

# DÂY RÓN QUẢN CỔ THAI NHI MỘT VÒNG VỚI CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TRONG CHUYỂN DẠ VÀ KẾT CỤC THAI KỲ

*Trương Kim Thuyên, Đoàn Ngọc Dung, Lâm Bảo Duyên*

*Khoa Sản, Bệnh viện An Giang*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** *Mối liên quan giữa dây rốn quấn cổ một vòng với các yếu tố nguy cơ trong chuyển dạ và kết cục thai kỳ. **Thiết kế nghiên cứu:** Bệnh chứng. **Địa điểm:** Khoa Sản, Bệnh Viện Đa Khoa trung Tâm An Giang. **Đối tượng nghiên cứu:** 90 bà mẹ mang thai đủ tháng, ngôi đầu, theo dõi chuyển dạ sinh tự nhiên có dây rốn quấn cổ một vòng và 180 bà mẹ mang thai đủ tháng, ngôi đầu, theo dõi chuyển dạ sinh tự nhiên không có dây rốn quấn cổ (Từ 01/03/2015 đến 30/08/2015). **Kết quả:** Chưa tìm thấy mối liên quan giữa dây rốn quấn cổ một vòng với nguy cơ ối nhuộm phân su, biểu đồ tim thai bất thường, sử dụng Oxytocin để tăng co trong quá trình chuyển dạ cũng như nguy cơ tăng tỉ lệ mổ lấy thai và trẻ ngạt sau sinh. **Kết luận:** Chưa tìm thấy mối liên quan giữa dây rốn quấn cổ một vòng với các yếu tố nguy cơ trong chuyển dạ và kết cục thai kỳ.*

## SUMMARY

**Objective:** *to find out intrapartum complication and perinatal outcomes in the cases with nuchal cord. **Study Design:** Case control study.*

**Setting:** *Department of Obstetrics, General Hospital Center An Giang.*

**Subjects:** *90 pregnant women delivered babies with nuchal cord and 180 delivered babies without nuchal cord (From 03/01/2015 to 08/30/2015).*

**Result:** *There were no association between nuchal cord with meconium stained amniotic risk, fetal heart rate abnormalities, asphyxiated after birth. The use of oxytocin and caesarean section rates were not high in nuchal cord group.*

**Conclusions:** *Not found an association between nuchal cord with intrapartum complication and perinatal outcomes*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Dây rốn quấn cổ (DRQC) là hiện tượng dây rốn quấn quanh cổ thai nhi một vòng hoặc nhiều vòng, thường gặp trong những tháng cuối của thai kỳ [4]. Nguyên nhân của

tình trạng này là thai nhi thường xuyên cử động và thay đổi tư thế trong bụng mẹ. DRQC khá phổ biến, thường gặp trên lâm sàng với tỉ lệ 6% đến 37% và không phải là vấn đề nghiêm trọng trừ khi DRQC nhiều vòng hoặc quấn chặt [4].

Một số nghiên cứu về ảnh hưởng của DRQC đã được tiến hành ở các nước phát triển. Theo một số tác giả, DRQC thường kết hợp với kết quả thai bất lợi như suy thai, sinh non, cân nặng khi sinh thấp ... Tuy nhiên, một số tác giả không tìm thấy mối liên quan giữa DRQC với bất lợi cho thai kỳ. Thực tế DRQC luôn là nỗi sợ hãi của đa số các thai phụ nhất là trong giai đoạn chuyển dạ. Ý nghĩ em bé sẽ bị “bóp nghẹt” khi sinh làm cho họ không chấp nhận sinh ngã âm đạo. Thường họ luôn yêu cầu được sinh mổ chỉ với một lý do là em bé của họ có một vòng dây rốn quấn cổ. Điều này luôn tạo áp lực cho các Bác sĩ sản khoa và Nữ hộ sinh. Một kết cục xấu trên thai nhi luôn bị đổ lỗi do vòng dây rốn quấn cổ mặc dù có nhiều nguyên nhân khác.

Khảo sát nhanh trong một tháng, tỉ lệ DRQC của các thai phụ đến sinh tại BVĐKTTAG là 13%, trong đó có 4,7% DRQC nhiều hơn một vòng. Đa số các trường hợp DRQC từ 2 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 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 các yếu tố nguy cơ trong chuyển dạ và kết cục thai kỳ.

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

*Thiết kế nghiên cứu:* Bệnh chứng.

*Địa điểm nghiên cứu:* Phòng sanh - Khoa Sản - Bệnh Viện ĐKTT An Giang.

*Thời gian:* từ 01/03/2015 đến 30/08/2015

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

$$n = \frac{(Z2\alpha \sqrt{2pq} + Z2\beta \sqrt{p1q1 + p2q2})^2}{(p1-p2)^2}$$

Chọn OR = 3;  $\alpha = 0,05$ ;  $\beta = 0,2$  (lực mẫu 0,8);  $p_1 = 0,2$  (Trần Quang Hiền)

$p_2 = 0,4$ ;  $p = 0,3$ ;  $q = 0,7$

$n = 90$

Chọn 1 bệnh - 2 chứng.

