến hành khảo sát thời gian chiết xuất: 20 phút, 30 phút, 40 phút, 50 phút, 60 phút.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã xây dựng và thẩm định phương pháp HPLC định lượng acid gallic toàn phần trong lá Phèn đen, đã khảo sát ảnh hưởng của một số yếu tố trong quá trình chiết cao lá Phèn đen. Kết quả định lượng acid gallic toàn phần trong lá Phèn đen là 1.98% và điều kiện chiết xuất cao thu được hàm lượng acid gallic cao nhất bao gồm nhiệt độ 70°C, trong thời gian

40 phút và ở độ cồn ethanol 25%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thượng Dong** (2008), Kỹ thuật chiết xuất dược liệu, Nhà xuất bản Khoa học Kỹ thuật, Hà Nội.
2. **Viện Dược Liệu** (2006), Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt nam, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, Hà Nội.
3. **Khan Muhammad Kamran, Abert-Vian Maryline, et al.** (2010), "Ultrasound-assisted extraction of polyphenols (flavanone glycosides) from orange (*Citrus sinensis* L.) peel", Food chemistry, 119(2), pp. 851-858.
4. **Sawant L, Prabhakar B, Pandita N** (2010), "Quantitative HPLC analysis of ascorbic acid and gallic acid in *Phyllanthus emblica*", Journal of analytical and bioanalytical techniques, 1:111, doi: 10.4172/2155-9872.1000111.
5. **The People's Republic of China** (2015), Pharmacopoeia of the People's Republic of China 2015, Volume I, pp.204-205, China Medical Science Press, Beijing.
6. **Yen Hoang Thi, Linh Trinh Thi Thuy, et al.** (2015), "Optimization of extraction of phenolic compounds that have high antioxidant activity from *Rhodomyrtus tomentosa* (ait.) Hassk.(sim) in chi linh, Hai Duong", Academia Journal of Biology, 37(4), pp. 509-519.
7. **Zokhroof Yeasmin, Sharif Tanvir, et al.** (2014), "Bioactivities of *Malvaviscus arboreus* var. *drummondii* and *Phyllanthus reticulatus* Poir.", Dhaka University Journal of Pharmaceutical Sciences, 13, pp. 143-147.

## KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM CỦA SẢN PHỤ SINH CON $\geq 4000G$ TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Trần Thị Mỹ Linh<sup>1</sup>, Bùi Chí Thương<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm thai kỳ của các sản phụ sinh con  $\geq 4000$  gram tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định theo các yếu tố: dịch tễ học, đặc điểm dinh dưỡng và tăng cân trong thai kỳ, bệnh lý trong thai kỳ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca khảo sát 122 Sản phụ sinh con  $\geq 4000$  gram tại khoa sản bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ tháng 08/2021 đến tháng 4/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của sản phụ  $31,01 \pm 0,62$ . Đái tháo đường thai kỳ có ở 72,2% số sản phụ và béo phì 58,2%. Trong đó sản phụ kiểm soát đường huyết

không tốt chiếm tỷ lệ 87,6% và tăng cân quá mức 75,4%. Cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh là  $4144,26 \pm 203,8$  gram, nặng nhất 4900 gram. Kết cục thai kỳ của các sản phụ sinh con to: sinh mổ chiếm tỷ lệ 65,6%, băng huyết sau sinh chiếm tỷ lệ 7,4%, trẻ sơ sinh có Apgar dưới 7 điểm chiếm tỷ lệ 16,4%, trẻ cần hồi sức sơ sinh chiếm tỷ lệ 16,4%. **Kết luận:** Các sản phụ có yếu tố thừa cân béo phì trước mang thai, đái tháo đường thai kỳ và tăng cân quá mức trong thai kỳ nên được cảnh báo về nguy cơ sinh con to.

