

Tỷ lệ và kết cục thai kỳ ở những trường hợp thiếu ối có tuổi thai từ 38 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng

Phạm Chí Kông^{1,2*}

¹ Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng

² Bộ môn Phụ sản, Trường Y Dược, Đại học Đà Nẵng

doi: 10.46755/vjog.2024.1.1703

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Phạm Chí Kông; email: kongpc@danang.gov.vn

Nhận bài (received): 20/4/2024 - Chấp nhận đăng (accepted): 10/5/2024

Tóm tắt

Mục tiêu: xác định tỷ lệ thiếu ối và đánh giá kết cục thai kỳ ở những trường hợp thiếu ối có tuổi thai ≥ 38 tuần tại Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng.

Phương pháp: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 111 thai phụ thiếu ối và 222 thai phụ có chỉ số nước ối bình thường đến điều trị Bệnh viện Phụ sản Nhi Đà Nẵng từ tháng 5/2022 đến tháng 5/2023.

Kết quả: Tỷ lệ thiếu ối là 2,2%. Có sự liên quan giữa bệnh lý mẹ (OR = 1,91, KTC 95% 1,07 - 3,37, $p < 0,05$) và thai chậm tăng trưởng trong tử cung (OR = 4,9; KTC 95% 2,2 - 8,1; $p < 0,05$) với thiếu ối. Thiếu ối làm tăng nguy cơ mổ lấy thai 2,3 lần (OR = 2,3, KTC 95% 1,6 - 4,5, $p < 0,05$), nguy cơ trẻ sinh ra có chỉ số Apgar <7 ở nhóm thiếu ối tăng gấp 4,8 lần (OR = 4,8; KTC 95% 1,4 - 15,9, $p < 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ thiếu ối trong nghiên cứu này tương tự như một số nghiên cứu khác. Có sự liên quan giữa tình trạng bệnh lý của mẹ và thai chậm tăng trưởng trong tử cung với tình trạng thiếu ối. Thiếu ối làm tăng nguy cơ mổ lấy thai.

Từ khóa: thiếu ối, kết cục, thai kỳ nguy cơ cao.

The rate and fetal-maternal outcomes in oligohydramnios with gestational age 38 weeks or more at Da Nang Hospital for Women and Children

Pham Chi Kong^{1,2*}

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, Da Nang Hospital for Women and Children, Da Nang City, Viet Nam

² Department of Obstetrics and Gynecology, The School of Medicine and Pharmacy, The University of Danang, Viet Nam

Abstract

Objectives: To determine the rate of oligohydramnios and to evaluate the pregnancy outcomes in cases of oligohydramnios with gestational age ≥ 38 weeks at Da Nang Hospital for Women and Children.

Materials and methods: A cross-sectional study was conducted on 111 pregnant women with oligohydramnios and 222 pregnant women with normal amniotic fluid index treated at Da Nang Hospital for Women and Children from May 2022 to May 2023.

Results: The rate of oligohydramnios is 2.2%. There is an association between maternal pathology (OR = 1.91, 95% CI 1.07 - 3.37, $p < 0.05$) and intrauterine growth restriction (OR = 4.9; 95% CI 2.2 - 8.1; $p < 0.05$) with oligohydramnios. Oligohydramnios increases the risk of cesarean section 2.3 times (OR = 2.3, 95% CI 1.6 - 4.5, $p < 0.05$). The risk of babies born with an Apgar score < 7 in the oligohydramnios group increased 4.8 times (OR = 4.8; 95% CI 1.4 - 15.9, $p < 0.05$).

Conclusion: The rate of oligohydramnios in this study is similar to some other studies. There is a relationship between the mother's medical condition and intrauterine growth retardation and oligohydramnios. Oligohydramnios increases the risk of cesarean section.

Keywords: oligohydramnios, outcomes, high risk pregnancy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu ối là thai kỳ nguy cơ cao thường gặp trong sản khoa. Nước ối cung cấp môi trường bảo vệ và hỗ trợ cho sự phát triển của thai trong suốt thai kỳ. Bình thường nước ối đạt mức cao nhất ở tuần 36 và sau đó giảm dần cho đến lúc sinh. Chẩn đoán thiếu ối khi chỉ số nước ối

< 5 cm hoặc đường kính khoang ối lớn nhất < 2 cm [1], [2]. Tỷ lệ thiếu ối thay đổi từ 2 - 14% [3-5]. Thiếu ối có thể xảy ra trong một số bệnh lý của mẹ như tăng huyết áp mạn, tiền sản giật, đái tháo đường, thai quá ngày dự sinh... Một số bất thường của thai ở hệ tiết niệu, tiêu hóa cũng gây nên thiếu ối. Ngoài ra, ối vỡ non cũng là một nguyên

nhân thường gặp gây thiếu ối.

