triển đúng với lứa tuổi sẽ giúp cho cha mẹ yên tâm hơn để lo các vấn đề khác.

Khi cha mẹ gặp phải stress trong quá trình nuôi con tự kỷ, lúc này cha mẹ rất cần đến những sự động viên chia sẻ. Vì thế, người thân và mọi người xung quanh nên quan tâm đến cha mẹ hơn, và chính bản thân cha mẹ cũng cần phải tìm biện pháp giảm stress cho chính mình, có như vậy mới có đủ năng lượng nuôi trẻ tự kỷ tốt hơn.

KHUYẾN NGHỊ

Việc nâng cao nhận thức cho các gia đình có trẻ tự kỷ là rất cần thiết, nó không chỉ giúp đỡ cho các gia đình trẻ tự kỷ vượt qua áp lực nuôi con mà còn tác động đến mọi người xung quanh hiểu hơn về chứng tự kỷ và chung tay giúp đỡ những gia đình có con tự kỷ đang mắc phải, việc làm đó sẽ giúp trẻ hòa nhập với xã hội tốt hơn, giúp trẻ tiến bộ hơn, không mặc cảm với xã hội. Đồng thời đề xuất đến các cơ quan ban ngành, đoàn thể, tổ chức xã hội, trường học cần tuyên truyền nâng cao hiểu biết về chứng tử kỷ. Thành lập các trung tâm can thiệp có sự hỗ trợ của nhà nước bởi trên thực tế chưa có trung tâm nào mang tính chất hỗ trợ cho những gia đình có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn mà có con bị tự kỷ, phần lớn đều là các trung tâm tư nhân mở ra và mọi chi chí gia đình đều phải gánh chịu.

Ngoài ra, cần tuyên truyền vận động cộng đồng cùng tham gia vào các hoạt động can thiệp, hỗ trợ trẻ em tự kỷ, từ đó tạo cơ sở đề xuất chính sách cho trẻ em tự kỷ ở Việt Nam.

Cần có bộ tài liệu chuẩn về hỗ trợ trẻ em tự kỷ ở Việt Nam; dào tạo nâng cao năng lực, cán bộ nòng cốt (giảng viên nguồn) về tuyên truyền và hỗ trợ trẻ em tự kỷ;

Đồng thời, phổ biến kiến thức về tự kỷ cho cha, mẹ, người chăm sóc nuôi dưỡng trẻ em tự kỷ, người làm công tác bảo vệ, chăm sóc trẻ em và cộng đồng; Hỗ trợ giáo viên, cán bộ dự án, cán bộ làm công tác bảo vệ, chăm sóc, giáo dục trẻ em tiếp cận và chuẩn hóa kiến thức về tự kỷ tại Việt Nam. Thông qua các chương trình trẻ em tự kỷ được hưởng lợi gián tiếp từ các dự án để hòa nhập cộng đồng.

Các bậc cha mẹ cần dành nhiều thời gian cho con cái hơn. Đặc biệt với trẻ tự kỷ bởi thời điểm phát hiện trẻ tự kỷ các bậc cha mẹ càng can thiệp sớm càng tốt, càng giúp trẻ tự kỷ có cơ hội tiến bộ hơn. Cha mẹ cần thay đổi thói quen giáo dục thông qua các hoạt động cụ thể, cần nhất quán các phương pháp dạy qua các chương trình can thiệp có chuyên gia, giáo viên trị liệu, cũng như nhất quán trong các phương pháp thưởng phạt.

Cha mẹ nên tích cực tham gia vào các mạng lưới hỗ trợ xã hội để tìm các giải pháp, thông qua các chương trình hỗ trợ cha mẹ sẽ giảm được áp lực về việc nuôi con đồng thời sẽ chia sẻ được những nỗi lo cùng các bậc cha mẹ khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trung tâm Nghiên cứu Giáo dục và Chăm sóc trẻ em. Hỗ trợ kiến thức về chăm sóc và giáo dục trẻ mắc hội chứng tự kỉ, NXB Đại học Sư phạm, 2011.

