

3. Phan Quan Chí Hiếu, Hà Thị Hồng Linh (2005). Hiệu quả phục hồi vận động của phương pháp thể châm cải tiến trên bệnh nhân tai biến mạch máu não. Luận án tốt nghiệp cao học Y học cổ truyền, Đại học Y dược TP. HCM, tr 79.
4. Ma Thị Kim Liên (2006). Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến mức độ đối lập trong sinh hoạt và nhu cầu phục hồi chức năng của người bệnh sau tai biến mạch máu não tại cộng đồng. Luận văn thạc sỹ, tr.25 - 37.
5. Nguyễn Thị Kim Liên (2011). Nghiên cứu phục hồi chức năng bàn tay trên bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não. Luận văn tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 90 – 95.
6. Nguyễn Xuân Thân (2004). Bệnh mạch máu não và tủy sống. Nhà xuất bản Y học, tr 265 - 266.
7. Vũ Thị Kim Thanh (2012). Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng vận động chi trên ở bệnh nhân tai biến nhồi máu vùng trên lều. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, tr 55.

DÂY RỐI QUẢN CỔ LÚC SINH VÀ KẾT CỤC TRÊN THAI NHI TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI AN GIANG

Nguyễn Ngọc Rạng¹, Trương Kim Thuyên²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dây rối quản cổ (DRQC) là một hiện tượng thường gặp vào những tháng cuối của thai kỳ và có thể gây bất lợi cho thai nhi. Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm xác định mối liên quan giữa DRQC một vòng với kết cục bất lợi trên thai nhi. **Đối tượng và phương pháp:** Một nghiên cứu bệnh-chứng với tỉ lệ 1:2 thực hiện tại Phòng sinh bệnh viện Sản Nhi An Giang từ 3/2019- 12/2019, nhóm bệnh gồm 90 sản phụ có DRQC một vòng và nhóm chứng gồm 180 sản phụ không có DRQC. **Kết quả:** DRQC một vòng không làm tăng nguy cơ ối nhuộm phân su, biểu đồ tim thai bất thường, sử dụng oxytocin để tăng cơ trong quá trình chuyển dạ, cũng như không làm tăng nguy cơ sinh mổ và trẻ ngạt sau sinh. **Kết luận:** Không có mối liên quan giữa DRQC một vòng với các yếu tố nguy cơ trong chuyển dạ và kết cục trên thai nhi.

Từ khóa: Dây rối quản cổ, kết cục thai nhi

SUMMARY

NUCHAL CORD AT DELIVERY AND PERINATAL OUTCOMES AT THE WOMEN AND CHILDREN HOSPITAL OF AN GIANG

Background: Nuchal cord is a common phenomenon in the late months of pregnancy and can be detrimental to the fetus. The objective of this study was to determine the association of nuchal cord with the unfavorable outcomes for newborns. **Subjects and methods:** A 1: 2 case-control study conducted at the delivery rooms at the Women and Children hospital of An Giang from 3/2019 to 12/2019, a group of 90 women with nuchal cord and a control group of 180 women without nuchal cord. **Results:** Nuchal cord did not increase the risk of meconium-stained amniotic fluid, abnormal cardiotocography, increased using oxytocin during labor, and did not increase

cesarean section and postpartum asphyxia. **Conclusions:** There is no association between nuchal cord and risk factors for unfavourable perinatal outcomes.

Keywords: Nuchal cord, perinatal outcomes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dây rối quản cổ (DRQC) là hiện tượng dây rối quản quanh cổ thai nhi một vòng hoặc nhiều vòng, thường gặp trong những tháng cuối của thai kỳ. DRQC là một trong những biến chứng thường gặp trong thai kỳ nó gây một số bất lợi cho thai nhi: nhịp tim thai giảm bất định, ối nhuộm phân su, tăng tỉ lệ mổ sanh, và chỉ số Apgar thấp, thai chết lưu [1]. Một phân tích tổng hợp gồm 145 nghiên cứu, DRQC một vòng chiếm 22% tổng số sinh và khoảng 4% trường hợp đối với trường DRQC từ hai vòng trở lên và tăng dần trong suốt thai kỳ.[2] Sự hiện diện của số vòng DRQC phụ thuộc vào lượng nước ối và sự cử động của thai nhi. DRQC thường xuất hiện khi chiều dài dây rối chiếm hơn 4/5 chiều dài thai nhi, có thể làm thay đổi tần số tim thai. Áp lực tử cung tăng trong lúc chuyển dạ gây tăng áp lực liên tục trên dây rối có thể có hại cho thai nhi [1],[3]. Tuy nhiên, một số tác giả không tìm thấy mối liên quan giữa DRQC với bất lợi cho thai kỳ [4] [8]. Thực tế DRQC luôn là nỗi lo của đa số các thai phụ nhất là trong giai đoạn chuyển dạ và thường yêu cầu được sinh mổ thay vì sinh ngã âm đạo. Điều này luôn tạo áp lực cho các bác sĩ sản khoa và nữ hộ sinh.