Thiếu ối làm tăng nguy cơ mổ lấy thai và liên quan đến các kết cục bất lợi như suy thai, thai lưu, hội chứng hít phân su, trọng lượng lúc sinh thấp...Do đó, việc chẩn đoán và xử trí đúng thời điểm sẽ giúp cải thiện các kết cục cho mẹ và con [6]. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ thiếu ối và đánh giá kết cục thai kỳ ở những trường hợp thiếu ối có tuổi thai ≥ 38 tuần tại Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 111 sản phụ được chẩn đoán thiếu ối nhập viện tại Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Đơn thai sống, thai bình thường.
- Tuổi thai ≥ 38 tuần.
- Chỉ số AFI ≤ 50 mm.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Đa thai.
- Thai lưu
- Rỉ ối hoặc vỡ ối
- Tuổi thai không phù hợp.
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích.

2.3. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Cỡ mẫu

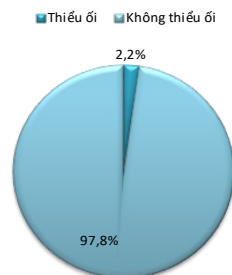
Áp dụng công thức dùng cho nghiên cứu mô tả cắt ngang với giả thiết nghiên cứu có độ tin cậy Z (1-a/2) là 95% và độ sai lệch kết quả là 5% thì số sản phụ cần cho nghiên cứu là:

Công thức tính cỡ mẫu:

$$N = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} \cdot p \cdot q}{\delta^2}$$

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ thiếu ối



Biểu đồ 1. Tỷ lệ thiếu ối

Tại Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng từ tháng 5/2022-tháng 2/2023 có 13.512 sản phụ vào sinh, trong đó có 295 thai phụ có tuổi thai từ 38 tuần trở lên bị thiếu ối. Như vậy, tỷ lệ thiếu ối trong nghiên cứu này là 2,2% .

Trong đó:

n: cỡ mẫu của nhóm nghiên cứu

$Z_{(1-\alpha/2)}$: độ tin cậy

δ : là khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được và tỷ lệ của quần thể là 5%.

p: Tỷ lệ thiếu ối (p = 0,0780 [7])

Thay vào công thức tính được N = 111

Kỹ thuật chọn mẫu

Chọn mẫu không xác suất (mẫu tiện lợi): Chọn tất cả sản phụ có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ tháng 5/2022 đến tháng 2/2023 đến khi đủ cỡ mẫu thì dừng lại.

Đối với nhóm so sánh: cứ 1 thai phụ có thiếu ối được chọn vào nhóm nghiên cứu sẽ chọn ngẫu nhiên 2 thai phụ có CSNO bình thường, có cùng các tiêu chuẩn khác của nhóm nghiên cứu vào khoa sinh cùng thời điểm hoặc ngay trước, ngay sau thai phụ được chọn vào nhóm nghiên cứu. Như vậy, nhóm so sánh có tổng số là: 222 thai phụ.

2.4. Các bước tiến hành

Thai phụ vào khoa sinh được chẩn đoán là thiếu ối được siêu âm lại bằng máy siêu âm của khoa sinh, do người tiến hành nghiên cứu thực hiện.

Khám tình trạng của thai phụ khi vào phòng sinh

- Khám thác tiền sử, bệnh sử

- Khám toàn trạng:

- Khám sản khoa:

+ Khám ngoài: Ngôi thai, tim thai, cơn co tử cung..

+Thăm âm đạo: đánh giá chỉ số Bishop, độ xoá mở CTC..

- Quan sát, ghi nhận các diễn biến tiếp theo quá trình thai phụ được theo dõi,xử trí tại khoa sinh cho đến khi kết thúc cuộc đẻ, theo dõi tình trạng trẻ sơ sinh cho đến khi ra viện.

2.5. Xử lý số liệu

- Số liệu thu thập được nhập và xử lý phân tích số liệu trên phần mềm Medcalc16.8.4. Phân tích đơn biến để tìm các yếu tố nguy cơ.

