

Giá trị tiên lượng cuộc đẻ của góc chằm sống trên siêu âm ở những thai phụ chuyển dạ đủ tháng tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2021

Bùi Văn Hiếu¹, Đoàn Thị Huế², Bùi Phúc Thịnh¹, Phùng Chí Thiện²

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

*Tác giả liên hệ

Bùi Văn Hiếu

Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Điện thoại: 0971288115

Email: hieubv@hpmu.edu.vn

Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 01/05/2023

Ngày phản biện: 09/06/2023

Ngày duyệt bài: 04/09/2023

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 120 thai phụ đơn thai chuyển dạ đủ tháng từ ngày 17/01/2021 đến 30/04/2021 tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. Trong nghiên cứu số sản phụ sinh thường là 87,5% và tỷ lệ sinh mổ là 12,5%. Điểm cut off của góc chằm sống trong tiên lượng sinh thường là OSA $\geq 125^\circ$ với độ nhạy 85,7% và độ đặc hiệu 86,7%. Nhóm có OSA $\geq 125^\circ$ có tỷ lệ sinh thường cao hơn nhiều lần so với nhóm có OSA $< 125^\circ$ với OR = 39 và $p < 0,001$. Nhóm sinh thường có góc OSA $\geq 125^\circ$ có thời gian kết thúc giai đoạn Ia và kết thúc cuộc chuyển dạ rút ngắn hơn (phút) ($261,06 \pm 23,75$ và $401,28 \pm 26,72$ so với $703,67 \pm 98,87$ và $906,33 \pm 89,27$) so với nhóm có OSA $< 125^\circ$. Những sản phụ trên 35 tuổi có góc OSA $\geq 125^\circ$ có tỷ lệ đẻ đường âm đạo cao gấp 13 lần so với nhóm có OSA $< 125^\circ$ ($p = 0,032$). Những sản phụ sinh con lần đầu có góc OSA $\geq 125^\circ$ có tỷ lệ đẻ đường âm đạo cao gấp 14 lần so với nhóm OSA $< 125^\circ$ ($p = 0,001$). **Kết luận:** Đo góc OSA trên siêu âm là một công cụ khách quan để đánh giá độ cúi của thai trong chuyển dạ và dự đoán phương pháp sinh. Nhóm sản phụ có góc OSA $< 125^\circ$ độ thường tăng nguy cơ sinh mổ.

Từ khóa: góc chằm sống, siêu âm ngả bụng, thai đủ tháng, sinh đường âm đạo, sinh mổ, bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

Prognostic value of the occiput spine angle on ultrasound of pregnant women in full-term labor at Hai Phong Hospital of Obstetrics & Gynecology in 2021

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study of 120 singleton pregnant women in full-term labor from January 17, 2021, to April 30, 2021, at Hai Phong Hospital of Obstetrics and Gynecology. In the study, the percentage of women giving vaginal delivery was 87.5% and the percentage of those having cesarean section was 12.5%. The cut-off point of the occiput spine angle (OSA) in predicting the probability of vaginal delivery was 125° with a sensitivity of 85.7% and specificity of 86.7%. The group having OSA $\geq 125^\circ$ had a rate of vaginal delivery that was much higher than the group showing OSA $< 125^\circ$ with OR at 39. The vaginal delivery group with OSA $\geq 125^\circ$ had a shorter time (minutes) to end-stage Ia and the labor (261.06 ± 23.75 and 401.28 ± 26.72 compared to 703.67 ± 98.87 and 906.33 ± 89.27) compared to the group having OSA $< 125^\circ$. The women over 35 years old with OSA $\geq 125^\circ$ had a rate of vaginal delivery that was 13 times higher than those with OSA $< 125^\circ$. The pregnant women giving birth for the first time with OSA \geq

125° had a rate of vaginal delivery that was 14 times higher than those having OSA < 125°. **Conclusion:** Measuring OSA on ultrasound is an objective tool to assess the degree of fetal head deflexion during labor and to predict the method of delivery. The Pregnant women with occiput–spine angle < 125° had a higher risk for cesarean section.