2. **TS Sally J. Rogers, TS Geraldine Dawson, TS Laurie A. Vismara**, Can thiệp sớm cho trẻ tự kỷ - Sử dụng các hoạt động hằng ngày giúp trẻ kết nối, Giao tiếp và học hỏi, NXB Trẻ, 2020.

3. **Thái Thanh Hoa**. Nói không với stress, NXB Đà Nẵng, 2011.

4. **Lê Thanh Tùng, Nguyễn Bảo Ngọc**. Tâm lý y học và đạo đức y học, NXB Giáo dục Việt Nam, 2016.

5. **Nguyễn Văn Nhận** (2006). Tâm lý học y học, NXB Y học, 2006.

6. **Bùi Kim Chi**. Căng thẳng và ứng phó với căng thẳng, Kỷ yếu Hội thảo Khoa học chăm sóc sức khỏe tinh thần - Hội Khoa học Tâm lý Giáo dục Việt Nam, Bảo Long, ngày 11 - 13 tháng 1 năm 2008.

7. **GS. Đặng Phương Kiệt** (2001). Cơ sở tâm lý học ứng dụng, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.

XỬ TRÍ SẢN KHOA SẢN PHỤ ĐẺ CON TỪ 3500 GAM TRỞ LÊN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

PHẠM THỊ HƯƠNG GIANG, ĐẶNG THỊ MINH NGUYỆT

Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Phạm Thị Hương Giang
Email: phamthihuonggiang1012@gmail.com

Ngày nhận: 04/5/2021
Ngày phản biện: 08/6/2021
Ngày duyệt bài: 22/6/2021

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thái độ xử trí và kết cục sản khoa ở những sản phụ sinh con từ 3500 gam trở lên. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản

Trung ương từ 01/07/2019 - 31/07/2019, bao gồm 450 sản phụ sinh con ≥ 3500 gam.

Kết quả: Tỷ lệ đẻ đường âm đạo: 50,22%, tỷ lệ mổ đẻ: 49,78%. Tỷ lệ mổ đẻ tăng dần theo tuổi thai. Tai biến cho con: 3,1%, trong đó tỷ lệ suy hô hấp: 0,44%, hạ đường huyết sau sinh: 0,44%, mắc vai: 0,22%, nhiễm khuẩn sơ sinh: 0,89%, vàng da sơ sinh: 1,33%. Tai biến cho mẹ: 0,89%, tất cả đều gặp trong mổ đẻ, trong đó có 0,67% băng huyết sau sinh và 0,22% nhiễm khuẩn hậu sản. Tổng tai biến của mẹ và con của mổ đẻ cao hơn đẻ đường âm đạo. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,05.

***Từ khoá**: Thai to, thai có cân nặng >=3500g, xử trí thai to.*

SUMMARY

PRACTICAL ATTITUDE TOWARDS AND OBSTETRICAL OUTCOMES OF PREGNANT WOMEN WHOSE INFANT WITH 3500 GRAM OR GREATER BIRTHWEIGHT

Aim:This study was designed to determine the practical attitude and outcomes of women whose infant with 3500 gram or greater birth weight.

Materials and Methods: A descriptive cross-sectional was conducted on 450 pregnant women giving birth to 3500 gram or greater infants with approval from National Hospital of Obstetrics and Gynecology from July 1 to July 31, 2019.

Results: The prevalence of vaginal birth and caesarean delivery are 50.22% and 49.78%, respectively. The percentage of caesarean delivery increased relatively to the gestational age. The total rate of fetal complications is 3.1%, includingrespiratory distress (0.44%), neonatal hypoglycemia (0.44%), shoulder dystocia (0.22%), neonatal infection (0.89%) andneonataljaundice (1.33%). Maternal complicationspercentage is 0.89% and observed only in caesarean delivery, including post partum hemorrhage (0.67%)andpost partum infection (0.22%). Maternal and Fetal complications in caesarean delivery are higher than that of vaginal birth (p = 0.05).

