

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP THAI NGHÉN NGUY CƠ CAO CÓ VẬN TỐC TÂM TRƯƠNG ĐỘNG MẠCH RỖN BẰNG 0 HOẶC XUẤT HIỆN DÒNG CHẢY NGƯỢC CHIỀU

Phạm Thị Xuân Minh, Trịnh Thị Thanh Huyền
Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét một số trường hợp thai nghén nguy cơ cao có vận tốc tâm trương động mạch rốn bằng 0 hoặc xuất hiện dòng chảy ngược chiều điều trị tại Khoa Sản III Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng trong 3 năm 2011 – 2013. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 43 thai phụ có yếu tố nguy cơ với thai nghén từ năm 2011 – 2013 tuổi thai từ 28 tuần siêu âm Doppler động mạch rốn thai nhi vận tốc tâm trương bằng 0 hoặc xuất hiện dòng chảy ngược chiều. **Kết quả:** tuổi thai phụ chiếm tỷ lệ cao nhất 30-34: 30,23%; tỷ lệ gặp trong tiền sản giật nặng là 58,14%; tỷ lệ mổ lấy thai là 74,42%; tỷ lệ thai chết trong nghiên cứu 32,55%. **Kết luận:** Trong số các yếu tố nguy cơ, phổ tâm trương ĐMR bằng 0 hoặc xuất hiện dòng chảy ngược chiều gặp chủ yếu ở TSG, TSG nặng là 58,14%. Nhóm tuổi thai hay gặp 33-37 tuần. Cách kết thúc thai nghén bằng mổ lấy thai tỷ lệ 74,42%. Tỷ lệ thai chết trong nghiên cứu 32,55%, trong đó chết sau sinh 18,6%, chết trong TC 13,95%.

Abstract

STUDY OF SOME CASES OF HIGH RISK PREGNANCY

WITH ABSENT DIASTOLIC FLOW OR REVERSE FLOW IN UMBILICAL ARTERY FROM 2011- 2013

Objective: in order to evaluate high risk pregnancies with abnormal umbilical artery waveform patterns showing absent diastolic flow or reverse diastolic flow treated in department of pathology obstetrics, Hai phong hospital of obstetric and gynecology from 2011 to 2013. **Methodology** : descriptive study comprised 43 pregnancies from 28 weeks gestation pregnancies with abnormal umbilical artery waveform patterns showing absent diastolic flow or reverse diastolic flow from 2011 to 2013. **Results** :The old women is the rate highest from 30-34 age: 30,32%; the rate of preeclampsia is 58,14%; cesarean rate is 74,42%; infant mortality rate is 32,55%. **Discussion:** in the high risk pregnancy, ebsent diastolic flow or reverse flow umbilical artery of pre-eclampsia rate is 58,14%, the rate of 33-37 weeks gestation is high. Cesarean rate is 74,42% . Infant mortality rate is 32,55%, death intra-uterine rate is 13,95%, and perinatal death rate is 13,95%.

Key words: Doppler, risk pregnancies, umbilical artery

1. Đặt vấn đề

Đánh giá sức khỏe thai có tầm quan trọng hàng đầu trong chăm sóc tiền sản vì nó ảnh hưởng đến kết quả thai kỳ cũng như sự phát triển tâm sinh lý của trẻ trong tương lai. Với tiến bộ của khoa học kỹ thuật đã xuất hiện nhiều phương pháp đánh giá sức khỏe thai có ý nghĩa. Việc tìm ra một phương pháp có giá trị dự đoán được chết thai rất cần thiết cho các nhà sản khoa lâm sàng song nó cũng cần phải phù hợp với điều kiện cơ sở vật chất và con người.

Từ những năm 70 của thế kỷ XX các nhà khoa học trên thế giới đã đưa hiệu ứng Doppler ứng dụng vào y học nhằm mục đích nghiên cứu tốc độ của dòng máu chảy. Vài năm gần đây, việc ứng

dụng hiệu ứng Doppler trong thăm dò hệ tuần hoàn mẹ - con đã được thực hiện khá nhiều. Đặc biệt trong trường hợp thai nghén có nguy cơ cao như: tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ, thiếu ối, thai già tháng... Doppler được sử dụng để theo dõi sự phát triển của thai, tiên lượng những nguy cơ cho thai, đánh giá sự đáp ứng của điều trị, thời gian theo dõi và thời điểm lấy thai ra [1-6].

Tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng cũng đang ứng dụng Doppler thăm dò tuần hoàn mẹ-con phát hiện nhiều trường hợp suy thai, thai chậm phát triển trong tử cung...ở nhóm thai nghén nguy cơ cao nhằm đưa ra quyết định xử trí kịp thời. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: Nhận

xét một số trường hợp thai nghén nguy cơ cao có vận tốc tâm trương động mạch rốn bằng 0 hoặc xuất hiện dòng chảy ngược chiều điều trị tại Khoa Sản III Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng trong 3 năm 2011 – 2013.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng

Thai phụ có yếu tố nguy cơ với thai nghén điều trị tại khoa Sản III bệnh viện phụ sản Hải Phòng từ năm 2011 – 2013 tuổi thai từ 28 tuần Doppler động mạch rốn thai nhi có vận tốc tâm trương bằng 0 hoặc xuất hiện dòng chảy ngược chiều.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Tuổi thai từ 28 tuần trở lên (tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng hoặc dựa vào dự kiến sinh 3 tháng đầu).

- Một thai sống

- Thai phụ có một trong số các dấu hiệu nguy cơ với thai nghén: Tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ, thiếu ối, thai già tháng, thai chậm phát triển.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Đa thai, thai dị dạng.

- Mẹ có tiền sử mắc các bệnh sau: bệnh tim, thận, Basedow, thiếu máu, béo phì.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu

Lựa chọn mẫu thuận tiện không xác suất bao gồm tất cả các thai phụ điều trị tại khoa sản III - Bệnh viện phụ sản Hải Phòng từ năm 2011- 2013 theo dõi làm Doppler trong đó Doppler động mạch rốn thai nhi có vận tốc tâm trương bằng 0 hoặc xuất hiện dòng chảy ngược chiều.

2.2.3. Thu thập số liệu

Các thai phụ đang điều trị tại khoa Sản III đánh giá có một trong số các yếu tố nguy cơ với thai nghén. Những thông tin cần thiết từ thai phụ và thai nhi được thu thập theo mẫu phiếu thu thập thông tin.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 16.0

Các giá trị của chỉ số xử lý theo phương pháp thống kê, tính tỷ lệ %.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm thai phụ

Bảng 1. Đặc điểm tuổi thai phụ

Tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
< 20	3	6,98
20-24	7	16,28
25-29	9	20,93
30-34	13	30,23
35-39	6	13,95
≥ 40	5	11,63
Tổng	43	100

Nhận xét: Chủ yếu gặp ở nhóm trong độ tuổi sinh đẻ.

Bảng 2. Thứ tự lần sinh

Thứ tự sinh	Số lượng	Tỷ lệ %
Lần 1	15	34,89
Lần 2	22	51,16
≥ 3 lần	6	13,95
Tổng	43	100

Nhận xét: Sinh con lần 2 chiếm tỉ lệ cao nhất 51,16%.

Bảng 3. Đặc điểm bệnh lý

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %	
Tiền sản giật	Nhe	3	6,98	65,12
	Nặng	25	58,14	
Đái tháo đường thai kỳ		4	9,3	
Thiếu ối		5	11,63	
Thai chậm phát triển		6	13,95	
Thai già tháng		0	0	
Tổng		43	100	

Nhận xét: Trở kháng động mạch rốn bệnh lý gặp chủ yếu ở nhóm TSG 65,12%, TSG nặng 58,14 %. Ngoài ra cũng gặp ở nhóm nguy cơ: đái tháo đường thai kỳ, thiếu ối, thai chậm phát triển trong tử cung.

3.2. Đặc điểm thai nhi

Bảng 4. Tuổi thai lúc sinh

Tuổi thai	Số lượng	Tỷ lệ %
28 – 32	17	39,53
33 – 37	21	48,84
≥ 38	5	11,63
Tổng	43	100

Nhận xét: Chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm 33-37 tuần (48,84%).

Bảng 5. Chỉ số Apgar lúc sinh

Apgar	Phút thứ nhất		Phút thứ 5	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 7 điểm	17	39,53	11	25,58
> 7 điểm	26	60,47	32	74,42
Tổng	43	100	43	100

Nhận xét: Chỉ số Apgar ≤ 7 phút thứ nhất 39,53%, phút thứ 5 giảm xuống còn 25,58%.