Keywords: occiput - spine angle, transabdominal ultrasound, full-term gestation, vaginal delivery, cesarean section, Hai Phong Hospital of Obstetrics & Gynecology.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, tỉ lệ mổ lấy thai có xu hướng tăng trên toàn thế giới và nhiều quốc gia, tỉ lệ này cao hơn nhiều so với chỉ định của y tế. Việc lạm dụng sinh mổ dẫn đến tăng đáng kể tỉ lệ tử vong của cả mẹ và thai nhi[3]. Ở khu vực nông thôn của Châu Phi vùng cận Sahara, tỉ lệ mổ lấy thai là 1- 2%, nhưng ở Ai cập và Hy Lạp tần suất lên tới hơn 50%[4]. Ở Trung Quốc tỉ lệ này là 45%, trong đó có gần 2/3 phụ nữ thành thị và 25% ở nông thôn sinh con bằng phương pháp đẻ mổ. Hậu quả của sinh mổ có thể dẫn đến tăng nguy cơ vỡ tử cung, nhau thai bất thường, thai ngoài tử cung, thai chết lưu và sinh non trong các lần mang thai tiếp theo[2]. Do đó việc tiên lượng chính xác cuộc chuyển dạ là cần thiết để tối ưu hóa các can thiệp thích hợp đúng thời điểm, giảm bớt khó khăn và hạn chế những biến cố ở mức thấp nhất.

Từ trước đến nay, việc đánh giá và quản lý một cuộc chuyển dạ phụ thuộc vào các yếu tố tiên lượng trong quá trình hỏi, thăm khám sản phụ khi vào đẻ và diễn biến trong quá trình chuyển dạ. Chẩn đoán ngừng tiến triển và quyết định lựa chọn phương pháp can thiệp chủ yếu dựa vào việc thăm khám bằng tay qua đánh giá độ xóa mờ cổ tử cung, độ lọt và kiểu thể của thai. Tuy nhiên, phương pháp này thường mang tính chủ quan, đặc biệt là khi có bướu huyết thanh sẽ gây khó khăn cho việc xác định vị trí thóp và đường liên thóp của thai.

Một số nghiên cứu chỉ ra rằng một vài chỉ số trên siêu âm chính xác hơn thăm khám lâm sàng trong chẩn đoán kiểu thể, độ lọt của thai trong khung chậu và trong dự đoán thai

ngừng tiến triển như góc tiến triển (Angle of Progression), khoảng cách tiến triển (progression distance), khoảng cách đầu – khớp mu (head – perineum distance), hướng đầu thai nhi hay góc chằm sòng (occiput spine angle - OSA). Trong đó, đo góc chằm sòng trong giai đoạn 1 của chuyển dạ có ý nghĩa dự đoán những trường hợp chuyển dạ ngừng trệ cần can thiệp phẫu thuật sớm. So sánh với những trường hợp sinh tự nhiên qua ngã âm đạo, những ca này thường có giá trị góc OSA nhỏ hơn. Điều này gợi ý về một tình trạng đầu cúi không tốt dẫn đến đường kính lọt trình diện trước khung chậu mất cân xứng làm tăng nguy cơ ngừng trệ cuộc chuyển dạ. Tuy nhiên đây là phương pháp khá mới nên có ít nghiên cứu về phương pháp này và sự hiểu biết tính hiệu quả của nó còn hạn chế. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi nghiên cứu đề tài: “Giá trị tiên lượng cuộc đẻ của góc chằm sòng trên siêu âm ở những thai phụ chuyển dạ đủ tháng tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2021” với mục tiêu: Nhận xét giá trị tiên lượng cuộc đẻ của góc chằm sòng trên siêu âm ở những thai phụ nói trên.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện ở 120 thai phụ đơn thai chuyển dạ đủ tháng từ ngày 17/01/2021 đến 30/04/2021 tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng đã được lựa chọn dựa trên 1 số tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn

Đồng ý tham gia nghiên cứu

Số lượng: đơn thai, thai sống

Tuổi thai từ 37 tuần trở lên

Ngôi chòm kiểu thể chằm chậu trái trước (CCTT) hoặc phải trước (CCPT)

Bản quyền © 2023 Tạp chí Khoa học sức khỏe

Thai đã chuyển dạ đang ở giai đoạn Ia
Không có chỉ định mổ lấy thai

Tiêu chuẩn loại trừ

Sản phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu
Sản phụ có chỉ định mổ lấy thai
Tất cả những trường hợp khác CCTT và CCPT

