

# NGHIÊN CỨU XỬ TRÍ SẢN KHOA Ở NHỮNG SẢN PHỤ SINH CON TỪ 3500 GRAM TRỞ LÊN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

NGUYỄN NGỌC MINH<sup>1,2</sup>,  
TRƯƠNG QUANG VINH<sup>1</sup>, HOÀNG THU HUYỀN<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội  
<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm ở những sản phụ sinh con từ 3500 gam và nhận xét kết quả xử trí sản khoa ở những sản phụ được nghiên cứu.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 400 sản phụ sinh con từ 3500 gam trở lên tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

**Kết quả và bàn luận:** Đa số sản phụ nằm trong nhóm tuổi 25-34 tuổi (chiếm 66,5%). Sản phụ sống ở thành thị (52%) nhiều hơn nông thôn, trình độ học vấn đại học, cao đẳng (72,75%) chiếm phần lớn. Có 29% sản phụ có tiền sử đẻ con  $\geq$  3500g. Tiền sử mắc đái tháo đường thai kì gặp nhiều nhất, chiếm 6,25%. Cân nặng trẻ sơ sinh trung bình là  $3687 \pm 201$  gam (cao nhất: 4800 gam). Tỷ lệ sinh đường âm đạo (52,5%) và sinh mổ (47,5%) gần tương đương nhau. Tỷ lệ mổ để tăng dần theo trọng lượng thai,  $p < 0,05$ . Chỉ định mổ để chủ động vì thai to chiếm 36,4%, thai to kết hợp sẹo mổ cũ chiếm 42%. Chỉ định mổ cấp cứu vì đầu không lọt 21,4%. 28,6% sản phụ được làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm. Trong đó tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 91,18%. Tai biến cho mẹ: 4,75% băng huyết sau sinh. Tỷ lệ viêm niêm mạc tử cung 0,25%. Tai biến cho con: 0,5% suy hô hấp.

**Kết luận và khuyến nghị:** Trong nhóm thai  $\geq$  4000 gam, khuyến cáo theo dõi sát và chỉ định mổ rộng ở nhóm đối tượng này. Trong nhóm con có trọng lượng 3500 - < 3700 gam, tỷ lệ đẻ đường âm đạo cao hơn mổ lấy thai. Những trường hợp này có thể cân nhắc theo dõi sát để đường âm đạo và làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm để giảm tỷ lệ mổ lấy thai.

**Từ khóa:** Sản khoa, thai to.

Chịu trách nhiệm: Hoàng Thu Huyền

Email: hhuyen.hd@gmail.com

Ngày nhận: 09/8/2021

Ngày phản biện: 26/9/2021

Ngày duyệt bài: 02/11/2021

## SUMMARY

**Objectives:** To describe maternal characteristics among pregnant women who give birth to babies of 3500 grams or over and comment on the obstetric management.

**Subjects and methods:** This is a retrospective descriptive study in 400 pregnant women giving birth to babies of 3500 grams or over at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital.

**Results:** The majority of pregnant women are in the age group of 25-34 (66.5%). Maternity living in urban areas was 52%, university and college education 72.75%. There are 29% of women with a history of childbirth  $\geq$  3500g. History of gestational diabetes is the most common for 6.25%. The average birth weight was  $3687 \pm 201$  grams (the highest: 4800 grams). The rate of vaginal delivery was 52.5% and that of caesarean section was 47.5%. The rate of caesarean section increases with fetal weight,  $p < 0,05$ . Indications for selective C-section was 36.4% due to high birth weight estimation, with old caesarean scar was 42%. Indications for emergency surgery due to fetal-pelvic disproportion was 21.4%. Labor challenge was performed in 28.6% of pregnant women. In that, the rate of vaginal delivery was 91.18%. Maternal complications were consisted of postpartum hemorrhage (4.75%). The rate of endometritis was 0.25%. Complications for infant was respiratory distress (0.5%).

