

KẾT QUẢ KẾT THÚC THAI KÌ Ở THAI PHỤ ĐỦ THÁNG CÓ NƯỚC ỒI LẤN PHÂN SU

Hoàng Bảo Nhân^(*), Nguyễn Vũ Quốc Huy^(**)

^(**) Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y Dược Huế

^(*) Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ liên quan đến sự xuất hiện phân su trong nước ối. 2. Nghiên cứu các kết quả trên thai nhi sau khi kết thúc thai kì. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có đối chứng. **Đối tượng nghiên cứu:** 368 sản phụ mang thai đủ tháng đã được chấm dứt thai kì có nước ối lẫn phân su, so sánh với nhóm chứng bao gồm 373 sản phụ mang thai đủ tháng có nước ối trong. **Kết quả:** Nhóm sản phụ có nước ối xanh đặc cao nhất, chiếm 35,9%. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $30,5 \pm 6,7$ tuổi, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm có nước ối trong ($27,2 \pm 5,1$ tuổi). Tuổi thai trung bình của mẫu nghiên cứu là $40,0 \pm 1,5$ tuần, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm có nước ối trong ($39,2 \pm 1,4$ tuần). Nhóm sản phụ có nước ối lẫn phân su có tỉ lệ thai quá ngày sinh dự đoán, tỉ lệ mổ lấy thai và thai nhẹ cân đều cao hơn so với nhóm có nước ối trong. pH máu cuống rốn ở nhóm trẻ sơ sinh có ối xanh thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm trẻ sơ sinh có ối trong. **Kết luận:** tuổi mẹ lớn và tuổi thai tính theo tuần cao là hai yếu tố nguy cơ liên quan đến tình trạng nước ối lẫn phân su. Và tình trạng này làm tăng tỉ lệ mổ lấy thai, làm giảm cân nặng lúc sinh của trẻ sơ sinh, pH máu dây rốn của nhóm này cũng thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm có nước ối trong.

Từ khóa: nước ối lẫn phân su, tỉ lệ mổ lấy thai, pH máu dây rốn.

ABSTRACT

MECONIUM STAINED AMNIOTIC FLUID IN TERM PREGNANCIES: SOME RISK FACTORS AND OUTCOMES

Objectives : To estimate some risk factors

and the outcomes of term pregnancies with meconium stained amniotic fluid (MSAF). **Method:** cross-sectional descriptive. **Results:** there were 368 term pregnant women with MSAF were included, and 373 pregnant women with clear amniotic fluid as the controlled group. There were 35.9% of them had thick meconium in amniotic fluid. The mean age of the study group was 30.5 ± 6.7 years old, higher than the controls. The mean gestational age was 40.0 ± 1.5 weeks, higher than the controls, too. The rate of postdate, C-section and SGA are higher in MSAF group compared with controlled when pH level of cord blood is lower in MSAF group. **Conclusions:** the higher age of the mother and the gestation age, the higher risk of MSAF. And this condition makes it increase of C-section rate, decrease of birth weight and pH value.

Keywords: Meconium stained amniotic fluid (MSAF), cesarean section rate, cord blood pH.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phân su được hình thành từ quá trình nuốt nước ối, các chất tiết của ruột (như mật), các mảng tế bào chết và một số mảnh vụn khác. Nó xuất hiện đầu tiên vào 3 tháng đầu thai kì và tích lũy trong tử cung trong suốt thai kì. Các acid mật được tiết ra vào đầu của 3 tháng giữa. Ở thai trưởng thành, phân su bao gồm nước, mucopolysaccharide, cholesterol, tiền chất sterol, protein, lipid, acid mật, muối mật, enzyme, các chất thuộc nhóm máu, tế bào tiết nhầy, tóc, chất bã (các

tế bào tuyến bã đã bong nguồn gốc từ da của thai nhi) [4],[11].

Phân su thường có màu xanh đậm, nhưng tùy vào thời điểm phân su được tổng xuất vào trong buồng ối mà nó có thể làm cho nước ối có màu sắc khác nhau. Có thể là màu xanh đặc, xanh loãng, màu vàng xanh hoặc màu vàng như dưa cải. Sự thoái hóa các thành phần trong phân su qua những khoảng thời gian khác nhau làm cho nước ối có những màu sắc khác nhau [13],[14],[19]. Nước ối có màu xanh đặc là do thai nhi vừa mới tổng xuất phân su, nước ối có màu vàng nhạt là do thai nhi đã tổng xuất phân su trong một khoảng thời gian rất lâu trước đây, còn màu xanh nhạt hoặc màu vàng xanh thì nằm ở khoảng giữa của hai tình huống trên. Sự khác nhau về màu sắc đó thường được qui cho những nguyên nhân khác nhau, nước ối xanh đặc thường được qui cho là thai suy cấp, ngược lại thì nước ối có màu vàng là do thai suy mãn tính hay thai kém phát triển trong tử cung [1],[2],[3].