***Keywords**: Macrosomia, Fetal weight of 3500 gram or greater, Macrosomia Management*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, ở việt Nam, cùng với sự phát triển của nền kinh tế và xã hội, đời sống của người dân được cải thiện, trọng lượng trẻ sơ sinh cũng có xu hướng tăng hơn so với những thập kỷ trước. Thai to là thai có trọng lượng ≥ 4000g. Ở Việt Nam, theo Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản 2016, thai to khi trong lượng ≥3500g[1]. Sinh thai to được coi là một yếu tố nguy cơ bất lợi cho sản phụ và trẻ sơ sinh, cần phải đánh giá tình trạng thai to như là một thai kỳ nguy cơ cao để lập ra một kế hoạch theo dõi và can thiệp phù hợp. Trên thế giới và tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về xử trí thai ≥4000g, tuy nhiên lại có rất ít nghiên cứu về nhóm sản phụ sinh con ≥3500g. Xuất phát từ tình hình thực tế và tầm quan trọng của vấn đề. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm ở những sản phụ sinh con từ 3500 gam trở lên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2. Nhận xét kết quả xử trí sản khoa của những sản phụ trên.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 450 sản phụ sinh con có cân nặng ≥3500g tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Tiêu chuẩn loại trừ: Thai chết lưu, thai dị tật bẩm sinh

Thời gian nghiên cứu: Từ 01/07/2019 - 30/07/2019

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu không can thiệp vào người bệnh

Quy trình thu thập số liệu: Số liệu được thu thập hồi cứu theo bộ câu hỏi có sẵn trên bệnh án sản khoa

Chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi mẹ, nơi ở, nghề nghiệp, tuổi thai, tiền sử sản khoa, cân nặng trẻ, phương pháp sinh

Xử lý số liệu: Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm Stata

Đạo đức nghiên cứu: Các số liệu được thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
<30	258	57,33
30-40	179	39,78
>40	13	2,89
Địa chỉ		
Nông thôn	191	42,44
Thành thị	259	57,56
BMI trước mang thai		
<18.5	39	8,65
18.5-24.9	376	69,40
25-29,9	35	21,95
≥30	0	0
Tăng cân trong thai kỳ		
Bình thường	178	39,56
Thiếu	180	40,00
Thừa	92	20,44

Tiền sử sản khoa		
Con rạ	282	62.67
Con so	168	37.33
Tiền sử đẻ con ≥3500g		
Có	140	31.11
Không	310	68.89
ĐTĐTN		
ĐTĐ A1	31	6,89
ĐTĐ A2	8	1,78
Không ĐTĐTK	359	79,78
Không tầm soát	52	11,55

Sản phụ có độ tuổi 25-29 đẻ con sống và có cân nặng ≥3500g chiếm tỷ lệ cao nhất (57,33%). Chỉ số khối cơ thể (BMI) tập trung nhiều nhất ở nhóm có BMI bình thường (18,5- 24,9)chiếm tỷ lệ 69,40%. Đa phần nhóm nghiên cứu có tăng cân trong thai kỳ bình thường (39,56%) và thiếu (40%), thấp nhất là nhóm thừa chiếm 20,44%. Có 39 đối tượng (8,67%) có đái tháo đường (ĐTĐ) trong đó đa phần là ĐTĐ điều trị tiết chế chiếm 31 trường hợp, ĐTĐ điều trị insulin có 8 trường hợp, còn lại phần lớn không có ĐTĐ thai kỳ (359 trường hợp chiếm 79,78%), có 52 trường hợp không được tầm soát ĐTĐ thai kỳ (11,55%).