**Conclusions and recommendations:** In the group of fetuses  $\geq$  4000 grams, it is recommended to closely monitor and indicate C-section in this group. In the group of children weighing 3500 - < 3700 grams, the rate of vaginal delivery was higher than cesarean section. In these cases, close monitoring of vaginal delivery and labor challenge may be considered to reduce the rate of cesarean section.

**Keywords:** Obstetrics, fetal high birth weight.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Trọng lượng trẻ sơ sinh có ảnh hưởng rất lớn tới sự phát triển về thể chất và tinh thần của trẻ [1]. Thai to được xác định khi trọng lượng thai  $\geq 3500$  gam [2].

Sinh thai to được coi là một yếu tố nguy cơ bất lợi cho cả sản phụ và trẻ sơ sinh [3]. Thai phụ mang thai to trong những tháng cuối tăng nguy cơ mệt mỏi, khó thở, phù chân, đau do căng dẫn tĩnh mạch chi dưới. Các biến chứng trong chuyển dạ bao gồm chuyển dạ kéo dài, băng huyết sau sinh, rách tầng sinh môn phức tạp, tăng sang chấn cho thai nhi,... Hơn nữa, trẻ sơ sinh nặng cân dễ suy hô hấp do chậm trưởng thành phổi, hạ đường huyết, khi lớn lên dễ bị béo phì, đái tháo đường... Trong bối cảnh phát triển kinh tế xã hội, đời sống sức khỏe của người dân ngày càng được nâng cao, ngành sản khoa đang phải đối mặt với tỷ lệ sinh thai to rất cao. Xuất phát từ tình hình thực tế, chúng tôi thực hiện đề tài: "Nghiên cứu xử trí sản khoa ở những sản phụ sinh con từ 3500 gam trở lên tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội", với 2 mục tiêu:

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

Nhận xét kết quả xử trí sản khoa ở những sản phụ được nghiên cứu.

## ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm tất cả các sản phụ đến sinh tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 1/2020 - 4/2020 đủ tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Sản phụ có tuổi thai từ 37 tuần trở lên, sinh con có trọng lượng  $\geq 3500$  gam, hồ sơ bệnh án có đủ các điều kiện đáp ứng nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Đa thai (từ 2 thai trở lên), thai chết lưu, thai dị dạng.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp mô tả hồi cứu, không so sánh.

### 2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 400 sản phụ đủ tiêu chuẩn từ 01/2020 - 4/2020.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm ở những sản phụ sinh con từ 3500 gam trở lên

Đặc điểm		n	%
Tuổi	< 20	4	1
	21 - 24	48	12
	25 - 29	156	39
	30 - 34	110	27,5
	$\geq 35$	82	20,5
Nơi cư trú	Nông thôn	192	48
	Thành thị	208	52
Học vấn	Đại học, cao đẳng	291	72,75
Tiền sử sản khoa	Con rạ	261	65,25
	Con $\geq 3500$ gam	116	29
Tiền sử bệnh lý	Đái tháo đường	25	6,25

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng  $\geq 3500$ g có xu hướng tăng dần theo tuổi mẹ trong độ tuổi sinh đẻ. Phần lớn các sản phụ ở trong nhóm 25 - 34 tuổi (66,5%).

## 2. Kết quả xử trí sản khoa

### 2.1. Phương pháp sinh

Bảng 2. Phương pháp sinh của những sản phụ sinh con  $\geq 3500$ g

Phương pháp sinh	Con so		Con rạ		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
Đẻ đường âm đạo	59	42,4	151	57,6	210	52,5	
Mổ đẻ	Mổ chủ động	56	40,3	106	40,6	162	40,5
	Mổ cấp cứu	24	17,3	4	1,5	28	7
Tổng	139	100	261	100	400	100	

Nhận xét: Tỷ lệ đẻ đường âm đạo (52,5%) và mổ đẻ (47,5%). Trong nhóm con so tỷ lệ sinh mổ cao hơn sinh thường, ngược lại trong nhóm con rạ tỷ lệ sinh đường âm đạo cao hơn sinh mổ.