**Từ khóa:** Cân nặng thai nhi, đái tháo đường thai kỳ, tiền sản giật

### SUMMARY

#### STUDY ON THE CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN GIVING BIRTH $\geq 4000G$ AT NHAN DAN GIA DINH HOPITAL

**Objective:** To describe the pregnancy characteristics of women giving birth 4000 grams at Nhan Dan Gia Dinh Hospital according to the following factors: epidemiology, nutritional characteristics and

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhân dân Gia Định

<sup>2</sup>Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Chí Thương

Email: buichithuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 5.5.2023

weight gain during pregnancy, pathology during pregnancy. **Methods:** A descriptive study of a series of 122 women who gave birth to babies  $\geq 4000$  grams at the obstetrics department at Nhan Dan Gia Dinh Hospital from August 2021 to April 2022. **Results:** Mean age of pregnant women  $31.01 \pm 0.62$ . Gestational diabetes was present in 72.2% of pregnant women and 58.2% was obese. In which, women with poor blood sugar control accounted for 87.6% and excessive weight gain was 75.4%. The average weight of newborns is  $4144.26 \pm 203.8$  grams, the heaviest is 4900 grams. The pregnancy outcome of women giving birth to a large baby: cesarean section accounted for 65.6%, postpartum hemorrhage accounted for 7.4%, infants with Apgar score less than 7 points accounted for 16.4%, Children in need of neonatal resuscitation accounted for 16.4%. **Conclusion:** Women with pre-pregnancy overweight and obesity, gestational diabetes, and excessive weight gain during pregnancy should be warned about the risk of having a BIG baby.

**Keywords:** Fetal weight categories, gestational diabetes, pre-eclampsia

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai to là mối quan tâm lớn đối với bác sĩ sản khoa bởi vì thai to làm gia tăng các biến chứng cho cả mẹ như: băng huyết sau sinh, rách tầng sinh môn phức tạp, tăng nguy cơ mổ lấy thai và sinh giúp. Về phía con thai to làm tăng nguy cơ kẹt vai, nổi ám ảnh "kinh hoàng" của tất cả các bác sĩ sản khoa. Ngoài ra còn có những tai biến cho trẻ sơ sinh như: tăng nguy cơ thai suy trong chuyển dạ, sang chấn, gãy xương đòn, liệt đám rối thần kinh cánh tay. Những em bé sinh ra với cân nặng lớn, nhất là những trẻ có mẹ mắc đái tháo đường thai kỳ thì dễ bị các tình trạng hạ đường huyết, suy hô hấp sơ sinh, về lâu dài còn dễ bị béo phì hay đái tháo đường hơn các em bé sinh ra với cân nặng bình thường.

Các yếu tố nguy cơ của sinh con to đã được biết bao gồm: tiền căn sinh con to, sản phụ thừa cân, béo phì, đái tháo đường thai kỳ, tăng cân quá mức trong thai kỳ, thai giới tính nam, thai già tháng, đây là những đặc điểm rất thường gặp trong thực hành lâm sàng. Theo số liệu của Bộ Y tế thì tỷ lệ thừa cân béo phì của dân số Việt Nam đã tăng lên rất nhanh trong những năm gần đây, trong đó tỷ lệ này của dân số thành thị cao gấp đôi nông thôn (22,1% so với 11,2%), trong đó tỷ lệ người thừa cân, béo phì ở Hà Nội và Hồ Chí Minh năm 2018 chiếm 18% tổng số lượng người thừa cân, béo phì trên toàn quốc. Đi kèm với tình trạng thừa cân, béo phì là bệnh lý đái tháo đường thai kỳ có tỷ lệ ngày càng tăng qua các báo cáo gần đây: 6,1% theo tác giả Jane E. Hirst, theo tác giả Nguyễn Lê Hương là 11,4%[1], cá biệt năm 2017 tác giả Vũ

Văn Tâm báo cáo tỷ lệ này tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng lên đến 36,8%.