Bảng 6. Trọng lượng thai lúc sinh

Trọng lượng thai	Số lượng	Tỷ lệ %	Cân nặng trung bình
< 1000g	7	16,28	1632± 0,56
1000 - <1500g	10	23,26	
1500 - < 2000g	13	30,23	
2000 - < 2500g	9	20,93	
≥ 2500g	4	9,3	
Tổng	43	100	

Nhận xét: Trọng lượng trung bình 1632 ± 0,56; thấp nhất 630g và cao nhất 2600g.

Bảng 7. Cách kết thúc thai nghén

	Mổ đẻ	Đẻ thường	Tổng	Tỷ lệ %
CDTN	0	11	11	25,58
ĐCTN	32	0	32	74,42
Tổng	32	11	43	100

Nhận xét: Chủ yếu kết thúc thai nghén bằng mổ đẻ thay tỷ lệ 74,42%.

Bảng 8. Tình trạng nhi sau sinh

Tình trạng nhi	Số lượng	Tỷ lệ %
Chết trong tử cung	6	13,95
Chết trong 7 ngày sau sinh	8	18,6
Sống	29	67,45
Tổng	43	100

Nhận xét: 6 trường hợp thai chết trong tử cung đều có trọng lượng < 1000g, thời gian xuất hiện phổ tâm trương động mạch rốn bằng 0 hoặc dòng chảy ngược chiều đến khi thai chết trong tử cung là 3-5 ngày. Có 8 trường hợp (18,6%) nhi chết trong 7 ngày sau đẻ.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm thai phụ

Kết quả nghiên cứu bảng 1 cho thấy lứa tuổi gặp nhiều nhất 30-34, tỷ lệ 30,23%. Tuy nhiên nhóm thai phụ trên 35 cũng cao (25,58%), điều này cũng hợp với nhiều nghiên cứu đi trước bởi lẽ đây là nhóm phụ nữ không còn trong độ tuổi sinh đẻ việc có thai có thể gặp nhiều nguy cơ hơn [7].

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ thai phụ được làm siêu âm Doppler với phổ tâm trương động mạch rốn bằng 0 hoặc xuất hiện dòng chảy ngược chiều gặp chủ yếu ở sinh con lần thứ 2 trở lên. Trong quá trình thu thập số liệu chúng tôi nhận thấy hầu hết nhóm thai phụ này có tiền sử tiền sản giật và sản giật ở lần mang thai trước. Chúng tôi thường làm kết hợp siêu âm Doppler động mạch tử cung và động mạch não giữa, kết quả Doppler động mạch rốn bệnh lý thường phối hợp động mạch tử cung

bệnh lý, như vậy sự có sự thay đổi tuần hoàn đáng kể ở những thai phụ có tiền sử thai nghén nguy cơ cao từ trước.

Tiền sản giật nặng là thai nghén nguy cơ cao chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu (58,14%) ở bảng 3. Với nguy cơ tiềm ẩn về sự bất thường cấu trúc bánh rau gây tổn thương tế bào nội mạch ở tiền sản giật dẫn đến bất thường trong tuần hoàn mẹ- con [4].

4.2. Đặc điểm thai nhi

Có 17 trường hợp tỷ lệ 39,53% chỉ số Apgar ≤ 7 điểm phút thứ nhất (bảng 5). Trong đó bao gồm cả 6 trường hợp thai đã chết trong tử cung. Tất cả đều được tiên lượng và tư vấn từ trước, gặp ở nhóm 28-29 tuần tuổi thai. Nhóm Apgar > 7 của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu khác như Nguyễn Thị Bích Vân [7] tỷ lệ này 58,2%; Đinh Thị Thúy Hằng [8] 49%. Có lẽ việc theo dõi một cách rất chặt chẽ 3 ngày siêu âm Doppler một lần kết hợp với Mornitoring sản khoa đã giúp chúng tôi kết thúc thai nghén rất nhanh chóng và kịp thời.