Khảo sát nhanh trong một tháng, tỉ lệ DRQC của các thai phụ đến sinh tại bệnh viện Sản Nhi An Giang là 13%, trong đó có 4,7% DRQC nhiều hơn một vòng. Đa số các trường hợp DRQC từ hai vòng trở lên được chẩn đoán qua siêu âm thường có chỉ định sinh mổ trừ các trường hợp không được biết trước. Trường hợp DRQC một vòng nếu không kèm theo một yếu tố bất thường nào khác sẽ được theo dõi sinh ngã âm

¹Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Sản Nhi An Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Rạng

Email: nguyennocrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2020

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2020

Ngày duyệt bài: 6.01.2021

đạo. Tuy nhiên trong quá trình theo dõi chuyển dạ cho các thai phụ này, các bác sĩ và nữ hộ sinh luôn bị một áp lực rất lớn từ phía thai phụ và người nhà. Với mong muốn có một chứng cứ khoa học tại cơ sở, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích xác định mối liên quan giữa DRQC một vòng với kết cục của thai nhi trong chuyển dạ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** các thai phụ chuyển dạ sinh có hoặc không có DRQC một vòng, tuổi thai 38-40 tuần, ngôi đầu và không có chỉ định phẫu thuật lấy thai ở thời điểm nhập viện.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Thai quá ngày, non tháng; bất thường sản khoa: đa thai, đa ối, thiếu ối, tử cung dị dạng, tiền sản giật, ngôi bất thường (ngôi mông, ngôi ngang hoặc ngôi mặt); có chỉ định phẫu thuật lấy thai ở thời điểm nhập viện như nhau bong non, tim thai suy, nhau tiền đạo ra huyết nhiều, dọa vỡ tử cung, đau vết mổ cũ, hoặc tiền lượng có nguy cơ phẫu thuật lấy thai như con quý, thai to, khung chậu hẹp, ối vỡ non, ối vỡ sớm > 24 giờ, nhiễm trùng ối, vết mổ cũ. Ngoài ra, loại trừ thai nhi có DRQC nhiều hơn một vòng hoặc có tiền sử bệnh lý nội khoa đi kèm.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Bệnh chứng 1:2; cứ một trường hợp sinh thường có DRQC được bắt cặp với 2 trường hợp sinh thường không có DRQC

- Địa điểm nghiên cứu: Phòng sanh, Bệnh viện Sản Nhi An Giang

- Thời gian: từ 01/03/2019 đến 30/12/2019

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha} \sqrt{2pq} + Z_{2\beta} \sqrt{(p_1q_1 + p_2q_2)})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Chọn OR = 3; $\alpha = 0,05$; $\beta = 0,2$ (lực mẫu 0,8); với $p_1 = 0,22$ (Theo Hayes [2] tỉ lệ DRQC một vòng là 22%), cỡ mẫu tính được là $n_1=90$ đối tượng cho nhóm bệnh và $n_2=180$ cho nhóm chứng.

Cách tiến hành: Chọn ngẫu nhiên các thai phụ nhập viện có dấu hiệu chuyển dạ từ 07 giờ sáng đến 17h chiều các ngày từ thứ 2 đến thứ 6 trong tuần. Mỗi sản phụ có siêu âm trước sinh với DRQC được theo dõi và xác định DRQC một vòng sau sinh. Sẽ loại bỏ nếu không có DRQC hoặc có DRQC từ 2 vòng trở lên. Cứ mỗi sản phụ có DRQC một vòng sẽ chọn tiếp 2 sản phụ không có DRQC làm nhóm chứng.

Thu thập dữ liệu: Một biểu mẫu soạn sẵn thu thập các biến nghiên cứu gồm: tuổi mẹ, nghề nghiệp, số lần sinh, tuổi thai, các yếu tố nguy cơ trong chuyển dạ gồm nước ối nhuộm phân su, sử dụng oxytocin tăng co, nhịp tim thai bất thường. Ghi nhận các biến liên quan kết cục thai nhi gồm phương pháp sinh, cân nặng trẻ, điểm số Apgar của trẻ ở phút đầu tiên sau sinh.