Sản phụ chuyển dạ đẻ non

Thai nhi bất thường

Cỡ Mẫu: Lấy mẫu thuận tiện không xác suất
thoả mãn tiêu chuẩn nghiên cứu

Việc lựa chọn đối tượng trong nghiên cứu
được thực hiện tại phòng cấp cứu và khoa đỡ
đẻ của Bệnh viện theo sơ đồ dưới đây:



Kỹ thuật đo góc chẩm sống

- Hướng dẫn bệnh nhân nằm trên bàn siêu âm.
- Đánh giá kiểu thể thai được thực hiện tốt nhất qua siêu âm ngả đường bụng ở mặt cắt ngang hoặc đứng dọc. Đầu dò được đặt nằm ngang trên bụng mẹ, lấy mặt cắt ngang qua bụng trên và ngực của thai, từ đó xoay dọc đầu dò để thấy được cột sống.

- Sau đó di chuyển đầu dò xuống đến vùng trên xương mu của mẹ để lấy được đầu thai

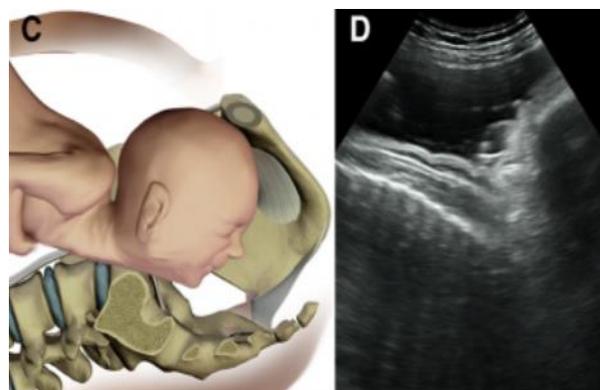
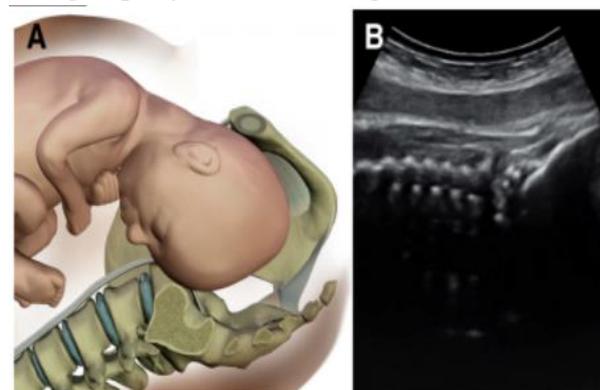
- Điểm mốc để xác định vị trí chẩm, đó là nếu thấy hai hốc mắt thai tương ứng với kiểu thể chẩm sau, thấy đường lưỡng đỉnh là kiểu thể ngang, thấy vùng chẩm và cột sống là kiểu thể trước.

- Xác định mặt cắt cần đo với những trường hợp có kiểu thể trước

- Nếu vị trí đang đặt đầu dò nằm lệch sang trái là kiểu thể chẩm chậu trái trước, tương tự lệch sang phải là kiểu thể chẩm chậu phải trước

- Điều chỉnh đầu dò sao cho mặt cắt thu được thấy rõ xương chẩm và đốt sống cổ 1 của thai nhi

- Góc chẩm sống (OSA) là góc tạo bởi đường thẳng tiếp tuyến với xương chẩm và đường thẳng tiếp tuyến với cột sống cổ 1 của thai



Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Các biến liên tục được xử lý bằng phép kiểm định T – test hoặc ANOVA test. Các biến định tính dùng phép kiểm định Chi square hoặc Fisher's exact test. Các test có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

KẾT QUẢ

Một số đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

		n	%
Tuổi	< 35	103	85,8

	≥ 35	17	14,2
	$\bar{X} \pm SD$		28,29 \pm 5,27
Chiều cao	150 – 154	32	26,7
	≥ 155	88	73,3
	$\bar{X} \pm SD$		157,57 \pm 4,62
BMI trước sinh	< 23	98	81,7
	≥ 23	22	18,3
	$\bar{X} \pm SD$		21,39 \pm 1,32
Số lần sinh	Con lần đầu	41	34
	Sinh lần 2	48	40
	Sinh ≥ 3 lần	31	26

Một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng trong tiền lượng cuộc chuyển dạ