Tỷ lệ sinh con có cân nặng từ 4000 gram trở lên tại Hoa Kỳ năm 2018 là 7,8% tổng số trẻ sinh sống. Tỷ lệ thai to thay đổi tùy theo quốc gia và chủng tộc, tỷ lệ này tại Việt Nam đang có xu hướng ngày gia tăng qua các báo cáo gần đây. Tại bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2012, báo cáo của tác giả Mai Trọng Dũng ghi nhận tỷ lệ trẻ khi sinh có cân nặng  $\geq 4000$  gram là 3,99%[2], tại bệnh viện phụ sản thành phố Cần Thơ (năm 2016) thì tỷ lệ này là 4,7% theo nghiên cứu của tác giả Quan Kim Phụng, một báo cáo khác tại Bệnh viện Trung ương Huế năm 2017 của tác giả Trần Thị Hoàn ghi nhận tỷ lệ này là 5,7%[3]. Các tỷ lệ này không hề thua kém so với tỷ lệ thai to tại Hoa Kỳ. Điều đó đặt ra nhiều vấn đề trong quản lý thai nghén, đặc biệt trong bối cảnh người phụ nữ ngày càng sinh ít con và việc bồi bổ quá mức trong thai kỳ trở nên khá phổ biến. Việc tư vấn để các sản phụ biết rằng thai to không đồng nghĩa với một thai kỳ "khỏe" là một nhiệm vụ quan trọng của các bác sĩ sản khoa để sản phụ có chế độ dinh dưỡng hợp lý trong thai kỳ.

Ở bệnh viện Nhân Dân Gia Định, tổng số sinh hằng năm khoảng 8000 trường hợp, số lượng thai kỳ thai to chiếm tỷ lệ khoảng 3%, nhưng chưa có nghiên cứu nào về vấn đề sinh con to, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với câu hỏi: "Các sản phụ sinh con  $\geq 4000$  gram có những đặc điểm nào?" từ đó có các dữ liệu cần thiết cho công tác tư vấn cho sản phụ để cải thiện chất lượng và hiệu quả điều trị tại khoa sản của bệnh viện.

**Mục tiêu nghiên cứu:** *Mô tả đặc điểm thai kỳ của các sản phụ sinh con  $\geq 4000$  gram tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định theo các yếu tố: dịch tễ học, đặc điểm dinh dưỡng và tăng cân trong thai kỳ, bệnh lý trong thai kỳ.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu báo cáo loạt ca

**Đối tượng nghiên cứu:** Sản phụ sinh con  $\geq 4000$  gram. tại khoa sản bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ tháng 08/2021 đến tháng 4/2022.

### - Tiêu chuẩn chọn vào

+ Các sản phụ trên 18 tuổi sinh con ở tuổi thai 37 – 42 tuần. Tuổi thai dựa vào ngày đầu kỳ kinh cuối hoặc siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ có đối chiếu sổ khám thai và hồ sơ khám.

+ Các sản phụ sinh con tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định, có mang theo hồ sơ khám thai

đầy đủ thông tin cần cho nghiên cứu.

- + Đồng ý tham gia nghiên cứu
- + Cân nặng thai khi sinh từ 4000 gram trở lên.

**- Tiêu chuẩn loại trừ**

+ Không nghe và hiểu được tiếng Việt hoặc mắc các bệnh về tâm thần không trả lời được câu hỏi.

- + Thai có bất thường bẩm sinh.

**Cỡ mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ tất cả các sản phụ tuổi thai từ 37 – 42 tuần, cân nặng trẻ sơ sinh từ 4000 gram trở lên.

**Tiến trình thu thập số liệu**

- Bước 1: Mỗi ngày vào các buổi chiều 14 giờ tại khoa sản căn cứ vào hồ sơ bệnh án, nhóm nghiên cứu sẽ chọn các sản phụ sinh con có tuổi thai 37-42 tuần, hậu sản ngày thứ 2 trở đi.

- Bước 2: Dựa vào tiêu chuẩn chọn mẫu, nhóm nghiên cứu chọn ra các sản phụ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu để mời vào nghiên cứu.

- Bước 3: Mời các sản phụ tham gia vào nghiên cứu, giải thích để sản phụ tham gia vào nghiên cứu. Nếu đồng ý, mời sản phụ kí vào "Bảng đồng thuận tham gia nghiên cứu".

- Bước 4: Thu thập số liệu bằng hình thức phỏng vấn và đối chiếu sổ khám thai, hồ sơ bệnh án. Các sản phụ sẽ được mời vào phòng tư vấn của mỗi khoa để phỏng vấn, đảm bảo yếu tố bảo mật và riêng tư. Ngoài ra, tham khảo sổ khám thai giúp thu thập thông tin về cân nặng ở các lần khám thai, ngày dự sinh, các xét nghiệm máu. Trọng lượng sơ sinh được lấy tính theo ghi nhận tại phòng sinh hoặc phòng mổ.