2. Thái độ xử trí và các yếu tố liên quan

Bảng 2. Tỷ lệ các phương pháp sinh ở những sản phụ sinh con ≥ 3500g

Xử trí sản khoa		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đẻ đường Âm đạo	Đẻ thường	207	46,00%
	Hỗ trợ Forceps	19	4,22%
Mổ đẻ	Mổ chủ động	198	44,00%
	Mổ cấp cứu	26	5,78%
Tổng		450	100%

Tỷ lệ đẻ đường âm đạo và mổ lấy thai tương đương nhau. Có 46% người bệnh đẻ thường không cần hỗ trợ, có 4,22% cần sử dụng Forceps. 44% đẻ mổ chủ động, 5,78% cần mổ cấp cứu.

Bảng 3. Mối liên quan giữa phương pháp sinh và trọng lượng trẻ

Phương pháp sinh	3500 - <3700g		3700- <4000g		≥ 4000 g		p
	n	%	n	%	n	%	
Đẻ đường Âm đạo	142	55,69	70	46,36	14	31,82	0,007
Mổ đẻ	113	44,31	81	53,64	30	68,18	
Tổng	255	100	151	100	44	100	

Tỷ lệ đẻ đường âm đạo giảm dần theo trọng lượng thai. Nhóm có cân nặng từ 3500g-< 3700g có tỷ lệ đẻ đường âm đạo cao nhất (55,29%), kế đến là nhóm 3700g- < 4000g (46,36%), thấp nhất là nhóm ≥ 4000 g (31,82%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

3. Kết cục thai kỳ và các yếu tố liên quan

Bảng 4. Kết cục thai kỳ liên quan đến mẹ

Kết cục của mẹ	Tổng 450 (100 %)
Chỉnh gò bằng oxytocin	32 (7,11%)
Băng huyết sau sinh	3 (0,67%)
Vỡ tử cung	0 (0%)
Nhiễm trùng sau sinh	1 (0,22%)
Dự phòng BHSS	
Không	0 (0%)
Methyl ergometrin và, hoặc Misoprostol	327 (72,67%)
Duratocin	113 (25,11%)
Thắt ĐMTC	10 (2,22%)

Tỷ lệ BHSS xảy ra 3 trường hợp chiếm tỷ lệ 0,67%, trong đó cả 3 ca đều mổ lấy thai. 100% tổng số các trường hợp được dự phòng BHSS, trong đó có 113 trường hợp sử dụng Duratocin chiếm tỷ lệ 25,11%, 10 ca thắt ĐMTC chiếm tỷ lệ 2,22%, còn lại sử dụng thuốc tăng co tử cung methyl ergometrine và hoặc Misoprostol. Không có ca vỡ tử cung được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi. Có 1 trường hợp ghi nhận nhiễm trùng sau sinh - viêm niêm mạc tử cung sau mổ đẻ.

Bảng 5. Kết cục thai kỳ liên quan đến trẻ sơ sinh

Kết cục của con	Tổng 450 (100%)
Apgar thấp	0 (0%)
Suy hô hấp	2 (0,44%)
Hạ đường huyết sau sinh	2 (0,44%)
Mắc vai	1(0,22%)
Gãy xương đòn	0 (0%)
Tổn thương ĐRTKCT	0 (0%)
Nhiễm khuẩn sơ sinh	4 (0,89%)
Vàng da sơ sinh	6 (1,33%)

Không có trường hợp nào Apgar thấp (< 7) sau 1 phút và 5 phút, gãy xương đòn hay tổn thương đám rối thần kinh cánh tay. Có 1 trường hợp mắc vai, 2 trường hợp suy hô hấp. 2ca (chiếm 0,44%) hạ đường huyết sau sinh. 4 ca (chiếm 0,89%) nhiễm khuẩn sơ sinh và 6 trường hợp (chiếm 1,33%) vàng da sơ sinh.

Bảng 6. Liên quan giữa kết cục sản khoa và phương pháp đẻ

Tai biến	Đẻ đường âm đạo		Đẻ mổ		p
	n	%	n	%	
Có	5	2,21	13	5,8	0,05
Không	221	97,79	211	94,2	
Tổng	226	100	224	100	

Tỷ lệ tai biến chung cho mẹ và con ở nhóm đẻ mổ (5,8%) cao hơn nhóm đẻ đường âm đạo (2,21%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,05.