Một số yếu tố liên quan đến phương pháp sinh

Bảng 3.2. Một số yếu tố liên quan đến phương pháp sinh

Đặc điểm	Phương pháp sinh		n	OR (95% CI)	p	
	Đẻ thường	Đẻ mổ				
Tuổi	< 35	97 (94,2%)	6 (5,8%)	103 (100%)	8,2 (5,2 – 15,1)	<0,001
	≥ 35	8 (47,1%)	9 (52,9%)	17 (100%)		
Đặc điểm thai kì	Con dạ	77 (97,5%)	2 (2,5%)	79 (100%)	8,35 (6,35 – 10,2)	0,002
	Con so	28 (68,3%)	13 (31,7%)	41 (100%)		
Chiều cao	≥ 155	84 (95,5%)	4 (4,5%)	88 (100%)	10,9 (8,3 – 18,6)	<0,001
	150 – 154	21 (65,6%)	11 (34,4%)	32 (100%)		
BMI	< 23	90 (91,8%)	8 (8,2%)	98 (100%)	5,2 (1,66 – 16,62)	0,007
	≥ 23	15 (68,2%)	7 (31,8%)	22 (100%)		
Chỉ số Bishop	≥ 6	67 (95,7%)	3 (4,3%)	70 (100%)	7,05 (1,87–26,57)	0,002
	< 6	38 (76%)	12 (24%)	50 (100%)		
Kiểu thể	CCTT	90 (92,8%)	7 (7,2%)	97 (100%)	6,86 (2,17-21,71)	0,002
	CCPT	15 (65,2%)	8 (34,8%)	23 (100%)		
Tình trạng ối	Bình thường	104 (88,9%)	13 (11,1%)	117 (100%)	16 (8,23 – 32,2)	0,041
	Thiếu ối	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3 (100%)		
Trọng lượng thai	2500 - 3400	99 (90%)	11 (10%)	110 (100%)	6 (1,09 – 11,1)	0,006
	≥ 3500	6 (60%)	4 (40%)	10 (100%)		

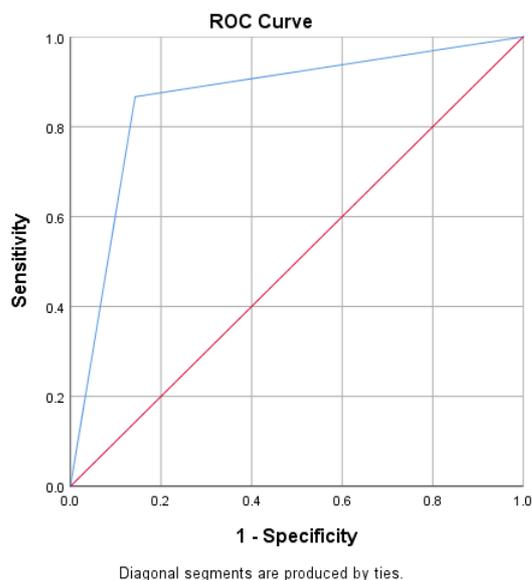
Giá trị tiên lượng của góc chằm sòng trên siêu âm

Bảng 3.3. Giá trị cut – off của góc OSA trên siêu âm

Góc chằm sòng (OSA)	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Dương tính giả (%)
≥ 110	100	6,7	93,3
≥ 115	100	20	80
≥ 120	96,2	53,3	46,7

≥ 125	85,7	86,7	13,3
≥ 130	28,6	100	0
≥ 135	4,8	100	0

Nhận xét: Trong nghiên cứu điểm cut off của góc chằm sồng trong tiên lượng cuộc chuyển dạ đẻ thường $\geq 125^\circ$ với độ nhạy 85,7% và độ đặc hiệu 86,7%.



Hình 3.1. Đường cong ROC của góc chằm sồng và kết cục thai kì

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC (AUC = 0,84) có giá trị trong tiên lượng kết cục cuộc chuyển dạ, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

Bảng 3.4. Liên quan giữa góc OSA với phương pháp sinh

Cut off OSA	Phương pháp sinh		n	OR (95% CI)	p
	Đẻ thường	Đẻ mổ			
≥ 125	90 (97,8%)	2 (2,17%)	92 (100%)	39 (17,98 – 52,46)	< 0,001
< 125	15 (53,6%)	13 (46,4%)	28 (100%)		

Nhận xét: Nhóm có OSA $\geq 125^\circ$ có tỷ lệ sinh thường cao hơn nhiều lần so với nhóm có OSA $< 125^\circ$ với OR = 39 (95% CI: 17,98 – 52,46) và $p < 0,001$.