*Đối tượng nghiên cứu:*

*Nhóm bệnh:* các thai phụ chuyển dạ sinh 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.

*Nhóm chứng:* các thai phụ chuyển dạ sinh không có DRQC, 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, nhau nhóm III, tử cung dị dạng, tiền sản giật, ngôi mông, ngôi ngang, 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; DRQC thai nhi nhiều hơn một vòng hoặc có tiền sử bệnh lý nội khoa đi kèm.

*Cách tiến hành:*

Chọn ngẫu nhiên các thai phụ nhập viện vì có dấu hiệu chuyển dạ từ 07 giờ sáng đến 17h chiều các ngày từ thứ 2 đến thứ 6 trong tuần. Các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn được làm dấu vào hồ sơ. Thông tin sẽ được ghi nhận dựa trên hồ sơ khi sản phụ ra viện. Tại thời điểm chọn mẫu, nhóm có DRQC được căn cứ vào kết quả siêu âm và sau đó được kiểm chứng sau sinh, nếu không đúng sẽ loại bỏ. Phiếu thông tin gồm: Thông tin hành chánh như 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; Kết cục thai kỳ gồm phương pháp sanh, điểm số Apgar của trẻ ở phút đầu tiên sau sinh; Các thông tin khác như tình trạng DRQC thực tế sau sinh và cân nặng trẻ.

*Vấn đề Y đức:* không vi phạm

*Các biến nghiên cứu:*

*Biến kết cục:*

*Dây rốn quấn cổ một vòng:* dây rốn quấn quanh cổ thai nhi 360 độ [3].

*Biến dự đoán:*

*Nước ối nhuộm phân su:* nước ối có màu xanh do thai nhi tống xuất phân su hòa lẫn trong nước ối [1].

*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 [1].

*Biểu đồ tim thai (CTG) 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  $\geq 15$  giây [1].

*Sinh mổ:* là phẫu thuật lấy thai nhi, nhau và màng ối qua một vết mổ ở thành bụng vào tử cung còn nguyên vẹn (WHO).

*Sinh thường:* sinh ngã âm đạo

*Sinh giúp:* sinh ngã âm đạo với sự trợ giúp của máy hút

*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 ngay sau sinh cần phải hồi sức cho trẻ [1].

*Phương pháp thống kê:* xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 16.0. Các biến số liên tục được xử lý bằng phép kiểm T Student. Biến số nhị phân dùng phép kiểm Chi-Square. Các test có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

## **KẾT QUẢ**

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

**Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu**

<b>Đặc điểm</b>	<b>DRQC (+) (n=90)</b>	<b>DRQC (-) (n=180)</b>	<b>Trị số p</b>
Tuổi ( $\geq 35$ )	7 (7,8)	6 (3,3)	0,14
Nghề nghiệp (Vận động ít)	62 (68,9)	127 (70,6)	0,78
Sinh con so	43 (47,8)	110 (61,1)	0,05
Tuổi thai	39 (1)	39,2 (0,8)	1,00
Cân nặng trẻ	3.040 (320)	3.080 (364)	0,40

Các thông số tuổi, nghề nghiệp và sinh con so ghi bằng số trường hợp (tỉ lệ %), tuổi thai và cân nặng trẻ được ghi bằng trung bình (độ lệch chuẩn). Tuổi của thai phụ được chia thành 3 nhóm: < 20 tuổi, 20-34 tuổi và nhóm  $\geq 35$  tuổi. Nghề nghiệp chia thành 2 nhóm: nhóm nghề ít vận động (Nội trợ, lao động trí óc, uốn tóc, làm móng, thợ may) và nhóm nghề vận động nhiều (Buôn bán, làm ruộng, làm mướn).

**Bảng 2: So sánh các yếu tố nguy cơ trong chuyển dạ và kết cục thai kỳ của hai nhóm nghiên cứu**

<b>Các yếu tố</b>	<b>DRQC (+) (n=90)</b>	<b>DRQC (-) (n=180)</b>	<b>OR (KTC 95%)</b>	<b>Trị số p</b>
Nước ối nhuộm phân su	9 (10)	10 (5,6)	1,9 (0,7-4,8)	0,20
Dùng oxytocin tăng co	10 (11,1)	14 (7,8)	1,5 (0,6-3,9)	0,37
Biểu đồ tim thai bất thường	4 (4,4)	4 (2,2)	2,2 (0,5-9)	0,30
Sinh mổ	17 (18,9)	24 (13,3)	1,5 (0,7-3)	0,30
Điểm số Apgar 1 phút < 7 (Trẻ ngạt sau sinh)	2 (2,2)	5 (2,8)	0,8 (0,2-4)	1,00

OR: Odds ratio. KTC 95%: khoảng tin cậy 95%.

## **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, số lần sinh, tuổi thai và cân nặng trẻ, chúng tôi không thấy có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Điều này phù

hợp với kết quả của đa số các nghiên cứu khác trong và ngoài nước. Một vài yếu tố được xem là nguyên nhân gây ra tình trạng DRQC như dây rốn dài, đa ối, thai nhi cử động nhiều trong bụng mẹ. Tuy nhiên mối liên quan giữa DRQC với các đặc điểm trên chưa được tìm thấy.

