

KHẢO SÁT GIÁ TRỊ CHỈ SỐ ỒI VÀ MONITORING SẢN KHOA TRONG XỬ TRÍ THAI QUÁ NGÀY SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN - NHI ĐÀ NẴNG

Lê Thị Mộng Tuyền⁽¹⁾, Trần Đình Vinh⁽¹⁾, Cao Ngọc Thành⁽²⁾

(1) Bệnh Viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng, (2) Trường Đại học Y dược Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: 1. Khảo sát chỉ số ối và kết quả monitoring sản khoa ở thai quá ngày sinh. 2. Đánh giá mối liên quan giữa tình trạng mẹ và trẻ sơ sinh với kết quả chỉ số ối và monitoring sản khoa.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 105 thai phụ được chẩn đoán thai quá ngày sinh, theo dõi và điều trị tại khoa Phụ Sản Bệnh Viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng từ tháng 6/2013 đến tháng 5/2014.

Kết quả: Chỉ số ối trung bình là $67,6 \pm 24,3\text{mm}$, chỉ số ối giảm chiếm tỷ lệ 35,2%, chỉ số ối ít chiếm tỷ lệ 5,7%. Test không đã kích không đáp ứng chiếm tỷ lệ 14,1%. Test đã kích bất thường chiếm tỷ lệ 33,8%. Không có mối liên quan giữa chỉ số ối với phương pháp sinh của mẹ ($p > 0,05$). Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm có NST không đáp ứng tăng gấp 7 lần nhóm có NST đáp ứng ($P < 0,05$) (OR = 6,6, 95% CI = 0,8 - 53,3). Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm có CST bất thường tăng gấp 26 lần nhóm có CST bình thường ($P < 0,01$) (OR = 26,2, 95% CI = 3,3 - 210,1). Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị hội chứng Clifford ở nhóm ối ít tăng gấp 3 lần nhóm ối bình thường ($p < 0,05$), (OR = 3,3, 95% CI = 1,3 - 8,2). Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị ngạt ở nhóm NST không đáp ứng tăng gấp 13 lần nhóm NST có đáp ứng ($p < 0,05$) (OR = 12,7; 95% CI = 3,1 - 52,4). Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị ngạt ở nhóm CST bất thường tăng gấp 18 lần nhóm CST bình thường ($p < 0,05$) (OR = 17,5; 95% CI = 2,0 - 152,6).

Kết luận: Monitoring sản khoa có giá trị cao để tiên đoán dự hậu của thai, chỉ số ối ít có giá trị để tiên đoán thai suy.

Abstract

THE VALUE OF AMNIOTIC FLUID INDEX AND CARDIOTOCOGRAPHY IN THE MANAGEMENT OF PROLONGED PREGNANCY IN DA NANG HOSPITAL FOR WOMEN AND CHILDREN

Objective: 1. Examine the amniotic fluid index and

theresult cardiocography in prolonged pregnancy. 2. Evaluate the relation between the state of both mothers and newborns and theresult of amniotic fluid index and cardiocography.

Methods: This research is a cross-sectional study of 105 pregnant women who have had prolonged pregnancy, monitored and treated in the Department of Obstetrics and Gynecology, Da Nang Hospital For Women and Children from June, 2013 to May, 2014.

Results: The average amniotic fluid index is $67.6 \pm 24.3\text{mm}$. A decrease in the amount of amniotic fluid accounts for 35.2%, low amniotic fluid volume accounts for 5.7%. The percentage of unsatisfying non stress test is 14.1% and that of unusual contraction stress test is 33.8%. There is no relation between amniotic fluid index and childbirth methods ($p > 0.05$). Women, who have unusual non stress test and choose to give birth by caesarean section, increase seven times women who have normal non stress test ($p < 0.05$) (OR = 6.6, 95% CI = 0.8 - 53.3). Women giving birth by caesarean section, who have unusual contraction stress test increase twenty-six times women who have normal contraction stress test ($p < 0.01$) (OR = 26.2, 95% CI = 3.3 - 210.1). Clifford's syndrome infants whose mothers have low amniotic fluid index, increase threefold those whose mothers have normal amniotic fluid index ($p < 0.05$) (OR = 3.3, 95% CI = 1.3 - 8.2). Birth asphyxia, which happens in infants who have unsatisfying NST which happens in those who have satisfying NST ($p < 0.05$) (OR = 12.7; 95% CI = 3.1 - 52.4). Birth asphyxia, which happens in infants who have unusual CST, increase eighteen times which happens in those who have normal CST ($p < 0.05$) (OR = 17.5; 95% CI = 2.0 - 152.6).