Bảng 3.5. Liên quan giữa OSA với thời gian giai đoạn Ia

Phương pháp sinh	n (%)	Cut off	Thời gian trung bình kết thúc theo dõi gđ Ia (phút)	p
Đẻ thường	90 (85,7%)	≥ 125	261,06 \pm 23,75	0,001
	15 (14,3%)	< 125	703,67 \pm 98,87	

Nhận xét: Trong nhóm sản phụ đẻ thường thời gian trung bình kết thúc theo dõi gđ Ia của nhóm có góc OSA $\geq 125^\circ$ là 261,06 \pm 23,75 (phút) và của nhóm góc OSA $< 125^\circ$ là 703,67 \pm 98,87 (phút).

Bảng 3.6. Liên quan giữa OSA với thời gian kết thúc chuyển dạ

Phương pháp sinh	Cut off	Thời gian trung bình kết thúc theo dõi chuyển dạ (phút)	p
Đẻ thường	≥ 125	401,28 ± 26,72	< 0,001
	< 125	906,33 ± 89,27	

Nhận xét: Thời gian trung bình kết thúc theo dõi cuộc chuyển dạ của nhóm đẻ thường có góc OSA ≥ 125° là 401,28 ± 26,72 (phút) và của nhóm góc OSA < 125° là 906,33 ± 89,27 (phút).

Bảng 3.7. Giá trị cut – off của góc OSA ở nhóm sản phụ ≥ 35 tuổi

Góc chằm sống (OSA)	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Dương tính giả (%)
≥ 115	100	33,3	66,7
≥ 120	100	44,4	55,6
≥ 123	87,5	66,7	33,3
≥ 125	87,5	77,8	22,2
≥ 126	62,5	88,9	11,1
≥ 130	12,5	100	0

Nhận xét: Ở nhóm sản phụ trên 35 tuổi, điểm cut off của góc chằm sống trong tiên lượng cuộc chuyển dạ đẻ thường ≥ 125° với độ nhạy 87,5% và độ đặc hiệu 77,8%.

Bảng 3.8. Liên quan giữa tuổi mẹ với góc OSA và phương pháp sinh

Tuổi	OSA	Đẻ thường	Đẻ mổ	n	OR (95%CI)	p
≥ 35	≥ 125	8 (72,7%)	3 (27,3%)	11	13 (8,26 – 16,7)	0,032
	< 125	1 (16,7%)	5 (83,3%)	6		
< 35	≥ 125	79 (97,5%)	2 (2,5%)	81	14 (8,2 – 17,2)	0,06
	< 125	17 (77,3%)	6 (22,7%)	22		

Nhận xét: Những sản phụ trên 35 tuổi, có tỷ lệ đẻ đường âm đạo ở nhóm có góc OSA ≥ 125° cao gấp 13 lần so với nhóm có OSA < 125° (p = 0,032).

Bảng 3.9. Ngưỡng cut – off của góc OSA ở nhóm con sơ

Góc chằm sống (OSA)	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Dương tính giả (%)
≥ 115	100	21,8	78,2
≥ 120	98,5	34,6	65,4
≥ 123	87,5	64,7	35,3
≥ 125	88,9	75,6	24,4
≥ 126	64,7	81,2	18,8
≥ 130	11,5	100	0

Nhận xét: Ở nhóm sản phụ sinh lần đầu, điểm cut off của góc chằm sống trong tiên lượng cuộc chuyển dạ đẻ thường ≥ 125° với độ nhạy 88,9% và độ đặc hiệu 75,6%.

Bảng 3.10. Liên quan giữa đặc điểm thai kì với góc OSA và phương pháp sinh

Tuổi	OSA	Đẻ thường	Đẻ mổ	n	OR (95%CI)	p
Con dạ	≥ 125	65 (97%)	2(3%)	67	3 (1,3 – 6,7)	0,056

	< 125	11 (91,6%)	1(8,4%)	12		
Con so	≥ 125	24 (88,9%)	3(11,1%)	27	14.4 (9,1 – 18,2)	0,001
	< 125	5 (35,7%)	9(64,3%)	14		

Nhận xét: Những sản phụ sinh con lần đầu có tỷ lệ đẻ đường âm đạo ở nhóm có góc OSA ≥ 125° cao hơn gấp 14 lần so với nhóm OSA < 125° với p = 0,001.