Bảng 3. Phương pháp sinh theo trọng lượng thai (n = 400)

PP sinh	3500 - < 3700g		3700 - < 4000g		$\geq 4000$ g		p
	n	%	n	%	n	%	
Đẻ đường ÂĐ	157	60,6	40	37,1	13	39,4	<0,001
Mổ đẻ	102	39,4	68	62,9	20	60,6	
Tổng số	259	100	108	100	33	100	

Nhận xét: Tỷ lệ sinh mổ tăng dần theo trọng lượng thai. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 4. Các chỉ định mổ lấy thai của sản phụ sinh con  $\geq 3500$ g (n = 190)

Chỉ định mổ lấy thai		n	%
Mổ chủ động	Thai to	59	36,4
	Sẹo mổ cũ $\pm$ Thai to	68	42,0
	Khác (bệnh lý, ngôi,...)	35	21,6
Mổ cấp cứu	Đầu không lọt	6	21,4

Nhận xét: Sản phụ vào viện chưa/đã chuyển dạ có chỉ định mổ lấy thai do các nguyên nhân

biết trước, không theo dõi để đường âm đạo được xếp vào nhóm mổ chủ động. Có 28 sản phụ theo dõi để đường âm đạo thất bại, chuyển mổ cấp cứu.

Bảng 5. Tỷ lệ thành công của nghiệm pháp lọt ngôi chỏm

Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sinh thường	62	91,2
Sinh mổ	6	8,8

Nhận xét:

Có 68 sản phụ (28,6%) nghi ngờ thai to, được làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm tỷ lệ để đường âm đạo thành công chiếm 91,18%.

## 2.2. Tai biến mẹ và con

Bảng 6. Tai biến cho mẹ và con

Tai biến		n	%
Mẹ	Băng huyết sau sinh	19	4,75
	Nhiễm khuẩn hậu sản	1	0,25
Con	Suy hô hấp	2	0,5

Nhận xét:

Các tai biến của các sản phụ gồm băng huyết sau sinh (4,75%), nhiễm khuẩn hậu sản (0,25%) và suy hô hấp sơ sinh (0,5%).

## BÀN LUẬN

Về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng  $\geq 3500g$  có xu hướng tăng dần theo tuổi mẹ trong độ tuổi sinh đẻ. Phần lớn các sản phụ ở trong nhóm 25 – 34 tuổi (66,5%), là độ tuổi trưởng thành cả về thể chất và tinh thần, nghề nghiệp ổn định, chăm sóc trong quá trình có thai sẽ tốt hơn. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Anh Tú<sup>[5]</sup>. Sản phụ cư trú ở thành thị nhiều hơn nông thôn, học vấn đại học cao đẳng 72,75%. Điều này cho thấy rằng, ở nơi có điều kiện sống tốt, mẹ có đầy đủ kiến thức về thai nghén thì thai nhi được hấp thụ đầy đủ chất dinh dưỡng thuận lợi cho sự phát triển trong tử cung. Có 116 trường hợp có tiền sử sinh con từ 3500 gam trở lên chiếm 29%. Đây cũng là một yếu tố nguy cơ của sinh con to vì tiền sử sinh con to có khuynh hướng lặp lại trong gia đình. Kết quả nghiên cứu Vũ Ngọc Quang cho ra tiền sử sinh con  $\geq 3500g$  ở nhóm thai to là 56,9%, nhóm chứng là 14,2% và cho thấy mối liên quan tiền sử sinh con  $\geq 3500g$  với nguy cơ sinh con to rất cao. Trong số bệnh lý nội khoa của mẹ, đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, đái tháo đường là một trong những nguy cơ của thai to<sup>[6]</sup>.