Trọng lượng thai trung bình 1632 ± 0,56 trọng lượng thấp nhất 630g, cao nhất 2600g. Theo R.Favre nghiên cứu nhóm thai nghén nguy cơ cao trọng lượng trung bình 2426g, tuổi thai trung bình 37 tuần, tỷ lệ thai suy 24%, tỷ lệ thai chậm phát triển trong tử cung 43,6% [9]. (Bảng 6): Trọng lượng thai trung bình không tương ứng với tuổi thai trung bình trong nghiên cứu bởi lẽ chúng tôi thấy chủ yếu là thai chậm phát triển trong tử cung. Bảng 3 chúng tôi chỉ đưa ra tỷ lệ thai chậm phát triển đơn thuần 13,95% , những trường hợp thai chậm phát triển khác nằm trên bệnh cảnh của tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ.

Bảng 7 cho thấy trong số 11 trường hợp chuyển dạ tự nhiên có 6 trường hợp thai chết trong tử cung, 5 trường hợp tuổi thai 28-29 tuần không có khả năng nuôi dưỡng được nên chúng tôi quyết định tư vấn nguy cơ thai và cho sinh đường âm đạo. 74,42% đình chỉ thai nghén bằng phương pháp mổ lấy thai tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Vân với mổ lấy thai 77,3%; cao hơn so với nghiên cứu Favre là 40,3% [7],[9].

Có tới 18,6% thai chết trong bảy ngày sau sinh do thai quá non yếu đã được giải thích những nguy cơ từ trước và chủ động cho sinh đường âm đạo.

5. Kết luận

- Tuổi sản phụ chiếm tỷ lệ cao nhất 30-34: 30,23%.

- Sinh con lần thứ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất.
- Trong số các yếu tố nguy cơ, phổ tâm trương động mạch rốn bằng 0 hoặc xuất hiện dòng chảy ngược chiều chủ yếu gặp ở TSG, TSG nặng là 58,14%.

- Nhóm tuổi thai hay gặp 33-37 tuần.
- Cách kết thúc thai nghén chủ yếu là mổ lấy thai tỷ lệ 74,42%.
- Tỷ lệ thai chết 32,55%, chết sau sinh 18,6%, chết trong tử cung 13,95%.

Tài liệu tham khảo

1. Antsaklis A, Daskalakis G et al. The effect of gestational age and placental location on the prediction of pre-eclampsia by uterine artery Doppler velocimetry in low-risk nulliparous women. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 16: 635 - 639.
2. Collet M, Boog G. Apport de la vélocimétrie Doppler ombilicale et cérébrale dans le diagnostic et la surveillance des retards de croissance intra-utérins. *Rev Fr GynÉcol Obstet* 1990; Vol. 85, No. 5: 282 – 290.
3. Trần Danh Cường. Xác định một số thông số Doppler của động mạch tử cung người mẹ, động mạch rốn, động mạch não thai nhi bình thường (28-40 tuần). Luận án tiến sỹ y học, chuyên ngành Phụ sản 2007, trường Đại học Y Hà Nội.
4. Trần Danh Cường, Nguyễn Quốc Trường. Một vài nhận xét về hình thái phổ Doppler động mạch rốn ở những sản phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp chí nghiên cứu Y học* 2005; 36 tr.6-260.
5. Trần Danh Cường, Nguyễn Bích Vân. Tốc độ tâm trương

bằng 0 trong Doppler động mạch rốn. *Tạp chí thông tin Y được* 1999; 12 tr. 131 – 134.

6. Tạ Thị Xuân Lan. Trị số sóng xung Doppler của tốc độ dòng máu động mạch rốn trên thai bình thường từ 28 tuần đến lúc chuyển dạ đẻ. Luận án tiến sỹ y học, chuyên ngành Phụ sản 2004, Trường Đại học Y Hà Nội.

7. Nguyễn Thị Bích Vân. Nghiên cứu giá trị tiên đoán tình trạng thai của một số chỉ số Doppler động mạch rốn- động mạch não thai nhi trong tiền sản giật. Luận văn chuyên khoa 2, chuyên ngành Phụ sản 2007, Trường Đại học Y Hà Nội.

8. Đinh Thị Thúy Hằng. Giá trị của chỉ số xung Doppler động mạch rốn trong tiên lượng thai ở thai phụ bị tiền sản giật. Luận văn thạc sỹ y học, chuyên ngành sản Phụ sản 2005, trường Đại học Y Hà Nội.

9. Favre R, Ditesheim PJ. Interet de la vélocimétrie Doppler ombilicale, aortique, cerebrale et uterine dans une population de grossesses pathologique. *J Gynecol Obster Biol Reprod* 1991; 20: 253-259.