BÀN LUẬN

Liên quan giữa góc chẩm sống và phương pháp sinh

Trong nghiên cứu, đa số thai nhi được đánh giá là cúi tốt trong quá trình chuyển dạ với 92 sản phụ tương ứng với 76,7% trường hợp đo được góc OSA ≥ 125° tại thời điểm chẩn đoán. Trong số này, gần như sản phụ đều kết thúc sinh thường thành công với tỷ lệ là 85,7%. Bên cạnh đó, có 28 trường hợp có góc OSA < 125° thì chỉ có 14,3% trong số này chuyển dạ sinh thường và 86,7% trường hợp có chỉ định sinh mổ. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ sinh thường của nhóm có góc OSA ≥ 125° thì cao hơn 39 lần so với nhóm có OSA < 125° với OR = 39 (95% CI: 17,98 – 52,46) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Gin và cs thực hiện trên 108 phụ nữ mang thai đơn không có yếu tố đẻ khó (>37 tuần) báo cáo rằng thai nhi có góc OSA < 125° tăng nguy cơ với sinh mổ và sinh thường cần hỗ trợ biện pháp can thiệp. Cụ thể trong nghiên cứu có 79 trong số đó trải qua sinh tự nhiên qua đường âm đạo và 29 case sinh có hỗ trợ biện pháp hỗ trợ can thiệp (19 case sinh mổ và 10 case sinh bằng đường âm đạo có sử dụng giác hút). Góc OSA hẹp hơn đáng kể ở những phụ nữ sinh mổ và sinh thường có sử dụng giác hút với giá trị góc chẩm sống được ghi nhận là OSA < 121° ± 10,5 (p = 0,03) [5]. Theo tác giả Bellussi và cs đã ghi nhận có sự tương quan giữa độ cúi của thai với kết cục thai kỳ trên 200 sản phụ đơn thai đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Kết quả của nghiên cứu có sự khác nhau đáng kể về tỷ lệ sinh thường giữa nhóm

có góc OSA ≥ 125° và nhóm OSA < 125 lần lượt là 80,5 % và 57,6% với p = 0,006 [1]. Một nghiên cứu khác của M.Maged và cs (n = 400) đã báo cáo kết quả tương tự. Trong nghiên cứu hầu hết những trường hợp có góc OSA ≥ 126° đều kết thúc sinh thường với 94,3% thành công. Nhóm có góc OSA < 126° có tỷ lệ sinh thường là 53,7% và sinh mổ là 46,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001 [6].

Liên quan giữa góc chẩm sống và thời gian kết thúc giai đoạn Ia

Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng trong số những sản phụ sinh thường, thời gian giai đoạn Ia ở nhóm ở nhóm sản phụ có góc OSA ≥ 125° rút ngắn hơn so với nhóm góc OSA < 125°. Thời gian trung bình kết thúc giai đoạn Ia của nhóm có góc OSA ≥ 125° là 261,06 ± 23,75 (phút) và của nhóm góc OSA < 125° là 703,67 ± 98,87 (phút). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,001. Kết quả của chúng tôi gần giống với nghiên cứu của M.Maged và cs thực hiện đánh giá liên quan giữa góc chẩm sống trong giai đoạn I cuộc chuyển dạ và với kết cục thai kỳ theo dõi trên 400 sản phụ đơn thai không có yếu tố đẻ khó. Trong nghiên cứu của tác giả, thời gian giai đoạn I cuộc chuyển dạ kéo dài hơn ở nhóm có góc OSA < 126° là 6,8 ± 2,1 giờ so với nhóm có góc OSA ≥ 126° là 4,16 ± 1,63 giờ. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với p < 0,001 [6]. Hay nghiên cứu khác của tác giả Gin và cs trên 108 sản phụ đơn thai đủ tiêu chuẩn lựa chọn cũng đã chỉ ra sự khác nhau về thời gian giai đoạn đầu cuộc chuyển dạ giữa nhóm sinh thường và sinh mổ. Ở nhóm kết thúc sinh thường có góc OSA trung bình là 127 ± 9,4 độ đã kết thúc giai đoạn I

khoảng $274,1 \pm 168,6$ phút có thời gian ngắn hơn đáng kể so với nhóm sinh mổ có góc OSA trung bình $121 \pm 10,5$ độ là $505 \pm 259,4$ phút với $p < 0,001$ [5].