Phương pháp xử trí: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mổ lấy thai (47,5%) và để đường âm đạo (52,5%) gần tương đương nhau

trong kết cục thai kỳ của những trường hợp thai  $\geq 3500g$ . Theo Nguyễn Minh Thiện, tỷ lệ mổ lấy thai ở những sản phụ sinh con từ 3500g là 73,6%. Nguyễn Anh Tú nghiên cứu ở các sản phụ sinh con từ 3500g trở lên, tỷ lệ mổ để là 61,45%<sup>[5]</sup>. Trong nhóm mổ để, nhóm mổ chủ động chiếm 40,5% tổng số đẻ, cao hơn Nguyễn Anh Tú khi nghiên cứu nhóm con  $\geq 3500g$ , tỷ lệ mổ chủ động là 34,3%. Tỷ lệ mổ để tăng dần theo trọng lượng thai. Nhóm có cân nặng từ 3500 - < 3700g có tỷ lệ đẻ mổ thấp nhất (39,4%), cao nhất là nhóm 3700g - < 4000g. Điều này phù hợp với y văn, thai to là yếu tố nguy cơ của đẻ khó, nên trên thực tế lâm sàng, nhóm thai có cân nặng càng lớn tỷ lệ mổ chủ động và thất bại trong theo dõi chuyển dạ - phải chuyển mổ càng lớn.

Tỷ lệ thành công của nghiệm pháp lọt ngôi chỏm 91,2% cho nên ở những trường hợp thai to, nghi ngờ bất tương xứng đầu chậu nên khuyến khích thực hiện nghiệm pháp này để quyết định phương pháp kết thúc thai kì hợp lý nhất, tránh những tai biến không đáng có<sup>[4]</sup>.

Tai biến Băng huyết sau sinh là một biến chứng trầm trọng trong sản khoa. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các sản phụ BHSS được xử trí đầu tiên bằng các thuốc tăng co (oxytocin, ergometrin), khâu cầm máu điện rau bầm là 3/19 trường hợp, thất ĐMTC là 3/19 trường hợp, truyền máu 6/19 trường hợp. Có 2 trẻ sơ sinh bị suy hô hấp, trẻ được hồi sức sơ sinh, ổn định ra viện. Thai to là 1 trong các yếu tố nguy cơ của suy hô hấp sơ sinh<sup>[7]</sup>.

## KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết luận: Tỷ lệ sinh đường âm đạo 52,5% và sinh mổ 47,5% gần như tương đương nhau. Tỷ lệ mổ để tăng dần theo trọng lượng thai,  $p < 0,05$ . Chỉ định mổ để chủ động vì thai to chiếm 36,4%, thai to kết hợp sẹo mổ cũ chiếm 42%. Chỉ định mổ cấp cứu vì đầu không lọt 21,4%. 28,6% sản phụ được làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm. Trong đó tỷ lệ để đường âm đạo là 91,18%. Tai biến cho mẹ: 4,75% băng huyết sau sinh. Tỷ lệ viêm niêm mạc tử cung 0,25%. Tai biến cho con: 0,5% suy hô hấp

Khuyến nghị: Để tránh những tai biến đáng tiếc có thể xảy ra, khuyến cáo nên theo dõi sát và chỉ định mổ rộng ở nhóm con có trọng lượng  $\geq 4000$  gam. Trong nhóm con có trọng lượng 3500 - < 3700 gam, có thể cân nhắc theo dõi sát để đường âm đạo và làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm để 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 khỏe sinh sản".
2. **Bộ môn Phụ sản Trường Đại học Y Hà Nội** (2020), "Bài giảng sản phụ khoa", Nhà xuất bản Y học.
3. **Bộ môn Sản Phụ khoa Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội** (2016), "Giáo trình sản phụ khoa", Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội.
4. **Đinh Văn Thắng** (1976), "Thủ thuật và phẫu thuật sản khoa", Nhà xuất bản Y học.
5. **Nguyễn Anh Tú** (2015). "Nghiên cứu thái độ xử trí sản khoa những sản phụ đẻ con so có

trọng lượng thai từ 3500 gam trở lên trong 6 tháng cuối năm 2014", Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội

6. **Schwartz R, Gruppuso PA, Petzold K, Brambilla D, Hiilesmaa V, Teramo KA** (1994). "Hyperinsulinemia and macrosomia in the fetus of the diabetic mother", Diabetes Care, No 17(7), 640 - 8.