Bảng 7. Liên quan kết cục sản khoa và trọng lượng thai

Tai biến	3500 - < 3700g		3700 - < 4000g		≥ 4000 g		p
	n	%	n	%	n	%	
Không	247	96,86	143	94,7	42	95,45	0,551
Có	8	3,14	8	5,3	2	4,55	
Tổng số	255	100	150	100	43	100	

Nhóm trọng lượng thai 3700- <4000g có tỷ lệ tai biến cao nhất (5,3%), kế đến là nhóm ≥ 4000g (4,55%), thấp nhất là nhóm 3500 -<3700g (3,14%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Sản phụ có độ tuổi 25 - 29 đẻ con sống và có cân nặng ≥ 3500g chiếm tỷ lệ cao nhất (57,33%). Kết quả phù hợp với độ tuổi 25 - 29 là tuổi thích hợp để mang thai của người phụ nữ.

Chỉ số khối cơ thể (BMI) tập trung nhiều nhất ở nhóm có BMI từ 18,5 - 24,9 chiếm tỷ lệ 69,40%, sau đó tới nhóm BMI 25 - 29,9 với tỷ lệ 21,95%, ít hơn là nhóm BMI <18,5 và nhóm BMI ≥ 30 lần lượt là 8,65% và 0%.

Có 39 đối tượng (8,67%) có ĐTĐ trong đó đa phần là ĐTĐ điều trị tiết chế chiếm 39 trường hợp, ĐTĐ điều trị insulin có 8 trường hợp, phần lớn không có ĐTĐ thai kỳ (359 trường hợp tương ứng 79,78%). Trong nghiên cứu của MA Alsammani năm 2011, tỷ lệ hiện mắc ĐTĐ ở nhóm nghiên cứu là 4,4% (403/9241), trong đó ở nhóm con ≥ 4000 gam là 40,4% (169/418)[2]. Có lẽ tỷ lệ ĐTĐ của cả 2 nhóm đều cao là do yếu tố chủng tộc. Một số chủng tộc có nguy cơ ĐTĐ thai kỳ: châu Á, tiểu lục địa Ấn Độ, các chủng tộc đa đảo (Polynesian)[3].

2. Thái độ xử trí và các yếu tố liên quan

Tỷ lệ mổ lấy thai (49,78%) và sinh đường âm đạo (50,22%) gần tương đương nhau trong kết cục thai kỳ của những trường hợp thai to. Theo Nguyễn Minh Thiện, tỷ lệ mổ lấy thai ở những sản phụ sinh con từ 3500g tại Khoa Phụ sản - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là 73,6%[4], lớn hơn với kết quả của chúng tôi. Theo một nghiên cứu của Sahurh Turkmen, tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm cân nặng 3500g - 4500g là 16,4%[5]. Sở dĩ có sự khác biệt lớn giữa tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm trẻ từ 3500g trở lên ở Việt Nam và nước ngoài là do định nghĩa thai to ở Việt Nam là từ 3500g trở lên, ở các nước châu Âu là từ 4000g. Chiều cao, khung chậu của phụ nữ Việt Nam và châu Âu cũng có sự khác biệt, dẫn đến những trường hợp theo dõi đẻ thường âm đạo có tỷ lệ thành công cao hơn.

Tỷ lệ đẻ đường âm đạo giảm dần theo trọng lượng thai. Nhóm có cân nặng từ 3500g -< 3700g có tỷ lệ đẻ đường âm đạo cao nhất (55,29%), kế đến là nhóm 3700g -< 4000g (46,36%), thấp nhất là nhóm ≥ 4000 g (31,82%). Điều này phù hợp với thực tế lâm sàng khi chẩn đoán thai to trước sinh được thực hiện hiệu quả và chính xác hơn, những trẻ được chẩn đoán thai to được mổ chủ động sớm, tránh những tai biến xảy ra trong quá trình theo dõi chuyển dạ.

