

CON TO

I. ĐỊNH NGHĨA

Khi ước lượng cân thai (ULCT) > 3500 g bất kể tuổi thai.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Yếu tố dịch tễ: đặc điểm gia đình, giới tính, chủng tộc, hội chứng (HC) di truyền. HC di truyền đặc trưng bởi sự tăng trưởng quá sớm của thai dẫn đến con to: HC Beckwith-Wiedeman, HC Simpson-Golabi-Behmel, HC Sotos, HC Weaver, ...

- Chủng tộc: người da trắng, người Mỹ có tỉ lệ sinh con to cao hơn.

- Yếu tố môi trường: mẹ đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) hoặc đái tháo đường (ĐTĐ) trước mang thai, tăng cân trong thai kỳ nhiều, mẹ béo phì.

+ Mẹ bị ĐTĐ nhất là ĐTĐ không kiểm soát tốt, dẫn đến tăng đường huyết thai nhi, tăng Insulin, tăng trưởng không cân xứng, giảm tỉ lệ đầu/vai, mỡ cơ thể nhiều hơn nên ước lượng cân thai bằng siêu âm thường cao hơn trọng lượng thật khi sinh vì công thức tính nhạy cảm dựa vào chu vi bụng (AC). Theo Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ khuyến cáo khi chỉ số AC > bách phân vị 75% là dự báo kiểm soát đường huyết kém của thai phụ và tăng nguy cơ con to.

+ Mẹ béo phì hay tăng cân nhiều trong thai kỳ ảnh hưởng tỉ lệ con to nhiều hơn mẹ ĐTĐ.

- Trường hợp đa thai: Tình trạng con to hiếm xảy ra ở đa thai. Và ULCT trên siêu âm thường cao hơn cân nặng thật sự, đặc biệt là thai < 2500 g.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Khám lâm sàng: thành bụng sản phụ, tư thế tử cung, bề cao tử cung, AC. Tuy nhiên phương pháp này phụ thuộc nhiều vào vị trí thai, lượng nước ối và kinh nghiệm của người đỡ sinh.

3.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm 2D: phương tiện tốt nhất được sử dụng để ước lượng cân thai, với sai số khoảng 10-15%. Thường dựa vào đường kính lưỡng đỉnh (BPD), chu vi đầu (HC), chu vi bụng (AC), chiều dài xương đùi (FL).

IV. HẬU QUẢ, DỰ HẬU

- Mẹ

+ Chuyển dạ kéo dài hay ngưng tiến triển

+ Tỉ lệ sinh thủ thuật cao

+ Tăng tỉ lệ mổ lấy thai

+ Tổn thương đường sinh dục (rách tầng sinh môn độ III hay IV)

+ Băng huyết sau sinh

+ Vỡ tử cung

- Thai

+ Ngạt

+ Chấn thương (tổn thương đám rối cánh tay, kẹt vai, gãy xương đòn,...)

- + Hạ đường huyết
- + Vấn đề hô hấp (hội chứng suy hô hấp, thở nhanh thoáng qua, hít phân su)
- + Bệnh đa hồng cầu (polycythemia): do tăng sản xuất erythropoietin, kết quả từ tình trạng thiếu oxy huyết bào thai do tăng nhu cầu oxy hóa liên quan đến tăng đường huyết và tăng Insulin.

- + Dị tật bẩm sinh: chèn ép thai do thai to, tăng giữ nước và tăng sinh mạch máu do trọng lượng thai to, rối loạn sắc tố do đường huyết cao.

- Trẻ nhỏ (hậu quả lâu dài)

- + Béo phì
- + Giảm dung nạp glucose
- + HC chuyển hóa
- + Bệnh lý tim mạch

V. XỬ TRÍ

- ULCT > 3500-4000 g

- + Kèm theo 1 bất thường về sản phụ khoa (ví dụ sẹo mổ trên cơ tử cung): chỉ định mổ lấy thai

- + Không kèm theo bất thường về sản phụ khoa: nghiệm pháp lọt khi đủ điều kiện.

- ULCT > 4000 g

- + Chỉ định mổ lấy thai (MLT).

- + Chỉ định sinh ngã âm đạo: cân nhắc và cá thể hóa từng trường hợp, đặc biệt với những trường hợp có tiền sử sinh con ≥ 4000 g.

- + Tư vấn cho sản phụ các nguy cơ khi mổ lấy thai hoặc sinh ngã âm đạo.

VI. DỰ PHÒNG

- Kiểm soát đường huyết tốt đối với thai phụ bị ĐTĐ.

- Đối với phụ nữ béo phì, cần giảm cân trước khi có thai.

- Tránh tăng cân quá mức trong thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

2. American College of Obstetricians and Gynecologists (2016), Practice Bulletin No. 173, Fetal Macrosomia, Obstet Gynecol, 128:e195.

3. Hadlock FP, Harrist RB, Sharman RS et al (1985), Estimation of fetal weight with the use of head, body, and femur measurements-a prospective study, Am J Obstet Gynecol, 151:333.

4. Medscape (2017), Macrosomia.

5. RCOG (2014), Induction of labour for macrosomia.

6. Uptodate (2017), Fetal macrosomia.