3.2. Bệnh lý mẹ và thiếu ối

Bảng 1. Mối liên quan giữa bệnh lý mẹ và thiếu ối

Bệnh mẹ	Nhóm	Thiếu ối		Không thiếu ối		P	OR	95% CI
		n	%	n	%			
Có bệnh		10	9,0	11	5,0			
Không có bệnh		101	91,0	211	95,0	0,028	1,91	1,07 - 3,37
Tổng số		111	100	222	100			

Mẹ có bệnh lý trong thai kỳ như tim mạch, nội tiết, tiền sản giật... làm tăng nguy cơ thiếu ối 1,9 lần so với nhóm không có bệnh, $p < 0,05$.

3.3. Thai chậm tăng trưởng trong tử cung và thiếu ối

Bảng 2. Mối liên quan giữa thai chậm phát triển trong tử cung và thiếu ối

IUGR	Nhóm	Thiếu ối		Không thiếu ối		P	OR	95% CI
		n	%	n	%			
Có		7	6,3	3	1,4		4,9	2,2 - 8,1
Không		104	93,7	219	98,6	0,011		
Tổng số		111	100	222	100			

Nguy cơ thiếu ối ở các trường hợp thai chậm tăng trưởng trong tử cung cao gấp 4,9 lần so với thai kỳ không bị chậm tăng trưởng trong tử cung (OR = 4,9; KTC 95% 2,2 - 8,1; $p < 0,05$).

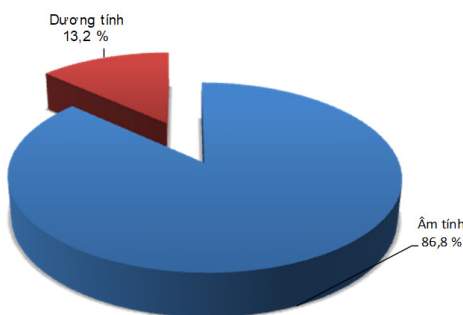
3.4. Phương pháp xử trí

Bảng 3. Phân bố cách xử trí ban đầu đối với thai phụ thiếu ối

Xử trí ban đầu	n	%
Mổ lấy thai chủ động	35	31,5
Theo dõi chuyển dạ sinh thường	76	68,5
Tổng	111	100

Có 35 trường hợp vào viện có chỉ định mổ lấy thai do các chỉ định như vết mổ cũ, ngôi ngang, ngôi ngược hoặc sản phụ có bệnh lý kèm theo.

3.5. Kết quả test đả kích ở những trường hợp thiếu ối



Biểu đồ 2. Kết quả test đả kích

Trong 76 trường hợp được thực hiện đo tim thai bằng monitoring sản khoa, tỷ lệ test âm tính là 86,8% (66/111). Stress test dương tính chiếm tỷ lệ 13,2% (10/111), những trường hợp này có chỉ định mổ lấy thai.

3.6. Kết quả xử trí sau khi thực hiện test âm tính

Bảng 4. Kết quả xử trí sau khi thực hiện test âm tính

Cách xử trí	n (%)	Kết quả	
		Thất bại	Thành công
Đặt sonde Foley CTC	40 (60,6%)	10 (25%)	30 (75%)
Bấm ối, truyền Oxytocin	14 (21,2%)	6 (42,9%)	8 (57,1%)
Theo dõi sinh thường	12 (18,2%)	4 (33,3%)	8 (67,7%)
Tổng	66	20 (30,3%)	46 (69,7%)

Trong 66 trường hợp stress test âm tính, tỷ lệ khởi phát chuyển dạ bằng sonde Foley CTC chiếm tỷ lệ cao nhất, chiếm 60,6%. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ sinh thường thành công ở nhóm đặt sonde Foley là 75%.

3.7. Phương pháp sinh ở các sản phụ thiếu ối

Bảng 5. Liên quan giữa phương pháp sinh ở các sản phụ thiếu ối

Cách sinh	Thiếu ối		Không thiếu ối		OR; KTC 95%	p
	Tình trạng ối	n	%	n		
Mổ lấy thai		65	58,6	84	37,8	2,3 1,6 - 4,5
Sinh đường âm đạo		46	41,4	138	62,2	
Tổng số		111	100	222	100	

Thai kỳ thiếu ối làm tăng nguy cơ mổ lấy thai gấp 2,3 lần.

