

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CHỈ SỐ BISHOP ĐỂ TIÊN ĐOÁN ĐẸ NON TẠI KHOA SẢN BỆNH LÝ BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Trương Quốc Việt⁽¹⁾, Trần Danh Cường⁽²⁾, Nguyễn Thị Ninh⁽¹⁾

(1) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, (2) Trường Đại Học Y Hà Nội

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nghiên cứu tiến cứu 167 trường hợp dọa đẻ non (ĐĐN) được điều trị tại khoa sản bệnh lý Bệnh viện Phụ Sản Trung ương (PSTW) từ 01/03/2013 đến 01/09/2013. **Mục tiêu:** Đánh giá giá trị tiên đoán đẻ non (ĐN) bằng chỉ số Bishop. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** những bệnh án được chẩn đoán và điều trị ĐĐN tại khoa sản bệnh lý, có đầy đủ những thông tin cần thiết. Nghiên cứu tiến cứu và xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 16.0. Tính giá trị trung bình, tính tỷ lệ phần trăm, so sánh hai giá trị trung bình, độ nhạy, độ đặc hiệu và xây dựng đường cong ROC. **Kết quả và bàn luận:** Chỉ số Bishop ≥ 6 điểm có giá trị tiên đoán ĐN với độ nhạy là 76,3% và độ đặc hiệu là 93,5%. Mốc để tiên đoán ĐN trong vòng 72 giờ đối với Chỉ số Bishop là ≥ 9 điểm (độ nhạy là 46,67% và độ đặc hiệu là 95%). **Kết luận:** Chỉ số Bishop ≥ 6 điểm có giá trị tiên đoán ĐN và mốc để tiên đoán ĐN trong vòng 72 giờ đối với chỉ số Bishop là ≥ 9 điểm.

Abstract

STUDY OF THE VALUE OF BISHOP SCORE IN PREDICTING PRETERM LABOR AT THE NATIONAL

1. Đặt vấn đề

Dọa đẻ non (ĐĐN) và đẻ non (ĐN) vẫn là một thách thức lớn của sản khoa hiện đại và là nguyên nhân chính của hơn 75% tử vong sơ sinh không do bệnh tật. Vì vậy ĐĐN là một trong những vấn đề cấp thiết đang được quan tâm hiện nay ở nước ta cũng như trên thế giới. Tỷ lệ ĐĐN tại Pháp là 6,3% [1] và tại Mỹ là 12,5% [2]. Tại bệnh viện PSTW từ năm 1998 đến năm 2000 tỷ lệ ĐĐN là 20% [3]. Tỷ lệ tử vong của trẻ ĐĐN rất cao, theo Silva thì tỷ lệ tử vong chu sinh của ĐĐN ở Canada và Mỹ là 75% [4]. Theo thống kê của Việt Nam, năm 2002 có khoảng 180 nghìn sơ sinh non tháng trên tổng số gần 1,6 triệu sơ sinh chào đời, 1/5 số các trẻ sơ sinh non

HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY FROM 01/03/2013 TO 01/09/2013

Objective: Prospective study of 167 cases of threatened preterm labor who were treated in pathological obstetric department of the national hospital of obstetrics and gynecology from 01/03/2013 to 01/09/2013. **Objective:** Assess the value of Bishop score in predicting preterm labor. **Subjects and Methods:** the patients were diagnosed and treated of threatened preterm birth in pathological obstetric department, are full of essential information. The prospective study and data analysis by SPSS 16.0 program. Calculate the average value, the percentage, comparing the two average values, sensitivity, specificity and ROC construction. **Results and discussion:** The Bishop score of ≥ 6 points has predictive value for preterm birth (sensitivity of 76,3% and specificity of 93,5%). The Threshold of predicting preterm birth within 72 hours for Bishop score is ≥ 9 points (sensitivity of 46,67 % and a specificity of 95 %). **Conclusions:** The Bishop score of ≥ 6 points has predictive value for preterm birth. The threshold for predicting preterm birth within 72 hours for Bishop score is ≥ 9 points.