Định nghĩa các biến nghiên cứu:

- Dây rốn quấn cổ một vòng: dây rốn quấn quanh cổ thai nhi 360 độ.

- Nước ối nhuộm phân su: nước ối có màu xanh do thai nhi tổng xuất phân su hòa lẫn trong nước ối.

- Sử dụng oxytocin tăng co: Thai phụ được truyền tĩnh mạch Glucose 5% 500ml pha với 1 ống Oxytocin 5 đơn vị, truyền 5-20 giọt/phút trong giai đoạn chuyển dạ để tăng cơn co tử cung thúc đẩy quá trình chuyển dạ.

- Biểu đồ tim thai (cardiotocography) bất thường: biểu đồ tim thai xuất hiện một trong các trường hợp sau: trị số tim thai căn bản nhanh trầm trọng (>180 lần/phút) hoặc chậm trầm trọng (<100 lần/phút), đường biểu diễn tim thai phẳng (dao động nội tại <5), xuất hiện nhịp giảm muộn (Dip II) hoặc nhịp giảm bất định (Dip III) ít nhất 2 lần trong thời gian 30 phút, nhịp giảm kéo dài ≥ 15 giây.

- Điểm số Apgar 1 phút: tình trạng sức khỏe của bé ở phút đầu tiên ngay sau sinh dựa trên 5 yếu tố là màu da, nhịp tim, phản xạ kích thích, cử động và hô hấp với thang điểm từ 0 đến 2 cho mỗi yếu tố. Các điểm này sau đó cộng lại được tính từ 0 đến 10 điểm. Điểm số Apgar phút đầu tiên sau sinh < 7 được đánh giá là ngạt sau sinh cần phải hồi sức cho trẻ.

- Nghề nghiệp chia thành 2 nhóm: lao động nhẹ (nội trợ, công chức, giáo viên, uốn tóc, làm móng); lao động nặng (buôn bán, làm ruộng, làm mướn, công nhân).

Xử lý số liệu: Dùng phép kiểm T Student cho các biến số liên tục có phân phối chuẩn. Dùng xử lý bằng phép kiểm T Student. Dùng phép kiểm Chi-Square hoặc Fisher's exact cho các biến phân loại. Xử dụng phần mềm SPSS 22.0 trong Windows. Các test có sự khác biệt ý nghĩa thống kê khi $P < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân tích kết quả ghi nhận được từ 270 thai phụ chuyển dạ sinh gồm 90 trường hợp có DRQC một vòng và 180 trường hợp không có DRQC, chúng tôi nhận thấy:

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm	DRQC (+) (n=90)%	DRQC (-) (n=180)%	Trị số P
Tuổi mẹ: ≤ 18	3 (3,3)	14 (7,8)	0,114
19-34	80 (88,9)	160 (99,9)	
≥ 35	7 (7,8)	6 (3,3)	
Nghề nghiệp: Lao động nhẹ	62 (68,9)	127 (70,6)	0,780
Lao động nặng	28 (31,1)	53 (29,4)	
Số lần sinh: Con so	43 (47,8)	110 (61,1)	0,037
Con rạ	47 (52,2)	70 (38,9)	
Giới tính: Trẻ nam	49 (54,4)	82 (45,6)	0,168
Trẻ nữ	41 (45,6)	98 (54,4)	
Tuổi thai (tuần): ≤ 37	2 (2,8)	13 (8,9)	0,093
> 37	70 (97,2)	133(91,1)	
Cân nặng trẻ (gam): ≤ 2500	4 (4,4)	12 (6,7)	0,466
> 2500	86 (95,6)	168 (93,3)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tuổi mẹ, nghề nghiệp, giới tính, tuổi thai và cân nặng trẻ. Riêng con rạ có tỉ lệ DRQC cao hơn con so (P=0,037)

Bảng 2: Các yếu tố liên quan đến kết cục thai kỳ

Các yếu tố	DRQC (+) (n=90)	DRQC (-) (n=180)	OR (KTC 95%)	Trị số P
Nước ối nhuộm phân su	9 (10)	10 (5,6)	1,9 (0,7-4,8)	0,184
Dùng oxytocin tăng co	10 (11,1)	14 (7,8)	1,4 (0,6-3,4)	0,366
Biểu đồ tim thai bất thường	4 (4,4)	4 (2,2)	2,0 (0,5-8,3)	0,319
Sinh mổ	17 (18,9)	24 (13,3)	1,5 (0,7-2,9)	0,232
Điểm số Apgar 1 phút < 7	2 (2,2)	5 (2,8)	0,8 (0,2-4)	0,479

OR: Odds ratio; KTC 95%: khoảng tin cậy 95%; DRQC: Dây rốn quấn cổ.