Conclusion: Cardiotocography has the high value to predict the outcome of pregnancy. Low amniotic fluid index is to predict fetal distress.

1. Đặt vấn đề

Thai quá ngày sinh được định nghĩa khi thai ở

trong bụng mẹ quá 287 ngày (quá 41 tuần) tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng. Thai quá ngày sinh

là một thai kỳ nguy cơ cao. Tùy theo quan niệm về tuổi thai trong thai quá ngày sinh, tùy theo nơi nghiên cứu, tỷ lệ thai quá ngày sinh từ 2-10%. Trên thế giới và trong nước có nhiều nghiên cứu về các thử nghiệm để đánh giá sức khỏe thai nhi ở thai quá ngày sinh như nghiên cứu về siêu âm đặc điểm bánh rau, chỉ số nước ối, sinh trắc học đã được báo cáo. Monitoring sản khoa bao gồm test không đả kích và test đả kích là các thử nghiệm đánh giá sức khỏe thai nhi đáng tin cậy, góp phần làm giảm tỷ lệ trẻ bại não và giảm tử vong sơ sinh. Ở nước ta siêu âm và monitoring trong sản khoa được sử dụng rất nhiều trong một vài năm gần đây nhưng nghiên cứu về siêu âm hoặc monitoring sản khoa trong thai quá ngày sinh ở trong nước chưa nhiều, đặc biệt ở Thành phố Đà Nẵng.

Mục tiêu:

1. Khảo sát chỉ số ối và kết quả monitoring sản khoa ở thai quá ngày sinh.
2. Đánh giá mối liên quan giữa tình trạng mẹ và trẻ sơ sinh với kết quả chỉ số ối và monitoring sản khoa.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng: nghiên cứu tiến hành trên 105 thai phụ được chẩn đoán thai quá ngày sinh, theo dõi và điều trị tại khoa Phụ Sản, Bệnh Viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng từ tháng 6/ 2013 đến tháng 5/2014.

Phương pháp

Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang

Phương tiện nghiên cứu: Phiếu thu thập thông tin, ống nghe tim phổi, máy đo huyết áp, cân người lớn. Các trang thiết bị cho thăm khám sản khoa: thước dây, ống nghe tim thai, gant tay vô khuẩn,... Máy siêu âm màu Philips 4D, HD 11 XE (2011), máy monitoring sản khoa TOITU, MT - 516 (2008).

Quá trình thăm khám, chẩn đoán và điều trị theo các bước sau:

- Nghiên cứu đặc điểm chung của mẫu
- Khai thác tiền sử, bệnh sử
- Ghi nhận lâm sàng lúc mới nhập viện
- Các xét nghiệm đánh giá thai trước và trong khi sinh: siêu âm thai thường qui ghi nhận các chỉ số BPD, AC, FL, AFI, phân độ của bánh rau, tính trọng lượng thai,... làm test không đả kích (NST), test đả kích (CST).

- Hướng xử trí: Sau khi thăm khám lâm sàng, thai phụ được chia làm 3 nhóm để xử trí:

Nhóm 1: mổ lấy thai chủ động, nếu:

- + Con quý

- + $AFI \leq 28mm$

- + Thai suy

- + Bất cân xứng đầu chậu

- + Các lý do khác: vết mổ cũ, khung chậu hẹp, ngôi bất thường,...

Nhóm 2: đã vào chuyển dạ tự nhiên

- + Theo dõi chuyển dạ.

- + Chỉ định mổ lấy thai khi có thai suy hoặc các lý do sản khoa khác.

Nhóm 3: chưa chuyển dạ

Dựa vào chỉ số Bishop để lựa chọn phương pháp khởi phát chuyển dạ.