3. Kết cục sản khoa và các yếu tố liên quan

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BHSS ở nhóm đẻ con ≥ 3500g là 0,67%. Tỷ lệ BHSS ở nhóm sinh con ≥ 4000g trong nghiên cứu của Trần Thị Hạnh là 4,47%. Có sự khác biệt này do mốc thai to của 2 nghiên cứu khác nhau. 3 trường hợp BHSS trong nghiên cứu của chúng tôi đều do đờ tử cung trong mổ lấy thai chủ động, lý do mổ vì: ngôi mông, UXTC to, rau tiền đạo, đều là những yếu tố nguy cơ tăng thêm của mổ lấy thai. Không có trường hợp nào ghi nhận BHSS sau đẻ đường âm đạo.

Nhìn chung tỷ lệ BHSS ở nhóm sinh con to cao hơn dân số chung. Nghiên cứu của Marie-Pierre Bonnet và cộng sự[6] cho thấy tỷ lệ BHSS chung ở Canada là 4,8% (95% CI 4,7 - 4,9), ở Pháp là 4,5% (95% CI 4,4- 4,7). Đối với trường hợp thai to có cân nặng 4000 gam tỷ lệ BHSS chung là 11% ở Canada, 7% ở Pháp. MA Alsammani nghiên cứu 418 trường hợp thai cân nặng từ 4000 gam năm 2011, tỷ lệ BHSS 1,2% (5/418).

Nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp (chiếm 0,44%) hạ đường huyết sau sinh, 1 trường hợp đẻ thường con 3500g và 1 trường hợp mổ đẻ con 3600g. Điều đó cho thấy không chỉ những trẻ có trọng lượng từ 4000g có nguy cơ hạ đường huyết. Nghiên cứu của Trần Thị Hạnh ở nhóm sinh con ≥ 4000g có 6 ca hạ đường huyết sau sinh (ĐHMM < 2,22 mmol/l), chiếm tỷ lệ 1,58%. Schaefer-Graf (2002) tiến hành nghiên cứu trên 887 sơ sinh quá cân so với tuổi thai của các thai phụ không bị đái tháo đường: 16% trẻ sơ sinh hạ đường huyết xảy ra trong vòng 24 giờ đầu sau sinh. Tỷ lệ này giảm rõ rệt trong những giờ tiếp theo sau sinh: từ 9,2% trong giờ đầu tiên, đến 3,5% giữa 2 đến 5 giờ đầu sau sinh, 2,4% giữa 6 và 24 giờ đầu[7]. Sự khác biệt về tỷ lệ hạ đường huyết là do ở nghiên cứu của chúng tôi thời gian xét nghiệm ĐHMM không cố định, do quy trình đón nhận bé từ phòng mổ qua phòng sinh và tới khoa sơ sinh và theo dõi tại khoa sơ sinh. Thêm vào đó cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ hơn nhiều nên chưa đủ để cho ra một kết quả tương đồng.

Tỷ lệ tai biến chung cho mẹ và con ở nhóm đẻ mổ (1,79%) cao hơn nhóm đẻ đường âm đạo (0%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Nhóm trọng lượng thai 3700 -<4000g có tỷ lệ tai biến cao nhất (5,3%), cao hơn nhóm ≥ 4000 g (4,55%) và nhóm 3500 -<3700g (3,14%). Điều này có thể do nhóm thai có trọng lượng 3700 -<4000g nằm ở ranh giới, nên thái độ xử trí chưa có sự thống nhất, dẫn đến những biến cố xảy ra trong theo dõi chuyển dạ. Tuy nhiên, cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn để kết luận và đưa ra khuyến cáo.

KẾT LUẬN

Quá trình nghiên cứu kết quả xử trí thai to tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương ghi nhận tỷ lệ mổ đẻ (49,78%) và đẻ đường âm đạo (50,22%) gần tương đương nhau. Tỷ lệ mổ đẻ và mổ đẻ chủ động tăng dần theo trọng lượng thai.