7. **Alsammani MA, Ahmed SR** (2012). "Fetal and maternal outcomes in pregnancies complicated with fetal macrosomia", North American Journal of Medical Sciences, No 4(6), 283 - 6.

## ĐÁNH GIÁ KỸ NĂNG GIAO TIẾP GIỮA BÁC SĨ - NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN MẮT NĂM 2021

**ĐỖ QUỐC HIỆP, PHẠM THỊ THUY TIÊN,  
NGUYỄN TRÚC ANH, HOÀNG THỊ MINH**  
*Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh*

### TÓM TẮT

*Mục tiêu: Kỹ năng giao tiếp giữa bác sĩ và người bệnh là năng lực cốt lõi của mỗi bác sĩ. Mục tiêu của khảo sát nhằm đánh giá kỹ năng giao tiếp của bác sĩ và xác định mối liên quan giữa kỹ năng này với các đặc tính của người được khảo sát.*

*Phương pháp nghiên cứu: Bộ công cụ khảo sát được xây dựng gồm 14 câu hỏi và 1 câu hỏi cho điểm mà bệnh nhân và bác sĩ cùng đánh giá kỹ năng thăm khám và giao tiếp của bác sĩ. Khảo sát được sự tham gia ngẫu nhiên của 60 bác sĩ và 60 người bệnh đang khám và điều trị tại Bệnh viện Mắt. Các dữ liệu được thu thập và xử lý thống kê bằng SPSS 20.0.*

*Kết quả: Tỷ lệ trung bình trả lời tích cực của bác sĩ là 84,35% và của người bệnh 84,79%. Điểm giao tiếp ứng xử của bác sĩ cho là  $8,76 \pm 0,88$  điểm và của người bệnh  $8,78 \pm 0,76$  điểm. Không có mối tương quan giữa các yếu tố về giới, nhóm tuổi và thâm niên công tác kỹ năng giao tiếp của bác sĩ ( $p > 0,05$ ). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh có*

*BHYT với thu phí và giữa người bệnh với người nhà về đánh giá cách giao tiếp ứng xử cũng như điểm về giao tiếp ứng xử ( $p < 0,05$ ).*

*Kết luận: Vấn đề giao tiếp ứng xử tại bệnh viện được người bệnh đánh giá tốt. Bệnh viện nên liên tục tổ chức các buổi tập huấn nhằm nâng cao kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế, bên cạnh cần cải thiện môi trường làm việc thân thiện và hiện đại giúp hài lòng cả bác sĩ lẫn người bệnh.*

*Từ khoá: Kỹ năng giao tiếp.*

### SUMMARY

**ASSESSMENT OF COMMUNICATION SKILLS BETWEEN DOCTOR - PATIENT AT EYE HOSPITAL IN 2021**

*Purposes: Communication skills between doctors and patients are the core competence of every doctor. The objective of this survey was to assess the communication skills of doctors and determine the relationship between these skills and the characteristics of the respondents.*

*Methods: The survey toolkit was built with 14 questions and 1 scoring one where the patient and the doctor jointly evaluated the doctor's examination and communication skills. Sixty doctors and 60 patients being examined and treated at the Eye Hospital were randomly participated in the survey. The data were*

*Chịu trách nhiệm: Phạm Thị Thuỷ Tiên  
Email: pham\_thuytien2003@yahoo.com  
Ngày nhận: 18/8/2021  
Ngày phân biện: 16/9/2021  
Ngày duyệt bài: 22/10/2021*