**Tiêu chuẩn đánh giá.** Đái tháo đường (ĐTĐ) trong thai kỳ: dựa vào tiền sử và nghiệm pháp dung nạp 75 g glucose đường uống (chẩn đoán bằng tiêu chuẩn IADSPG 2010).

Thời điểm	Lúc đói	1 giờ	2 giờ
Đường huyết	≥ 5,1 mmol/l	≥ 10,0 mmol/l	≥ 8,5 mmol/l

**Xử lý thống kê:** Tác giả sẽ thu thập số liệu hằng ngày và nhập vào hệ thống lưu trữ mỗi tuần. Xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0 (IBM SPSS Statistics®). Giá trị trung bình, phương sai của biến định lượng, số lượng. Số lượng, tỷ lệ phần trăm của biến thứ tự

**Vấn đề y đức:** Nghiên cứu được thực hiện sau khi thông qua bởi hội đồng y đức của bệnh viện Nhân Dân Gia Định.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 8/2021 đến tháng 04/2022, trên đối tượng nghiên cứu là sản phụ đến sinh tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định chúng tôi mời được 122 sản phụ đồng ý

tham gia nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu như sau:

**3.1. Đặc điểm dịch tễ học của đối tượng tham gia nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		n=122	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 35	87	71,3
	≥ 35	35	28,7
Nơi cư trú	Thành thị	102	83,6
	Nông thôn	20	16,4
Dân tộc	Kinh	112	91,8
	Khác	10	8,2
Nghề nghiệp	Nội trợ	51	41,8
	Công nhân viên chức	48	39,3
	Khác	23	18,9
Học vấn	Cấp I trở xuống	20	16,4
	Cấp II	35	28,7
	Cấp III	51	41,8
	Cao đẳng, đại học trở lên	16	13,1

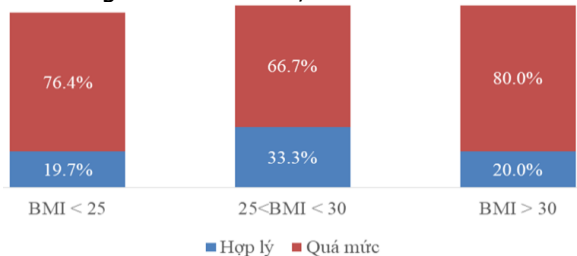
**Nhận xét:** Tuổi trung bình 31,01± 0,62 tuổi. Sản phụ cư trú ở thành thị chiếm ưu thế hơn so với nông thôn (83,6% so với 16,4%). Dân tộc thiểu số chiếm 8,2%. Nghề nghiệp chủ yếu ở là nội trợ với tỷ lệ 41,8%. Học vấn cấp III chiếm tỷ lệ cao nhất với 41,8%.

**3.2. Đặc điểm dinh dưỡng và bệnh lý của đối tượng tham gia nghiên cứu:**

**Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý của đối tượng tham gia nghiên cứu**

Đặc điểm		n=122	Tỷ lệ (%)
Đái tháo đường trong thai kỳ	ĐTĐ mang thai	1	0,8
	ĐTĐ thai kỳ	88	72,2
	Không ĐTĐ	24	19,6
	Không tầm soát	9	7,4
Điều trị đái tháo đường trong thai kỳ	Có kiểm soát	11	12,4
	Kiểm soát không tốt	78	87,6
Tiền sản giật	Không	106	86,9
	Có	16	13,1

**Nhận xét:** Tỷ lệ sản phụ có đái tháo đường trong thai kỳ chiếm tỷ lệ khá cao với 73%. Số sản phụ có tiền sản giật chiếm tỷ lệ thấp trong dân số nghiên cứu với 13,1%.