Key words: Bishop score, preterm birth

tháng này tử vong [5]. Chăm sóc và điều trị trẻ ĐĐN tốn kém nhiều hơn về kinh tế và thời gian so với trẻ đủ tháng [6][7]. Việc chẩn đoán ĐĐN và ĐN chủ yếu dựa vào các triệu chứng: đau bụng, ra máu có thể có ra nước âm đạo; dựa vào việc đánh giá cơ co tử cung, thăm trong để đánh giá Bishop. Chỉ số Bishop là một yếu tố đánh giá sự chín cổ tử cung (CTC) giúp tiên lượng nhanh, rẻ và có thể ứng dụng rộng rãi [8][9]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Đánh giá giá trị tiên đoán đẻ non bằng chỉ số Bishop.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm những bệnh nhân được chẩn đoán là ĐN tại khoa Sản bệnh lý Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 01/03/2013 đến 01/09/2013.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Một thai sống, thai bình thường. Tuổi thai từ 22 tuần đến 36 tuần. Triệu chứng: đau bụng hoặc ra máu hay cả hai triệu chứng. Có cơn co tử cung, CTC xóa mờ, đầu ối thành lập. Ổi còn. Được điều trị theo cùng một phác đồ ĐN chung.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Đa thai, tuổi thai không phù hợp, thai bệnh lý, bất thường về tử cung và cổ tử cung, tiền sử phẫu thuật ở tử cung và cổ tử cung, khâu vòng cổ tử cung.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

(*) Khám âm đạo để đánh giá chỉ số Bishop theo thang điểm sau [8]:

Bảng chỉ số Bishop

Điểm	0	1	2	3
Độ mở CTC	0 cm	1-2 cm	3-4cm	>5cm
Độ xóa CTC	0-30%	40-50%	60-70%	>80%
Độ lọt	-3	-2	-1, 0	+1, +2
Tư thế CTC	Ngã trước	Trung gian	Ngã sau	
Mật độ CTC	Cứng	Trung bình	miềm	

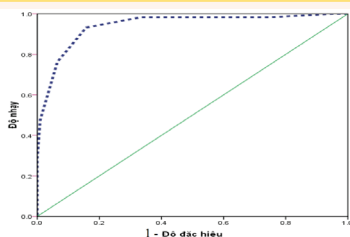
Đánh giá

- + Nếu Bishop > 6 điểm: nguy cơ đẻ non cao
- + Nếu Bishop > 9 điểm: chắc chắn chuyển dạ
- Cộng 1 điểm cho các trường hợp: con dạ. Trừ 1 điểm cho các trường hợp: con so.

3. Kết quả nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố tần suất thai phụ theo chỉ số Bishop

Bishop (điểm)	Tần số xuất hiện		Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Dương tính giả (%)	Âm tính giả (%)	
	n	Đẻ non					Đẻ đủ tháng
≥4	94	58	36	98,3	66,7	61,7	98,6
≥5	72	55	17	93,2	84,3	76,4	95,8
≥6	52	45	7	76,3	93,5	86,5	87,8
≥7	29	28	1	47,5	99,1	96,6	77,5
≥8	17	17	0	28,8	100	100	72,0
≥9	9	9	0	15,3	100	100	66,5



Biểu đồ 1. Phân bố độ nhạy và độ đặc hiệu tại các điểm cắt chỉ số Bishop theo đường cong ROC

Bảng 2. Sự phân bố chỉ số Bishop theo nhóm đẻ non và nhóm đẻ đủ tháng

Bishop	Đẻ non		Đẻ đủ tháng		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Bishop ≥ 6	45	86,5	7	13,5	52	31,1
Bishop < 6	14	12,2	101	87,8	115	68,9
Độ nhạy =76,3; Độ đặc hiệu =93,5; Độ chính xác =87,4						
p < 0,001						

Bảng 3. Mối liên quan giữa chỉ số Bishop và thời gian sinh

Thời gian sinh	Bishop (điểm)				Chung	
	sinh	6	7	8		≥9
<72h	0 (0)	0 (0)	2 (16,7)	6 (60,0)	7 (100,0)	15 (9,0)
72h - 1 tuần	0 (0)	2 (8,3)	4 (33,3)	1 (10,0)	0 (0,0)	7 (4,2)
> 1 tuần	114 (100,0)	22 (91,7)	6 (50)	3 (30,0)	0 (0,0)	145 (86,8)
Tổng	114 (68,2)	24 (14,4)	12(7,2)	10 (6,0)	7 (4,2)	167(100,0)

Bảng 4. Chỉ số Bishop ≥ 9 đối với thời gian sinh trong vòng 72 giờ

Thời gian sinh	Bishop (điểm)		Chung
	<9	≥9	
<72h	8	7	15
≥72h	152	0	152
Tổng	160	7	167
Độ nhạy = 46.67%, Độ đặc hiệu = 95%			

4. Bàn luận

Chọn mốc thời gian ĐN là dưới 37 tuần [10].