- + Nếu cổ TC không thuận lợi (chỉ cổ Bishop ≤ 5) \Rightarrow Mổ lấy thai.

- + Nếu cổ TC thuận lợi (chỉ cổ Bishop > 5) thì gây chuyển dạ bằng bấm ối và truyền Oxytocin tĩnh mạch

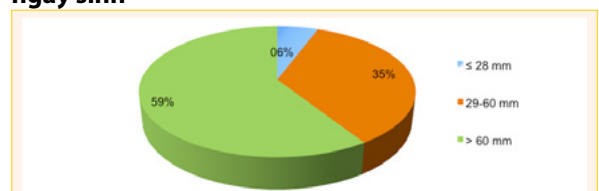
- + Nếu khởi phát chuyển dạ thành công (gây được chuyển dạ 3 cơn co TC/10 phút) \Rightarrow theo dõi và xử trí như nhóm 2.

- + Nếu khởi phát chuyển dạ thất bại (truyền oxytocin tĩnh mạch > 6 giờ mà không tiến triển tốt) \Rightarrow mổ lấy thai.

Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 16.0 và tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính, giá trị tiên đoán âm tính của phương pháp chẩn đoán theo bảng hai hai

3. Kết quả

3.1. Kết quả chỉ số ối và sản khoa ở thai quá ngày sinh



Biểu đồ 3.1. Chỉ số ối

- AFI trung bình $67,6 \pm 24,3mm$, thấp nhất 10mm và cao nhất 120mm

Bảng 3.1. Phân bố thai quá ngày sinh theo NST và CST

Xét nghiệm	Kết quả	Số trường hợp	Tỷ lệ %
NST đáp ứng	Có	79	85,9
	Không	13	14,1
	Tổng số	92	100,0
CST	Bình thường	47	66,2
	Bất thường	24	33,8
	Tổng số	71	100,0

3.2. Mối liên quan giữa tình trạng mẹ và trẻ sơ sinh với kết quả chỉ số ối và monitoring sản khoa

Bảng 3.2. Liên quan giữa chỉ số ối, monitoring sản khoa và phương pháp sinh của mẹ

Xét nghiệm	Kết quả	Phương pháp sinh				Tổng số	Ý nghĩa thống kê
		Sinh đường âm đạo	Tỷ lệ %	Mổ lấy thai	Tỷ lệ %		
AFI (mm)	≤ 60	25	39,7	38	60,3	63	P=0,68
	> 60	15	35,7	27	64,3		
	Tổng số	40	38,1	65	61,9		
NST	Có	28	35,4	51	64,6	79	P=0,04
	Không	1	7,7	12	92,3		
	Tổng số	29	31,5	63	68,5		
CST	Bình thường	24	52,2	22	47,8	46	P=0,00
	Bất thường	1	4,0	24	96,0		
	Tổng số	25	35,2	46	64,8		

- Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm có NST không đáp ứng tăng gấp 7 lần nhóm có NST đáp ứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (P<0,05) (OR = 6,6, 95% CI = 0,8 - 53,3).

- Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm có CST bất thường tăng gấp 26 lần nhóm có CST bình thường. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (P<0,01) (OR = 26,2, 95% CI = 3,3 - 210,1).

Bảng 3.3. Liên quan giữa chỉ số ối, monitoring sản khoa và chỉ số Apgar phút thứ nhất

Xét nghiệm	Kết quả	Apgar phút thứ nhất				Tổng số	Ý nghĩa thống kê
		Không ngạt	Tỷ lệ %	Ngạt	Tỷ lệ %		
AFI (mm)	≤ 60	34	81,0	8	19,0	42	P=0,04
	> 60	59	93,7	4	6,3		
	Tổng số	93	88,6	12	11,4		
NST	Không	7	53,8	6	46,2	13	P=0,00
	Có	74	93,7	5	6,3		
	Tổng số	81	88,0	11	12,0		
CST	Bình thường	45	97,9	1	2,1	46	P=0,00
	Bất thường	18	72,0	7	28,0		
	Tổng số	63	88,7	8	13,3		

- Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị ngạt ở phút thứ nhất ở nhóm ối ít tăng gấp 3,5 lần nhóm ối bình thường. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05), (OR = 3,5, 95% CI = 0,9 - 12,4)

- Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị ngạt ở nhóm NST không đáp ứng tăng gấp 13 lần nhóm NST có đáp ứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,01) (OR = 12,7; 95% CI = 3,1 - 52,4).

- Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị ngạt ở nhóm CST bất thường tăng gấp 18 lần nhóm CST bình thường. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,01) (OR = 17,5; 95% CI = 2,0 - 152,6).

Bảng 3.4. Liên quan giữa chỉ số ối, monitoring sản khoa và hội chứng Clifford

Xét nghiệm	Kết quả	Hội chứng Clifford				Tổng số	Ý nghĩa thống kê
		Không	Tỷ lệ %	Có	Tỷ lệ %		
AFI (mm)	≤ 60	26	61,9	16	38,1	42	P=0,01
	> 60	53	84,1	10	15,9		
	Tổng số	79	75,2	26	24,8		
CST (đáp ứng)	Không	6	46,2	7	53,8	13	P=0,01
	Có	63	79,7	16	20,3		
	Tổng số	69	75,0	23	25,0		
NST	Bình thường	38	82,6	8	17,4	46	P=0,02
	Bất thường	14	56,0	11	44,0		
	Tổng số	52	73,2	19	26,8		

- Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị hội chứng Clifford ở nhóm ối ít tăng gấp 3 lần nhóm ối bình thường. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05), (OR = 3,3, 95% CI = 1,3- 8,2).

- Tỷ lệ trẻ sơ sinh có hội chứng Clifford ở nhóm NST không đáp ứng tăng gấp 5 lần nhóm NST có đáp ứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05), (OR = 4,6; 95% CI = 1,4- 15,6).

- Tỷ lệ trẻ sơ sinh có hội chứng Clifford ở nhóm CST bất thường tăng gấp 4 lần nhóm CST bình thường. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) (OR = 3,7; 95% CI = 1,2- 11,2).

4. Bàn luận

4.1. Các thử nghiệm đánh giá trước và trong chuyển dạ

Siêu âm đánh giá thể tích ối rất quan trọng. Chỉ định chuyển dạ nên được xem xét nếu có bằng chứng thai bị ảnh hưởng hoặc thiếu ối. Nguy cơ của thiếu ối là do tỷ lệ chèn ép dây rốn gia tăng, đặt ra mối nguy cơ cho thai trước hay trong lúc sinh. Không có định nghĩa rõ ràng về thiếu ối ở thai quá ngày sinh, những lựa chọn bao gồm 1) khoang ối lớn nhất sâu < 2cm hoặc AFI < 5cm theo Crowley và Chamberlin. Còn ở nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá lượng ối theo Phan Trường Duyệt tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh dùng phương pháp đo AFI để đánh giá thiếu ối. AFI được phân loại để xử trí thai ở những tuần cuối của thai kỳ. Đặc biệt là thai trên 42 tuần. Ổi bình thường khi AFI > 60mm, ối giảm khi 28 mm < AFI ≤ 60mm và ối ít khi AFI ≤ 28 mm.

Chúng tôi có kết quả như sau: AFI trung bình 67,6 ± 24,3mm, thấp nhất 10mm và cao nhất 120mm. Thai quá ngày sinh có chỉ số ối bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (59%) tiếp đến ối giảm chiếm tỷ lệ 35,2% và ối ít có 6 trường hợp (5,7%) (Biểu đồ 3.1). Không còn nghi ngờ gì về nước ối giảm trong thai quá ngày sinh. Đúng vậy, thể tích nước ối đạt tối đa lúc thai 36 tuần (1000ml), chỉ số nước ối trung bình 124 ± 46 mm và giảm chỉ còn 100 - 200ml hoặc ít hơn ở thai quá ngày sinh. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với tác giả Hà Thị Mỹ Dung và cộng sự, Crownly. Theo nghiên cứu của Maha M. tỷ lệ thiếu ối trong nhóm nghiên cứu là 76% cao hơn nghiên cứu của chúng tôi rất nhiều. Điều này có thể lý giải do nghiên cứu của Maha M. lấy tiêu chuẩn thai quá ngày sinh khi thai trên 294 ngày (≥ 42 tuần) còn nghiên cứu của chúng tôi theo định nghĩa của Hướng dẫn quốc gia thai quá ngày sinh khi thai trên 287 ngày (≥ 41 tuần) hơn nữa nhóm nghiên cứu này lấy mức thiếu ối khi AFI < 5 cm còn nghiên cứu