Nước ối xanh hay nước ối lẫn phân su là một dấu hiệu thường gặp trong thực hành sản khoa hàng ngày, nó được ghi nhận vào khoảng 10-20% các thai kỳ đủ tháng [7],[9],[10]. Khi có biểu hiện nước ối lẫn phân su thì dự hậu cho thai nhi thường xấu hơn so với những trường hợp nước ối trong [4],[10],[12]. Cho nên người ta thường chỉ định mổ lấy thai trong những trường hợp này với chẩn đoán thai suy cấp trong chuyển dạ hoặc thai suy mãn trong tử cung [5],[12],[20],[21]. Tuy nhiên, nguyên nhân dẫn đến dấu hiệu này hiện chưa được thống nhất, và chúng tôi nhận thấy rằng chỉ số Apgar ở những trẻ này thường tốt, thông thường là 8 điểm 1 phút và 9 điểm 5 phút.

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1. Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ liên quan đến sự xuất hiện phân su trong nước ối.

2. Nghiên cứu các kết quả trên thai nhi sau khi kết thúc thai kỳ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

368 sản phụ mang thai đủ tháng chuyển dạ được ghi nhận nước ối có lẫn phân su và đã được chấm dứt thai kỳ trong khoảng thời gian 6/2011-6/2012. So sánh với nhóm chứng bao gồm 373 sản phụ mang thai đủ tháng được chấm dứt thai kỳ có nước ối trong cùng khoảng thời gian tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung ương Huế.

2.2. TIÊU CHUẨN CHỌN BỆNH

- Mang thai đơn thai.
- Thai ngôi đầu.
- Được chấm dứt thai kỳ bằng phương pháp đẻ thường hoặc mổ lấy thai.

2.3. TIÊU CHUẨN LOẠI TRỪ

- Thai được chẩn đoán dị tật hoặc chết lưu trước khi có dấu hiệu chuyển dạ.
- Mẹ bị tiền sản giật, sản giật, nhau bong non, có vết mổ cũ trên tử cung... hoặc các bệnh lý khác dẫn đến chỉ định can thiệp không do thai.

2.4. PHƯƠNG PHÁP CHỌN MẪU NGHIÊN CỨU VÀ NHÓM CHỨNG

Nhóm nghiên cứu được lấy ngẫu nhiên trong thời gian nghiên cứu.

Các sản phụ được chọn vào trong nhóm chứng cũng phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh và loại trừ như đối với mẫu nghiên cứu.

2.5. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU: MÔ TẢ CẮT NGANG, CÓ ĐỐI CHỨNG.

Nhóm nghiên cứu được chia làm các nhóm có màu sắc nước ối khác nhau bao gồm nước ối xanh nhạt, xanh đặc, vàng xanh và vàng.

Các yếu tố nguy cơ bao gồm tuổi mẹ, số lần mang thai và tuổi thai được mô tả phân

tích và so sánh giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng và giữa các nhóm khác nhau trong mẫu nghiên cứu.

Phương pháp chấm dứt thai kì bao gồm mổ lấy thai và đẻ thường.

Kết quả kết thúc thai kì bao gồm cân nặng trẻ lúc sinh, pH máu dây rốn được mô tả, phân tích và so sánh giữa các nhóm với nhau.