Bảng phân bố các giá trị độ nhạy và độ đặc hiệu của chỉ số Bishop được tính theo từng điểm cắt giá trị 1 điểm. Từ đó lập nên đường cong ROC để xác định điểm cắt của chỉ số Bishop. Tại đường cong này, vị trí đường cong chuyển hướng là nơi độ nhạy và độ đặc hiệu là cao nhất.

Nhóm thai phụ có chỉ số Bishop ≥ 8 điểm và ≥ 9 điểm có độ đặc hiệu là 100 % và độ nhạy tương ứng là 28,8% và 15,3%. Nhóm thai phụ có chỉ số Bishop ≥ 6 điểm có độ đặc hiệu và độ nhạy tương ứng là 93,5% và 76,3%.

Đường cong ROC biểu diễn mối liên quan giữa chỉ số Bishop và ĐN ta thấy tại vị trí Bishop 6 điểm, độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là cao nhất 76,3% và 93,5%. Diện tích đường cong là 0,943. Điều đó chứng tỏ rằng Chỉ số Bishop và ĐN có sự liên quan chặt chẽ với nhau. Trong các chẩn đoán sàng lọc, để lựa chọn giá trị ngưỡng phải có độ nhạy và độ đặc hiệu cao và tương ứng vì có như vậy sẽ hạn chế được tỷ lệ bỏ sót các trường hợp bệnh. Vì vậy trong nghiên cứu này chúng tôi lấy giới hạn chỉ số Bishop là 6 điểm.

Chỉ số Bishop ≥ 6 có tỷ lệ ĐN là 86,5%. Chỉ số Bishop < 6 có tỷ lệ ĐN là 12,2%. Chỉ số Bishop ≥ 6

có giá trị tiên đoán nguy cơ ĐN với độ nhạy 76,3%, độ đặc hiệu 93,5% và độ chính xác 87,4%.

Chỉ số Bishop càng cao thì thời gian giữ thai càng ngắn. Bishop < 6 điểm thì chắc chắn không chuyển dạ trong vòng 1 tuần. Bishop ≥ 9 điểm thì 100% ĐN trong 72 giờ.

Chỉ số Bishop ≥ 9 có giá trị tiên đoán ĐN trong

72 giờ với độ nhạy là 46,67 %, độ đặc hiệu là 95%.

5. Kết luận

Chỉ số Bishop ≥ 6 điểm có giá trị tiên đoán ĐN với độ nhạy là 76,3% và độ đặc hiệu là 93,5%. Mốc để tiên đoán ĐN trong vòng 72 giờ đối với chỉ số Bishop là ≥ 9 điểm (độ nhạy là 46,67% và độ đặc hiệu là 95%).

Tài liệu tham khảo

1. Joffe GM, Jacques D, Bemis-Heys R, et al. Impact of the Fetal fibronectin assay on admissions for preterm labor. Am J Obstet Gynecol. 1999;180:581.
2. Lockwood CJ, Senyei AE, Dische MR, et al. Fetal fibronectin in cervical and vaginal secretions as a predictor of preterm delivery. N Engl J Med. 1991; 325:669.
3. Bộ y tế. Niên giám thống kê Việt Nam 2003, Nxb Y học, 2003; tr 92-117.
4. Orlando P.da Silva, David C. Knoppert, Michelle M. Angelini. Use of transvaginal ultrasonography to predict preterm birth in women with a history of preterm birth, Obstet & Gynecol. 2011; vol 148, pp.942-61.
5. Nguyễn Công Đình. Nghiên cứu đo độ dài CTC ở phụ nữ có thai 20 -24 tuần bằng phương pháp siêu âm qua tầng sinh môn, Luận văn thạc sỹ y học; 2009.
6. Bộ y tế. Dọa đẻ non và đẻ non , Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, Nhà xuất bản Y học. 2003; tr.270-3.
7. Bộ y tế. Niên giám thống kê Việt Nam 1999, Nxb Y học. 1999; tr 84-114.
8. Adhikari. K , R. Bagga, V. Suri & M. Takhtani. Cervical length compared to Bishop's score for prediction of pre-term birth in women with pre-term labour, Obstetrics & Gynecology. 2011; Vol. 31, No. 3 , Pages 213-216.
9. Newman RB et al. Comparison of the Cervical Score and Bishop Score for Prediction of Spontaneous Preterm Delivery, Obstet Gynecol. 2008 September; 112(3): 508-515.
10. Phan Thành Nam. Nghiên cứu độ dài cổ tử cung của phụ nữ mang thai dọa đẻ non từ 28 – 32 tuần bằng siêu âm qua tầng sinh môn, Luận án thạc sỹ y học. 2012.