**Biểu đồ 1. Tăng cân trong thai kỳ của sản phụ sinh con to**

Tỷ lệ sản phụ béo phì trong nghiên cứu là 58,2% và tăng cân quá mức chiếm 75,4%. Sản phụ tăng cân quá mức trong thai kỳ chiếm tỷ lệ khá cao, nhóm béo phì có tỷ lệ tăng cân quá mức cao nhất với 80%.

### 3.3. Kết cục thai kỳ của đôi tượng nghiên cứu:

**Bảng 3. Đặc điểm bé sau sinh**

Đặc điểm		n=122	Tỷ lệ (%)
Cân nặng sơ sinh	Trung bình	4144,26±203,8 gram	
	Lớn nhất	4900 gram	
	Nhỏ nhất	4000 gram	
Apgar 5 phút	< 7 điểm	20	16,4
	≥ 7 điểm	102	83,6
Hồi sức sơ sinh	Có	20	16,4
	Không	102	83,6

**Nhận xét:** Trẻ sơ sinh có trọng lượng trung bình là 4144,26 ± 203,8 g. Trẻ sinh ra dưới 7 điểm, 83,6% so với 16,4%. Có 20 trường hợp cần trợ giúp hồi sức sơ sinh, chiếm tỷ lệ 16,4%.

**Bảng 4. Đặc điểm mẹ sau sinh**

Đặc điểm		n=122	Tỷ lệ (%)
Cách sinh	Sinh thường	38	31,1
	Sinh giúp	4	3,3
	Mổ lấy thai	80	65,6
	Chủ động	67	83,7
	Cấp cứu	13	16,3
Băng huyết sau sinh	Có	9	7,4
	Không	113	92,6

**Nhận xét:** Số trường hợp băng huyết sau sinh chiếm tỷ lệ thấp với 7,4%. Về cách sinh thì sinh mổ chiếm tỷ lệ cao nhất với 65,6%, sinh giúp chiếm tỷ lệ thấp nhất với 3,3%.

## IV. BÀN LUẬN

Tiêu chuẩn quan trọng nhất của chúng tôi khi chọn sản phụ tham gia nghiên cứu là cân nặng của trẻ sơ sinh từ 4000 gram trở lên. Có nhiều định nghĩa về thai to, trong đó phổ biến nhất là chỉ số cân nặng thai vượt quá một con số cụ thể bất kể tuổi thai, thường là 4000 gram hoặc 4500 gram. Áp dụng trên dân số Việt Nam mốc 4000 gram là thường được sử dụng nhất, đây cũng là mốc chẩn đoán thai to và có chỉ định mổ lấy thai tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định.

Nghiên cứu đoàn hệ của tác giả Aisha Salim Said (2016) tiến hành tại Tanzania ghi nhận mẹ có đái tháo đường sẽ tăng nguy cơ con to gấp 10 lần các sản phụ không có đái tháo đường (OR = 10, 95% CI 1,3 – 78,1, p=0,03)[4]. Tác giả Mohammadbeigi cũng ghi nhận các sản phụ đái tháo đường thai kỳ tăng nguy cơ sinh con to với OR = 11,9 (95% CI 4,6 – 30,3, p< 0,001) và tác giả này cũng ghi nhận đái tháo đường thai kỳ là

yếu tố nguy cơ quan trọng nhất cho tiên đoán sinh con to [5].

Trong nghiên cứu chúng tôi số lượng sản phụ có ĐTD trong thai kỳ chiếm tỷ lệ khá cao với 73%, trong đó có 1 sản phụ đái tháo đường típ 2 trước khi mang thai (chiếm 0,8%) và 88 sản phụ đái tháo đường thai kỳ (chiếm 72,2%), phù hợp với các báo cáo khác về liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ và con to. Nghiên cứu trong nước gần đây của tác giả Nguyễn Ngọc Anh ghi nhận mối liên quan giữa đái tháo đường và sinh con to với OR = 4,71 (KTC 95% 2,11 – 8,05, p<0,001) [6]. Tương đồng với kết luận trên, phân tích gộp của tác giả Xiu-Jie He (Trung Quốc) dựa trên 12 nghiên cứu (đoàn hệ + bệnh chứng) ghi nhận đái tháo đường là yếu tố nguy cơ độc lập của sinh con to với OR = 1,71 (95 % CI 1,52 – 1,94)[7].