của chúng tôi lấy mức ối ít khi $AFI \leq 6$ cm. Trong 105 trường hợp có 13 trường hợp nhập viện ở pha tích cực nên chỉ có 92 trường hợp NST trong đó có 79 trường hợp NST có đáp ứng chiếm 85,9%, 13 trường hợp NST không đáp ứng chiếm tỷ lệ 14,1% (bảng 3.1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Loan (NST không đáp ứng chiếm tỷ lệ 12%), tương tự với nhóm nghiên cứu Richa U. Test đã kích có vai trò là một thử nghiệm nhằm lượng giá khả năng chịu đựng của thai khi vào chuyển dạ, nghĩa là giá trị của CST là nhằm quyết định phương thức sinh của thai kỳ, hoặc sinh ngã âm đạo hoặc sinh mổ. Như vậy, những bệnh nhân trong mẫu ngay từ đầu có chỉ định mổ hoặc làm NST không đáp ứng thì không có chỉ định làm CST. Trong 105 trường hợp nhập viện có 13 trường hợp vào viện ở pha tích cực trong đó có 4 trường hợp không đo CST, có 62 trường hợp ở giai đoạn chưa chuyển dạ và ở pha tiềm tàng đo CST tổng cộng có 71 trường hợp đo CST. Theo bảng 3.1. phân bố thai quá ngày sinh theo CST cho kết quả CST bình thường trong mẫu nghiên cứu là 47 trường hợp (66,2%), tiếp theo là CST bất thường có 24 trường hợp (33,8%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Loan.

4.2. Mối liên quan giữa chỉ số ối và monitoring sản khoa với tình trạng mẹ và trẻ sơ sinh

Không có mối liên quan giữa cách sinh của mẹ với chỉ số ối với $P > 0,05$ (bảng 3.2). Theo tác giả Hà thị Mỹ Dung và cộng sự cho rằng có sự liên quan giữa chỉ số ối và phương pháp sinh của mẹ, $r = 0,41$. Theo nghiên cứu của Chauhan SP. và cộng sự chỉ số ối ≤ 50 mm so với chỉ số ối > 50 mm có liên quan làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai (RR = 2,2, 95% CI 1,5 - 3,4). Theo chúng tôi sở dĩ có sự khác biệt này do nhóm tác giả này lấy thiếu ối ở mức $AFI < 50$ mm, còn chúng tôi lấy thiếu ối ở mức $AFI \leq 6$ mm. Mối liên quan giữa chỉ số ối với tình trạng trẻ sơ sinh theo bảng 3.3. có tỷ lệ trẻ sơ sinh bị hội chứng Clifford ở nhóm ối ít cao gấp 3 lần nhóm ối bình thường. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), (OR = 3,26, 95% CI = 1,30 - 8,17). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Lan ở Huế. Bản thân riêng thể tích lượng ối cũng có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng dự hậu thai. Theo nghiên cứu của Đặng Thanh Vân và cộng sự cho rằng có mối liên quan giữa chỉ số ối và tình trạng sơ sinh khi chuyển dạ. Tác giả cho rằng AFI giảm liên quan tới thai nguy cơ bị hội chứng Clifford trong tử cung cần phải can thiệp kịp thời nhằm giảm tỷ lệ tử vong chu sản và tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ sơ sinh.