IV. BÀN LUẬN

Phân tích một số đặc điểm của dân số nghiên cứu có thể ảnh hưởng đến quá trình chuyển dạ như tuổi mẹ, nghề nghiệp liên quan đến lao động nặng, tuổi thai và cân nặng trẻ, chúng tôi không thấy có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Tuy nhiên bà mẹ sinh con rạ có tỉ lệ bị DRQC cao hơn (52,2% so với 38,9%; P=0,031), điều này phù hợp với nghiên cứu của Bernard và CS [5] sinh nhiều lần có nguy cơ DRQC nhiều hơn so với bà mẹ sinh lần đầu.

So sánh quá trình chuyển dạ của hai nhóm có và không có DRQC chúng tôi không tìm thấy mối liên quan mang ý nghĩa thống kê giữa DRQC một vòng với các yếu tố nguy cơ trong chuyển dạ như nước ối nhuộm phân su, biểu đồ tim thai bất thường, sử dụng oxytocin để tăng co, cũng như kết cục sinh mổ và điểm số Apgar 1 phút < 7 (P>0,05).

Theo tác giả Trần Quang Hiền, khảo sát trên 358 sản phụ được theo dõi sinh tại bệnh viện Phụ Sản Hùng Vương với 89 trường hợp em bé sinh ra có DRQC cho thấy ở nhóm có DRQC tỷ lệ nhịp tim giảm xuất hiện nhiều hơn (P < 0,001), tỷ lệ ối nhuộm phân su cao hơn (P=0,014), và tỷ lệ mổ sinh cao hơn (AOR=2), tuy nhiên không có

sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về sử dụng oxytocin để tăng co trong chuyển dạ và điểm số Apgar 1 phút và 5 phút [6].

Nghiên cứu của Mastrobattista cho thấy DRQC không làm tăng nguy cơ ối nhuộm phân su, bất thường nhịp tim thai, tỉ lệ sinh mổ nhưng điểm số Apgar 1 phút < 7 tăng đáng kể (P=0,01) [1]. Ngược lại Peregrine và cộng sự (CS) ghi nhận có sự gia tăng điểm số Apgar 1 phút < 7 nhưng không có ý nghĩa thống kê [7]. Một nghiên cứu hồi cứu dựa vào dân số với cỡ mẫu lớn gồm 166.318 sản phụ, Sheiner và CS [8] nhận thấy tỉ lệ có DRQC là 14,7% và không thấy có sự khác biệt về bất thường tim thai, can thiệp sinh cũng như tỉ lệ sinh mổ giữa 2 nhóm. Tỉ lệ điểm số Apgar < 7 vào thời điểm 1 phút cao hơn ở nhóm có DRQC (4,8% so với 4,4%; P=0,008), tuy nhiên vào thời điểm 5 phút thì điểm số Apgar nhóm có DRQC thấp hơn (0,5% so với 0,7%; P=0,004). Ngoài ra, tỉ lệ chết chu sinh lại thấp hơn ở nhóm có DRQC (11/1.000 so với 16/1.000; P=0,001).

Trong quá trình chuyển dạ, các cơn co tử cung sẽ đẩy thai nhi di chuyển dần xuống cổ tử cung cùng với nhau thai và dây rốn. Do đó DRQC không gây cản trở cho sự di chuyển của bé và vì

thể không ảnh hưởng đến tiến trình cuộc chuyển dạ. Khi dây rốn ngắn, DRQC có thể khiến thai nhi khó lọt, ảnh hưởng tới độ mở cổ tử cung do đầu thai nhi cúi không tốt. Tuy nhiên DRQC kèm dây rốn ngắn là rất ít. Nhiều nghiên cứu cho thấy chỉ khi dây rốn quấn cổ chặt hoặc quấn nhiều vòng mới có thể khiến thai nhi bị thiếu oxy gây suy thai trong chuyển dạ với hai biểu hiện đặc trưng trên lâm sàng là nước ối nhuộm phân su và nhịp tim thai bất thường.

Tóm lại, với DRQC một vòng rất ít khi gây ra vấn đề bất lợi cho cả mẹ và thai nhi. Thai nhi bị DRQC một vòng có thể được sinh dễ dàng qua ngã âm đạo và an toàn. Giới hạn ở nghiên cứu này là chúng tôi chưa ghi nhận được số trường hợp DRQC một vòng chặt để so sánh với nhóm dây rốn quấn cổ một vòng lỏng cũng như chưa đánh giá được một yếu tố nguy cơ khá quan trọng trong chuyển dạ đó là chuyển dạ đình trệ do ngôi cúi kém. Ngoài ra mẫu nghiên cứu còn nhỏ và chỉ thực hiện ở một trung tâm nên chưa thể suy rộng cho mẫu dân số. Cần thiết có những nghiên cứu tiền cứu, mẫu lớn và đa trung tâm để khẳng định kết quả này.