Trong nghiên cứu chúng tôi, đa phần các sản phụ có đường huyết kiểm soát không tốt với tỷ lệ 87,6%. Điều này đặt ra vấn đề rất lớn trong quản lý thai kỳ ở các sản phụ đái tháo đường thai kỳ tại bệnh viện để giảm thiểu tỷ lệ sinh con to liên quan đến yếu tố này.

Cân nặng thai trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là 4144,26 ± 203,8 gram, tương đương với các nghiên cứu trước đây về con to trên dân số Tp. Hồ Chí Minh. Con to là tình trạng đi kèm với rất nhiều bất lợi cho cả mẹ và con, các tình trạng thường gặp là băng huyết sau sinh, suy hô hấp cũng như cần sự trợ giúp hồi sức sơ sinh. Theo báo cáo của tác giả Aisha Salim Said thì các sản phụ sinh con to đều tăng nguy cơ chuyển dạ kéo dài cũng như băng huyết sau sinh với OR lần lượt là 5.24 (95% CI 1,71 – 16,09, p=0,0015) và 2.37 (95% CI 1,17 – 4,83, p =0,02). Về phía con là tình trạng ngạt sơ sinh và chấn thương thai với OR lần lượt là 3.13 (95% CI 1,17 – 8,37) và 16.87 (95% CI 2,17 – 130,97) [4].

Trong nghiên cứu chúng tôi các kết cục thai kỳ bất lợi xảy ra với tỷ lệ như sau: sinh mổ 65,6%, băng huyết sau sinh 16,4%, trẻ có Apgar 5 phút dưới 7 điểm: 16,4%, trẻ cần hồi sức sơ sinh 16,4%. Tỷ lệ sản phụ con to sinh mổ chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn sinh thường (65,6% so với 26,6%), điều này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trước. Tương tự chúng tôi, tác giả Quan Kim Phụng ghi nhận tỷ lệ sinh mổ trong nhóm sinh con to là 64,1%. Tác giả A Cristina Rossi ghi nhận khi thai từ 4000 gram trở lên sẽ tăng tỷ lệ mổ lấy thai cấp cứu 1,92 lần (OR = 1,92, 95% CI 1,53 – 2,42) và nếu cân nặng thai từ 4500 gram trở lên thì con số này là 2,24 lần (95% CI 1,42 – 3,56) [8]. Trong nhóm sinh mổ, số ca mổ chủ động chiếm ưu thế hơn so với mổ

cấp cứu. Lý do phổ biến nhất là: con to trên sản phụ có hay không có sẹo mổ lấy thai. So với tỷ lệ sinh mổ của bệnh viện trong năm 2020 là 42,9% thì tỷ lệ sinh mổ trong nhóm con to cao hơn hẳn. Điều này cho thấy con to là một vấn đề đáng chú trọng trong chiến lược giảm tỷ lệ sinh mổ của bệnh viện.

Tỷ lệ trẻ sơ sinh có Apgar 5 phút dưới 7 điểm và cần hồi sức sơ sinh trong nghiên cứu chúng tôi bằng nhau, đều là 16,4%, tương đối phù hợp với các báo cáo hiện nay. Theo báo cáo của tác giả Manel Mallouli thì các trường hợp thai to sẽ gia tăng nguy cơ trẻ cần hồi sức sơ sinh và nhập NICU hơn so với trẻ có cân nặng trung bình. Thai to thường đi kèm với các bất thường chuyển dạ, đa số các trường hợp cần hồi sức sơ sinh là các trường hợp mổ cấp cứu như bất xứng đầu chậu hay thai suy. Các trường hợp chẩn đoán thai to và mổ chủ động sẽ giảm thiểu các chấn thương cho thai như kẹt vai, gãy xương đòn, nên cũng giảm tỷ lệ Apgar xấu và cần hồi sức sơ sinh. Tuy nhiên với thiết kế nghiên cứu báo cáo loạt ca chỉ có thể hình thành giả thiết nhưng không thể kết luận mối liên quan nên có sức mạnh chứng cứ không cao, tuy nhiên đây là nghiên cứu dẫn đường về vấn đề con to tại bệnh viện Nhân dân Gia Định.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sản phụ mắc ĐTDĐ thai kỳ có ở 72,2% số sản phụ và béo phì 58,2%. Trong đó sản phụ kiểm soát đường huyết không tốt chiếm tỷ lệ 87,6% và tăng cân quá mức 75,4%. Cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh là  $4144,26 \pm 203,8$  gram, nặng nhất 4900 gram. Kết cục thai kỳ của