So sánh quá trình chuyển dạ của hai nhóm 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 giảm xuất hiện nhiều hơn ( $p < 0,001$ ), tỷ lệ ối nhuộm phân su cao hơn ( $p = 0,014$ ), tỷ lệ mổ sinh cao hơn (OR hiệu chỉnh =2) nhưng 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 [2].

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 ( $p=0,01$ ) [4]. Ngược lại Peregrine ghi nhận có sự gia tăng điểm số Apgar 1 phút  $< 7$  nhưng không có ý nghĩa thống kê [7]. Dhar báo cáo DRQC không làm tăng nguy cơ sinh mổ kể cả sinh mổ vì lý do suy thai [5]. Shiner cũng ghi nhận tỉ lệ sinh mổ không tăng ở nhóm có DRQC nhưng điểm số Apgar 5 phút  $< 7$  là tăng đáng kể ( $p=0,004$ ) [6]. Larson báo cáo có mối liên quan giữa DRQC với nước ối nhuộm phân su và nhịp tim thai bất thường nhưng không làm tăng nguy cơ mổ lấy thai [8]. Tuy nhiên các nghiên cứu này khảo sát trên tổng thể các trường hợp DRQC gồm DRQC một vòng và nhiều vòng.

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 thế 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. Mặt khác, bên trong lòng tử cung dây rốn vốn được bảo vệ rất tốt, bên ngoài là môi trường nước ối,

bên trong tử cung Wharton là chất keo mềm mại bảo vệ các mạch máu bên trong chống lại các chèn ép từ bên ngoài. 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. Có một tỉ lệ rất cao nhịp tim thai bất thường trong giai đoạn 2 của chuyển dạ (Giai đoạn sổ thai), tuy nhiên hầu hết các trường hợp này là do phản ứng với kích thích phó giao cảm do đầu thai nhi bị chèn ép chứ không phải do dây rốn bị chèn ép [3]. Bác sĩ Rachel Reed (Úc) chuyên nghiên cứu các vấn đề về dây rốn nói rằng nhiều nghiên cứu đã cho thấy DRQC một vòng rất hiếm 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.

## **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 co và một kết thúc thai kỳ bất lợi như tăng tỉ lệ mổ lấy thai hoặc tăng tỉ lệ trẻ ngạt sau sinh.

## **KIẾN NGHỊ**

Cần có một nghiên cứu sâu hơn so sánh giữa nhóm DRQC một vòng chặt và nhóm DRQC một vòng lỏng để có cơ sở khoa học rõ ràng hơn giúp cho các bác sĩ sản khoa, các Nữ Hộ Sinh theo dõi chuyển dạ và đỡ sanh an toàn cho các bà mẹ có DRQC một vòng mà không bị áp lực vì lo ngại một kết cục xấu sẽ xảy ra cho mẹ và bé.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ môn Phụ sản Đại học Y dược TP.HCM (2010). Sản Phụ Khoa.
2. Nguyễn Ngọc Thoa, Trần Quang Hiền. “Tỷ lệ dây rốn quấn cổ thai nhi trong chuyển dạ và các yếu tố liên quan”.
3. [http://en.wikipedia.org/wiki/Nuchal\\_cord](http://en.wikipedia.org/wiki/Nuchal_cord)
4. Mastro Battista JM, JM Hollier, Yeomans ER, et al. Effects of wire nape of birth weight and neonatal outcomes immediately. Am J Chu was born in 2005; 22 (2): 83-5
5. KK Dhar, Ray SN, Dhall GI. -Significance of nuchal cord. Indian J Med detection of nuchal cord AssoUltrasound prior to Labor induction and the risk was not statistically ....
6. Sheiner E, Abramowick JS, Levy A, Silberstein T, M Mazor, Hershkovitz R. nape Cord is not related to adverse perinatal outcomes. Arch Gynecol Obstet, 2006. 274 (2): 81-83.
7. Peregrine E, P O'Brian, Jauniaux E. neck cord Ultrasound detected before induction of labor and cesarean risk. Obstet Gynecol Ultrasound 2005; 25: 160-4.
8. JD Larson, Rayborn WF, Crosby S, Thurnau GR. Many neck problems and complications during labor. Am J Obs Gynecol 1995; 173: 1228-31.
9. JI.Effect Adinma of wire entanglement on Pregnancyoutcome. Intl J Obs Gyneacol 1990; 32 (1): 15-8.
10. DA Rhoades, Latza V, Muller BA. Risk factors and outcomes associated with neck cord: a population-based study. J Reprod Med 1999 Edu; 44 (1): 39-45.
11. Schaffer L, Barkhardt T, Zimmermann R, halter neck Karmanavicious J. and delivery of post-term. You need to know? Obs Gynecol 2005; 106: 23-28.
12. AA Begum, Sultana H, R Hasan, Ahmed M. Conditions behind fetal distress. JAFMC Bangladesh 2011