Liên quan giữa góc chằm sống với thời gian kết thúc theo dõi cuộc chuyển dạ

Ở nhóm sản phụ sinh thường, có sự khác biệt đáng kể về thời gian kết thúc cuộc chuyển dạ giữa nhóm có OSA $< 125^\circ$ và nhóm OSA $\geq 125^\circ$ ($p < 0,001$). Thời gian kết thúc cuộc chuyển dạ của nhóm có góc OSA ≥ 125 là $401,28 \pm 26,72$ (phút) ngắn hơn thời gian chuyển dạ của nhóm OSA $< 125^\circ$ là $906,33 \pm 89,27$ (phút). Kết quả của chúng tôi gần giống với một số nghiên cứu nước ngoài như: nghiên cứu của Gin và cs được thực hiện ở trường đại học Bologna và Parma từ tháng 1/2014 đến tháng 7/2015 trên 108 phụ nữ mang thai đơn không có yếu tố đẻ khó (> 37 tuần) được siêu âm đường bụng trong giai đoạn I cuộc chuyển dạ với những trường hợp góc OSA trên 125° có liên quan đến rút ngắn thời gian cuộc chuyển dạ (OR = 1,62; 95% CI 1,07 – 2,45; P = 0,02) [5]. Nghiên cứu của M.Maged và cs thực hiện đo góc chằm sống trong theo dõi tiến trình cuộc chuyển dạ trong giai đoạn I (n = 400) đã kết luận có sự chênh lệch đáng kể về thời gian kết thúc chuyển dạ của nhóm có góc OSA $\geq 126^\circ$ và nhóm OSA $< 126^\circ$ với $p < 0,001$. Thời gian trung bình kết thúc đến khi sổ rau của nhóm OSA $\geq 126^\circ$ là $5,08 \pm 1,06$ giờ ngắn hơn so với nhóm có góc OSA $< 126^\circ$ là $8,7 \pm 2,85$ giờ [6]. Chúng tôi nhận thấy rằng, độ cúi của thai càng tốt càng chứng tỏ thai uốn khuôn càng tốt trong khung chậu của mẹ. Khi đó, cùng với động lực của cơn co tử cung giúp đầu thai xuống thấp và tỷ tốt hơn dẫn đến sự xóa mở cổ tử cung phù hợp với giai đoạn cuộc chuyển dạ

giúp hạn chế sự xuất hiện của chuyển dạ kéo dài.

KẾT LUẬN

Ngưỡng cut – off của góc OSA xét ở nhóm nghiên cứu trong tiền lượng sinh thường là OSA $\geq 125^\circ$. Sản phụ có góc OSA $\geq 125^\circ$ có tỷ lệ sinh thường cao gấp 9 lần so với nhóm có OSA $< 125^\circ$ với $p < 0,001$

Ở những sản phụ trên 35 tuổi, tỷ lệ đẻ đường âm đạo ở nhóm có góc OSA $\geq 125^\circ$ cao gấp 10 lần so với nhóm có OSA $< 125^\circ$ ($p = 0,032$).

Những sản phụ sinh con lần đầu, có tỷ lệ đẻ đường âm đạo ở nhóm có góc OSA $\geq 125^\circ$ cao hơn gấp 9 lần so với nhóm OSA $< 125^\circ$ với $p = 0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bellussi, F. và các cộng sự. (2020), "Sonographic diagnosis of fetal head deflexion and the risk of cesarean delivery", Am J Obstet Gynecol MFM. 2(4), tr. 100217.
2. Betrán, A. P. và các cộng sự. (2018), "Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies", Lancet. 392(10155), tr. 1358-1368.
3. Betran, A. P. và các cộng sự. (2016), "WHO Statement on Caesarean Section Rates", Bjog. 123(5), tr. 667-70.
4. Boerma, T. và Ronsmans, C. (2019), "Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections - Authors' reply", Lancet. 394(10192), tr. 25.
5. Ghi, T. và các cộng sự. (2016), "The "occiput-spine angle": a new sonographic index of fetal head deflexion during the first stage of labor", Am J Obstet Gynecol. 215(1), tr. 84.e1-7.
6. Maged, A. M. và các cộng sự. (2019), "Measurement of the fetal occiput-spine angle during the first stage of labor as predictor of the progress and outcome of labor", J Matern Fetal Neonatal Med. 32(14), tr. 2332-2337.