Theo hướng dẫn thực hành lâm sàng của CNGOF (2013) theo dõi tim thai bằng monitoring sản khoa bắt đầu ở tuần 41 của thai kỳ làm giảm tỷ lệ tử vong chu sinh so với theo dõi thai từ tuần 42 của thai kỳ (Mức C). Trong nghiên cứu của chúng tôi thai bắt đầu ở tuần 41 đã được đo CTG thường qui. Theo bảng 3.2 về liên quan giữa NST và tình trạng mẹ ở nhóm sinh thường có NST tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm có NST không đáp ứng tăng gấp 7 lần nhóm có NST có đáp ứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$) (OR = 6,58, 95% CI = 0,81 - 53,34). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Caughey. BA (OR = 1,81, CI 95% CI = 1,49 - 2,19). Trong nghiên cứu của chúng tôi về mối liên quan NST với Apgar phút thứ nhất tỷ lệ sơ sinh bị ngạt ở nhóm NST không đáp ứng tăng gấp 13 lần nhóm NST có đáp ứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (OR = 12,68; 95% CI = 3,07 - 52,35).

Siêu âm phát hiện thiếu ối trong thai quá ngày sinh có ý nghĩa rất lớn trong việc dự đoán tình trạng thai trong tử cung.

Bảng 4.1. So sánh giá trị tiên đoán chỉ số ối với các tác giả khác

Tác giả	Tuổi thai (tuần)	Tỷ lệ thiếu ối (%)	Dự báo	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	TĐDT (%)	TĐAT (%)
Crowley (1980)	>42	35	Mổ lấy thai do thai suy	100	68	12	100
Phelan (1985)	>41	3	Apgar 5<7	25	98	25	95
Hashimoto (1987)	>42	46	Thai già tháng	90	64	36	97
Đặng Thanh Vân (1999)	≥ 38 & ≤ 42		Hội chứng Clifford	64	99	99	98
Chúng tôi	≥ 41	40,9%	Hội chứng Clifford	61,5	67,1	38,1	84,1

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị tiên đoán của NST: độ nhạy 54,5%, độ đặc hiệu 91,4%, giá trị tiên đoán dương tính 46,2% và giá trị tiên đoán âm tính 93,7% tương tự với tác giả Ido Solt có độ nhạy 50%, độ đặc hiệu 90%, giá trị tiên đoán dương tính 50%, giá trị tiên đoán âm tính 90%. Theo tác giả Massome có độ nhạy là 62% và độ đặc hiệu là 42%, giá trị tiên đoán âm tính 94%. Về giá trị tiên đoán dương tính và âm tính của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Hence có giá trị tiên đoán âm tính cao và giá trị tiên đoán dương tính lại thấp. Theo rất nhiều tác giả, ở thai quá ngày sinh CST là thử nghiệm đầu tay để đánh giá tình trạng thiếu oxy trước sinh của thai. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị tiên đoán của CST có độ nhạy 88,9%, độ đặc hiệu 71,4%, giá trị tiên đoán dương tính 28,0% và giá trị tiên đoán âm tính = 97,8%. Theo Keegan nghiên cứu 895 bệnh nhân cho độ nhạy 61%, độ đặc hiệu 93%. CST được chứng tỏ là yếu tố dự báo bệnh lý tốt hơn NST, nhưng cả hai thử nghiệm đều là những thử nghiệm tiên đoán có ý nghĩa thống kê cao ($p < 0,001$).

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 105 trường hợp thai phụ mang thai quá ngày sinh nhập viện, theo dõi và điều trị tại khoa Phụ sản, Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng, chúng tôi có các kết luận sau:

Chỉ số ối trung bình là $67,6 \pm 24,3$ mm. Test không đủ kích không đáp ứng chiếm tỷ lệ 14,1%. Test đủ kích bất thường chiếm tỷ lệ 33,8%

Không có mối liên quan giữa chỉ số ối với phương pháp sinh của mẹ ($p > 0,05$). Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm

có NST không đáp ứng tăng gấp 7 lần nhóm có NST đáp ứng ($P < 0,05$). Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm có CST bất thường tăng gấp 26 lần nhóm có CST bình thường ($P < 0,01$).

Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị hội chứng Clifford ở nhóm ối ít tăng gấp 3 lần nhóm ối bình thường ($p < 0,05$). Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị ngạt ở nhóm NST không đáp ứng tăng gấp 13 lần nhóm NST có đáp ứng ($p < 0,05$). Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị ngạt ở nhóm CST bất thường tăng gấp 18 lần nhóm CST bình thường ($p < 0,05$).