3.8. Liên quan đến chỉ số APGAR trẻ sau sinh

Bảng 6. Chỉ số APPGAR trẻ sau sinh

APGAR 1P	Thiếu ối		Không thiếu ối		p	OR; KTC 95%
	n	%	n	%		
3 - < 7 đ	9	8,1	4	1,8	0,001	4,8; 1,4 - 15,9
≥ 7 đ	102	91,9	218	98,2		
Tổng	111	100	222	100		

Thiếu ối làm tăng nguy cơ APGAR 1 phút của trẻ < 7 điểm gấp 4,8 lần, p < 0,01

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ thiếu ối

Tỷ lệ thiếu ối trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,2%. Phân tích của Figueroa L và cs cho thấy tỷ lệ thiếu ối là 0,7%, khác nhau giữa các nghiên cứu, thấp nhất ở Zambia (0,2%) và cao nhất ở Cộng hòa dân chủ Công Gô (1,5%) [8]. Nghiên cứu của Lâm Đức Tâm cho thấy tỷ lệ thiếu ối là 14,11% [7]. Sự khác nhau về tỷ lệ giữa các nghiên cứu có thể do đối tượng nghiên cứu khác nhau, tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau và kỹ thuật của người thực hiện siêu âm tại cơ sở y tế làm nghiên cứu.

4.2. Liên quan bệnh lý mẹ và thiếu ối

Tỷ lệ mẹ bị bệnh trong nhóm thiếu ối là 9,0%. So với nhóm không thiếu ối thì mẹ bị bệnh có nguy cơ thiếu ối cao gấp 1,9 lần (OR = 1,9; KTC 95% 1,07 - 3,37. P < 0,05). Theo nghiên cứu của Lâm Đức Tâm, thai kỳ có bệnh lý mẹ kèm theo làm tăng nguy cơ thiếu ối lên 2,17 lần so với thai kỳ không có bệnh lý [7]. Người ta nhận thấy một số bệnh lý của mẹ như giảm tuần hoàn tử cung-nhau, đái đường, tăng huyết áp, tiền sản giật... có liên quan đến tình trạng thiếu ối của thai nhi.

4.3. Liên quan giữa thai chậm tăng trưởng trong tử cung và thiếu ối

Theo Curdy nguyên nhân gây thiếu ối kèm theo thai kém phát triển trong tử cung thường là do suy thai trường diễn dẫn đến tình trạng phân bố lại tuần hoàn gặp trong các trường hợp đa dị tật, tiền sản giật hay các bệnh về thận... dẫn tới hậu quả là máu được ưu tiên cung cấp cho tim và não nên đường kính lưỡng đỉnh, chu vi đầu phát triển bình thường, trong khi đó máu cung cấp cho các cơ quan khác giảm đi làm cho gan và các cơ quan khác trong ổ bụng phát triển chậm lại dẫn đến chu vi bụng nhỏ đi [9]. Chiều dài xương đùi ít thay đổi, do đó thai kém phát triển trong tử cung thường liên quan đến trọng lượng thai thấp, ít liên quan tới chiều dài thai trừ những trường hợp bất thường quá nặng.

Trong nghiên cứu này, nguy cơ thiếu ối ở các trường hợp thai chậm tăng trưởng trong tử cung cao gấp 4,9 lần so với thai kỳ không bị chậm tăng trưởng trong tử cung (OR = 4,9; KTC 95% 2,2 - 8,1; p < 0,05) [10]. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Triệu Thuý Hường (OR = 1,6; p < 0,05), Nguyễn Thị Thuý Hồng (OR = 7,9; p < 0,05) [11].

4.4. Phương pháp xử trí

Quan điểm về việc xử trí thai kỳ thiếu ối rất khác nhau phụ thuộc vào: trang thiết bị y tế, kinh nghiệm của các nhà sản khoa, diễn tiến thai kỳ, ý thức của sản phụ ... Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 58,6% ở nhóm thiếu ối và thai kỳ thiếu ối tăng nguy cơ mổ lấy thai gấp 2,3 lần so với sinh ngã âm đạo ($p < 0,01$). Tỷ lệ mổ lấy thai ở các trường hợp thiếu ối thay đổi khác nhau giữa các nghiên cứu: Nguyễn Thị Thuý Hồng (84,9%), Lâm Đức Tâm (82,56%), Chauhan (17,4%) [12], Mathuriya G (35%) [13]. Tỷ lệ này khác nhau có thể do nhiều yếu tố như tiêu chuẩn chọn mẫu khác nhau, kinh nghiệm và phương tiện theo dõi khác nhau giữa các cơ sở. Nguy cơ ngạt sau sinh, suy thai trong thiếu ối khá cao cần cân nhắc kỹ trong việc lựa chọn phương pháp sinh [14].