Tỷ lệ tai biến trong nhóm mổ đẻ là 5,8 % và đẻ đường âm đạo là 2,21%. Trong đó có 3 trường hợp băng huyết sau sinh, 2 trường hợp suy hô hấp, 2 trường hợp hạ đường huyết sau sinh.

KIẾN NGHỊ

Theo dõi lượng máu mất trong cuộc mổ lấy thai để chẩn đoán sớm những trường hợp băng huyết sau sinh.

Tăng cường quản lý thai nghén để giảm tai biến gây ra bởi thai to và giảm tỷ lệ mổ lấy thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016). "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản".

2. **Alsammani M. A., Ahmed S. R.** (2012). "Fetal and maternal outcomes in pregnancies complicated with fetal macrosomia"*, N Am J Med Sci*, 4 (6), 283 - 6.

3. **Wang C., Yang H. X.** (2016). "Diagnosis, prevention and management of gestational diabetes mellitus"*, Chronic Dis Transl Med*, 2 (4), 199 - 203.

4. **Nguyễn Minh Thiện và cs** (2019). "Nghiên cứu kết quả xử trí thai to tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", Tạp chí Y học thực thành, 11(2), 266 - 70.

5. **Turkmen.S., Johansson.S., Dahmoun.M**.(2015). "Foetal Macrosomia and Foetal-Maternal Outcomes at Birth", Journal of Pregnancy, 2018, 4790136.

6. **Bonnet M. P., Basso O., Bouvier-Colle M. H., et al.** (2013). "Postpartum haemorrhage in Canada and France: a population-based comparison"*, PLoS One*, 8 (6), e66882.

7. **Schaefer-Graf U. M., Pawliczak J., Passow D., et al.** (2005). "Birth weight and parental BMI predict overweight in children from mothers with gestational diabetes"*, Diabetes Care*, 28 (7), 1745 - 50.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA Ổ TỤ DỊCH TRONG VIÊM TỤY CẤP

ĐẶNG HỒNG NHÂN, DƯƠNG CÔNG THÀNH, TRẦN NGỌC ÁNH

Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Ổ tụ dịch là biến chứng thường gặp nhất trong viêm tụy cấp với tỷ lệ 30% - 50%[1].

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ổ tụ dịch trong viêm tụy cấp và một số yếu tố liên quan đến hình thành ổ tụ dịch.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu mô tả cắt ngang trên 117 bệnh nhân viêm tụy cấp có ổ tụ dịch theo phân loại Atlanta 2012 [2] tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 6 năm 2021.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 42,0 ± 10,6. Nam/nữ 8/1. Rượu là nguyên nhân gặp chủ yếu 60%, p < 0,01. Đau bụng gặp ở 100% người bệnh, 83,5% có VAS ≥ 4. VAS tại thời điểm nhập viện ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa nhóm grade D (5,2 ± 1,3 so với 4,6 ± 1,2, p < 0,01). Chướng bụng, sốt, suy tạng ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa nhóm grade D, tỷ lệ lần lượt là 91,1% so với 75,9%; 48,2% so với 29,5%; 16,1% so với 4,9% (p < 0,05). Calci máu ở nhóm grade E thấp hơn có ý nghĩa nhóm grade D (2,0 ± 0,3 so với 2,2 ± 0,1 mmol/l, p < 0,01). LDH máu ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa nhóm grade D (281,3 ± 255,8 so với 186,6 ± 96,7 IU/L, p < 0,05). Điểm SIRS ≥ 2 và điểm HAPS > 0 xuất hiện với tỷ lệ cao (73,3% và 84,5%). Điểm SIRS ≥ 2 xuất hiện ở nhóm grade

Chịu trách nhiệm: Đặng Hồng Nhân
Email: dhnhmu@gmail.com

Ngày nhận: 19/5/2021
Ngày phản biện: 27/6/2021
Ngày duyệt bài: 10/7/2021