V. KẾT LUẬN

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa dây rốn quấn cổ một vòng với các yếu tố nguy cơ trong chuyển dạ như ối nhuộm phân su, biểu đồ tim thai bất thường, sử dụng oxytocin để tăng và cũng chưa tìm thấy mối liên quan giữa dây

rốn quấn cổ một vòng với kết thúc thai kỳ bất lợi vì vậy can thiệp sinh là không cần thiết ở thai nhi có dây rốn quấn cổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shrestha NS, Singh N. (2007)** Nuchal cord and perinatal outcome. Kathmandu Univ Med J (KUMJ). Jul-Sep;5(3):360-3
2. **Hayes DJL, Warland J, Parast MM, et al. (2020)** Umbilical cord characteristics and their association with adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. Sep 24;15(9):e0239630.
3. **Sherer DM, Sokolovski M, Dalloul M, Khoury-Collado F, Abulafia O. (2005)** Is fetal cerebral vascular resistance affected by the presence of nuchal cord(s) in the third trimester of pregnancy? Ultrasound Obstet Gynecol. May;25(5):454-8.
4. **Kong CW, Chan LW, To WW. (2015)** Neonatal outcome and mode of delivery in the presence of nuchal cord loops: implications on patient counselling and the mode of delivery. Arch Gynecol Obstet. Aug;292(2):283-9.
5. **Bernad ES, Craina M, Tudor A, Bernad SI. (2012)** Perinatal outcome associated with nuchal umbilical cord. Clin Exp Obstet Gynecol.;39(4):494-7.
6. **Trần Quang Hiền và Nguyễn Ngọc Thoa (2008)** "Tỷ lệ dây rốn quấn cổ thai nhi trong chuyển dạ và các yếu tố liên quan". <http://hosrem.org.vn/detailNews/thongtin/186>
7. **Peregine E, P O'Brian, Jauniaux E.(2005)** neck cord Ultrasound detected before induction of labor and cesarean risk. Obstet Gynecol Ultrasound; 25: 160-4.
8. **Sheiner E, Abramowicz JS, Levy A, Silberstein T, Mazor M, Hershkovitz R. (2006)** Nuchal cord is not associated with adverse perinatal outcome. Arch Gynecol Obstet. May; 274(2):81-3.

TỶ LỆ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HUYẾT THANH DƯƠNG TÍNH VỚI TOXOPLASMA GONDII Ở PHỤ NỮ TUỔI SINH ĐẼ HUYỆN KRÔNG BÔNG TỈNH ĐẮK LẮK NĂM 2020

Trần Vũ Hoà¹, Thân Trọng Quang²
Lê Minh Hoài An¹, Nguyễn Trần Uyên Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bệnh Toxoplasmosis là một vấn đề sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới. Bệnh do ký sinh trùng *Toxoplasma gondii* (T. gondii) gây ra, là một loại ký sinh trùng nội bào bắt buộc, có khả năng lây nhiễm nhiều động vật máu nóng bao gồm cả con người, dẫn

đến một bệnh phổ biến trên toàn cầu, làm ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng. Xu thế hiện nay đẩy mạnh việc chăm lo cho sức khỏe trong cộng đồng, bệnh do *Toxoplasma* đang được nhiều nhà nghiên cứu trên toàn thế giới quan tâm từ nhiều khía cạnh khác nhau. Việc nâng cao nhận thức về bệnh T. gondii là rất cần thiết cho phòng ngừa tình trạng lây nhiễm trong cộng đồng, đặc biệt là những phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, có thể hạn chế những yếu tố nguy cơ có thể ảnh hưởng đến thời kỳ mang thai. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về nhiễm T. gondii trong cộng đồng chưa nhiều, đặc biệt khu vực miền Trung và Tây Nguyên cho đến nay rất ít đề tài nghiên cứu nhiễm T. gondii. Để xác định tỷ lệ huyết thanh dương tính T. gondii cũng như một số yếu tố liên quan góp phần vào sự lưu hành của bệnh và đề xuất biện pháp phòng

¹Bệnh viện Từ Dũ

²Đại học Tây Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trần Uyên Phương

Email: ntuphuong.iu@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2020

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2020

Ngày duyệt bài: 7.01.2021