Tài liệu tham khảo

- American College of Obstetrician and Gynecologist (2013), Ob-Gyns Redefine Meaning of "Term Pregnancy", pp. 1-2.
- Bailey D. (2010), Management of the prolonged pregnancy, O&G Magazine, 12(2), pp. 20-21.
- Balchin I. and Steer PJ. (2011), Prolonged Pregnancy, High Risk Pregnancy Management Option, Fourth Edition, Chapter 65, pp. 1139-1143.
- Bristish Columbia Reproductive Care Program (2005), Postterm Pregnancy, Obstetric Guideline, 7, pp.1-8..
- Hà Thị Mỹ Dung (2012), " Khảo sát bằng siêu âm đặc điểm bánh rau và nước ối ở các trường hợp đơn thai quá ngày sinh dự đoán", Tạp chí Y học Thực hành, 805.
- Gumus I.I, Kamalak Z. and Turhan NO. (2009), Prolonged Pregnancies: Approaches in clinical Management, The new Journal of Medicine, 26, pp. 11-15.
- Nguyễn Thị Ngọc Lan (2008), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí thai quá ngày sinh, Luận văn thạc sỹ Y học, trường Đại học Y Dược Huế.
- Lau KT. (2011), Prenatal fetal surveillance, High Risk Pregnancy Management Option, Fourth Edition, Chapter 10, pp. 163-172.
- Maha MA. (2008), Amniotic Fluid Index as a Predictor of Perinatal Outcome in Patient with Prolonged Pregnancy, Iraqi J. Comm Med, 3, pp. 216-219.
- Ministry of Health, NSW (2014), Maternity- Management of Pregnancy Beyond 41 weeks Gestation, Guideline.
- Mirteymouri M, Khooshideh M, Izadi S. and Shahriari A. (2009), The predictive value of ultrasound assessment of amniotic fluid index, biophysical profile score, nonstress test and foetal movement chart for meconium stain amniotic fluid in prolonged pregnancies, JPMA, 59, pp. 471.
- Phelan JP, Platt LD, Yeh SY, Broussard P and Paul RH. (1985), The role of ultrasound assessment of amniotic fluid volume in the management of the postdate pregnancy, Am J Obstet Gynecol, 151(3), pp. 304-8.
- Riahin AA, Lorzade N, Suri A, Gharehbegiou M., Rasuli A., Torkamani A. et al. (2013), The Diagnostic Value of Non-Stress Test in Patient with Decreased Amniotic Fluid Index and Decreased Fetal Movements, International Electronic Journal of Medicine, 2(1), pp. 22-26.
- Sénat MV (2011), Management of post term pregnancies: the role for the AFI, biophysical score and Doppler, J Gynecol Obstet Biol Reprod, 40(8), pp. 785-795.
- Solt I. and Divon MY (2005), Fetal Surveillance Tests, Fetal Imaging and Monitoring, pp. 291-307.
- South Australia Health (2012), Prolonged Pregnancy, South Australian Perinatal Practical Guidelines, Chapter 7, pp. 1-9.
- Tongsong T. and Srisomboon J. (1993), Amniotic fluid volume as a predictor of fetal distress on postterm pregnancy, Int Gynaecol Obstet, 40(3), pp. 213-217.
- Đặng Thanh Vân, Phan Trường Duyệt (2002), "Đo chỉ số nước ối trước chuyển da sinh tiên lượng thai có nguy cơ bị hội chứng Clifford", Y học thực hành, 8, tr. 64-66.
- Vayssiere C, Haumonte JB, Chantry A, Coatleven F, Debord MP, Gomez C. et al. (2013), Prolonged and post-term pregnancies: guidelines for clinical practice from thr French College of Gynecologist and Obstetricians, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 169(1), pp. 10-16.
- Walton JR. and Peaceman AM. (2012), Identification, Assesment and zManagement of Fetal Compromise, Clin Perinatol, 39, pp. 753-768.
- Women And Newborn Heath Service (2013), Prolonged Pregnancy, Clinical Guidelines, pp. 1-3.