các sản phụ sinh con to: sinh mổ chiếm tỷ lệ 65,6%, băng huyết sau sinh 7,4%, trẻ sơ sinh có Apgar dưới 7 điểm 16,4%, trẻ cần hồi sức sơ sinh 16,4%. Các sản phụ có yếu tố như thừa cân béo phì trước mang thai, đái tháo đường thai kỳ và tăng cân quá mức trong thai kỳ nên được cảnh báo về nguy cơ sinh con to và được theo dõi thai kỳ như một thai kỳ nguy cơ cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Lê Hương and Đỗ Quan Hà**, Tỷ lệ đái tháo đường thai nghén tại khoa khám theo yêu cầu Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2012 và một số yếu tố nguy cơ. Tạp chí Phụ sản, 2014. 12(2): p. 108-111.
2. **Mai Trọng Dũng and Lê Hoài Chương**, Phân tích tình hình đẻ thai to tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong năm 2012. Tạp chí Phụ sản, 2013. 11(2): p. 54-57.
3. **Trần Thị Hoàn, et al.**, Nghiên cứu tình hình trẻ sơ sinh thừa cân tại khoa phụ sản Bệnh viện Trung Ương Huế. Tạp chí Phụ sản, 2017. 15(3): p. 114 - 118.
4. **Said, A.S. and K.P. Manji**, Risk factors and outcomes of fetal macrosomia in a tertiary centre in Tanzania: a case-control study. BMC Pregnancy and Childbirth, 2016. 16(1): p. 243.
5. **Mohammadbeigi, A., et al.**, Fetal macrosomia: risk factors, maternal, and perinatal outcome. Ann Med Health Sci Res, 2013. 3(4): p. 546-50.
6. **Nguyễn Ngọc Anh**, Các yếu tố nguy cơ sinh con to  $\geq 4000$  g tại bệnh viện Từ Dũ, ed. anh. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Dược Tp. HCM. 2020.
7. **He, X.-J., et al.**, Is gestational diabetes mellitus an independent risk factor for macrosomia: a meta-analysis? Archives of Gynecology and Obstetrics, 2015. 291(4): p. 729-735.
8. **Rossi, A.C., P. Mullin, and F. Prefumo**, Prevention, management, and outcomes of macrosomia: a systematic review of literature and meta-analysis. Obstet Gynecol Surv, 2013. 68(10): p. 702-9.

## TẦN SUẤT VÀ ĐẶC ĐIỂM TẾ NGÃ Ở NGƯỜI CAO TUỔI CÓ THOÁI HÓA KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HCM

Cao Thanh Ngọc<sup>1</sup>, Lê Thị Ngọc Duyên<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát tỉ lệ tế ngã và đặc điểm tế ngã ở người cao tuổi có thoái hóa khớp gối (THKG) tại phòng khám Nội cơ xương khớp và phòng khám Lão

khoa, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, thực hiện trên 636 bệnh nhân cao tuổi ( $\geq 60$  tuổi) đến khám tại phòng khám Nội cơ xương khớp và phòng khám Lão khoa, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 06 năm 2022. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được chia thành hai nhóm có THKG và không THKG, được khảo sát đồng thời về nhân trắc học, bệnh mạn tính, thuốc đang dùng, tiền căn và đặc điểm tế ngã (tần suất, cơ chế, hoạt động lúc tế ngã và chấn thương trong lúc tế) trong 12 tháng qua. **Kết quả:** Bệnh nhân THKG có tỉ lệ tế ngã và tỉ lệ tế ngã tái phát cao hơn so với nhóm không THKG (23,3% so

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thanh Ngọc

Email: caothanhngoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023