Trong nghiên cứu này, nguy cơ trẻ sinh ra có chỉ số Apgar < 7 ở nhóm thiếu ối cao gấp 4,8 lần ($OR=4,8$; $KTC\ 95\% \ 1,4-15,9$, $p < 0,05$). Kết quả này tương tự những nghiên cứu của Lâm Đức Tâm [7], Trịnh Thuý Hường [10], Nguyễn Thị Thuý Hồng [11]. Nghiên cứu của Madhavi K cho thấy tỷ lệ suy thai (40%), hội chứng hít phân su (36%), chỉ số Apgar thấp (20%), trọng lượng lúc sinh thấp (56%) tăng hơn so với nhóm chứng [15]. Thiếu ối ảnh hưởng bất lợi đến sức khỏe của thai nhi cũng như trẻ sơ sinh như giảm sản phổi, hội chứng hít phân su, nhiễm trùng nếu có ối vỡ sớm kéo dài. Kết quả các nghiên cứu cho thấy thiếu ối có liên quan đến tăng tỷ lệ trẻ sinh ra cần nhập đơn vị chăm sóc tích cực. Vì vậy, việc chẩn đoán và điều trị đúng thời điểm sẽ giúp cải thiện các kết cục cho mẹ và con.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thiếu ối trong nghiên cứu này tương tự như một số nghiên cứu khác. Có sự liên quan giữa tình trạng bệnh lý của mẹ và thai chậm tăng trưởng trong tử cung với tình trạng thiếu ối. Thiếu ối làm tăng nguy cơ mổ lấy thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brace RA. Physiology of amniotic fluid volume regulation. *Clin Obstet Gynecol*. 1997;40:280-9.
2. Locatelli A, Zagarella A, Toso L, Assi F, Ghidini A, Biffi A. Serial assessment of amniotic fluid index in uncomplicated term pregnancies: prognostic value of amniotic fluid reduction. *J Matern Neonatal Med*. 2004;15:233-6.
3. Brian M. Pregnancy outcomes after antepartum diagnosis of oligohydramnios at or beyond 34 weeks' gestation. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182(4):909-12.
4. Anna L, Patrizia V, Laura T, Maria V, John C. P, Alessandro G. Perinatal outcome associated with oligohydramnios in uncomplicated term pregnancies. *Arch Gynecol Obstetr*. 2004;269:130- 3.
5. Biradar KD, Shamanewadi AN. Maternal and perinatal outcome in oligohydramnios: study from a tertiary

care hospital, Bangalore, Karnataka, India. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*, 2016;5(7):2291-9.

6. Rahman J, Pervin S. Maternal complications and neonatal outcomes in oligohydramnios. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2022 Feb;11(2):310-314.

7. Lâm, Đức Tâm, Nguyễn Vũ Quốc Huy. (2014). Đánh giá kết quả điều trị thiếu ối nhập viện tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ. *Tạp Chí Phụ sản*, 12(3), 74-78.

8. Figueroa L, McClure EM, Swanson J, Nathan R, Garces AL, Moore JL, et al. Oligohydramnios: a prospective study of fetal, neonatal and maternal outcomes in low-middle income countries. *Reprod Health*. 2020 Jan 30;17(1):19.

9. Curdy (2016), "Oligohydramnios: Problems and treatment", *Seminars in perinatology*, 17(3), pp. 183-196.

10. *Triệu Thuý Hường (2002)*, "Nghiên cứu tình hình thiếu ối và các yếu tố liên quan tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh trong 3 năm 1999 - 2001 ", *Luận văn Thạc sỹ Y học trường Đại học Y Hà nội*.

11. *Nguyễn Thị Thuý Hồng (2009)*. "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và cách xử trí thiếu ối ở tuổi thai từ 38 tuần trở lên tại bệnh viện phụ sản trung ương", *Luận văn thạc sỹ y học trường Đại học Y Hà nội*.

12. Chauhan et al. (2014), "Perinatal outcome and amniotic fluid index in the antepartum and intrapartum periods: A meta analysis", *Am J Obstet Gynecol*, 181(6), pp. 1473-1478.

13. Mathuriya G, Verma M, Rajpoot S. Comparative study of maternal and fetal outcome between low and normal amniotic fluid index at term. *Int J Reprod contraception. Obstet Gynecol*. 2017;6:640.

14. Rabie N, Magann E, Steelman S, Ounpraseuth S. Oligohydramnios in complicated and uncomplicated pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2017;49:442-449.

15. Madhavi K, Pc R, Professor A. Clinical study of oligohydramnios, mode of delivery and perinatal outcome. *IOSR J Dent Med Sci*. 2015;14:2279-2861.