2.6. XỬ LÝ SỐ LIỆU

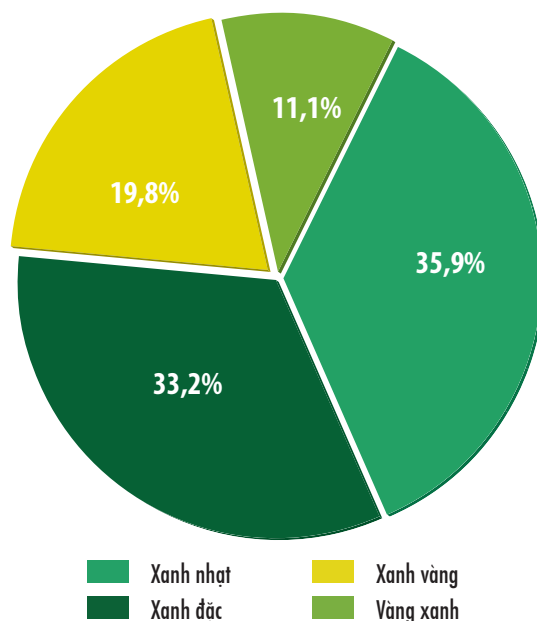
Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS17.0. Sử dụng các phép toán tính tỉ lệ phần trăm, trung bình, so sánh sự khác biệt hai trung bình, hai tỉ lệ với mức ý nghĩa $p=0,05$.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. MÀU SẮC NƯỚC ỒI

Tỉ lệ sản phụ có nước ối màu xanh nhạt được ghi nhận nhiều nhất trong nhóm những sản

phụ có nước ối màu xanh. Nhóm có nước ối có màu xanh đặc chiếm 35,9%.



Biểu đồ 1: Các màu ối khác nhau

3.2. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

3.2.1. Tuổi mẹ

Bảng 1: Độ tuổi ở những sản phụ có màu sắc nước ối khác nhau

Màu sắc nước ối	n	Trung vị	Cực tiểu	Cực đại	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	So sánh với ối trong
						Mức ý nghĩa p
Xanh nhạt	132	27	19	42	$28,4 \pm 6,8$	0,38
Xanh đặc	122	33	18	42	$31,6 \pm 6,1$	< 0,001
Xanh vàng	73	34	21	41	$33,4 \pm 5,5$	< 0,001
Vàng xanh	41	31	19	39	$29,2 \pm 6,4$	0,029
Ối xanh	368	32	18	42	$30,5 \pm 6,7$	< 0,001
Ối trong	373	27	18	41	$27,2 \pm 5,1$	

Nhóm sản phụ có nước ối lẫn phân su có tuổi thai trung bình cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sản phụ có nước ối trong với mức ý nghĩa $<0,05$. Trong đó, nhóm sản phụ có nước ối xanh vàng là cao nhất, $33,4 \pm 5,5$ tuổi.

3.2.2. Tuổi thai

Bảng 2: Tuổi thai ở những nhóm có màu sắc nước ối khác nhau

Màu sắc nước ối	n	Trung vị	Cực tiểu	Cực đại	$\bar{X} \pm SD$ (tuần)	So sánh với ối trong
						Mức ý nghĩa p
Xanh nhạt	132	40	37	42	39,8 ± 1,5	< 0,001
Xanh đặc	122	41	37	42	40,2 ± 1,7	< 0,001
Xanh vàng	73	40	37	42	40,0 ± 1,4	< 0,001
Vàng xanh	41	41	37	42	40,6 ± 1,5	< 0,001
Ối xanh	368	40	37	42	40,0 ± 1,5	< 0,001
Ối trong	373	39	37	42	39,2 ± 1,4	

So với nhóm chứng thì nhóm nghiên cứu có tuổi thai cao hơn có ý nghĩa thống kê với mức ý nghĩa <0,05. Trong đó, nhóm có nước ối màu vàng xanh là cao nhất, 40,6±1,5 tuần.

3.2.3. Các yếu tố nguy cơ liên quan với tình trạng ối xanh

Bảng 3: Các yếu tố nguy cơ liên quan với tình trạng ối xanh

Yếu tố nguy cơ	Ối xanh so với ối trong		
	Mức ý nghĩa p	OR	95% CI
Mẹ trên 30 tuổi	< 0,001	4,02	2,95 - 5,48
Thai quá ngày sinh dự đoán	< 0,001	3,94	2,84 - 5,48
OVN - OVS	0,33	1,17	0,86 - 1,59
Giai đoạn tích cực	0,61	1,08	0,80 - 1,48
	Mức ý nghĩa p	Ối xanh	Ối trong
Số lần mang thai	0,22	2,3 ± 1,1	2,4 ± 1,2
Tần số cơn co	< 0,001	3,2 ± 0,9	2,9 ± 0,9
Thời gian chuyển dạ	0,001	10,2 ± 4,2	9,2 ± 4,7

Mẹ trên 30 tuổi và thai quá ngày sinh dự đoán là hai yếu tố nguy cơ liên quan đến tình trạng ối xanh với OR lần lượt là 4,02 (95% CI: 2,95 - 5,48) và 3,94 (95% CI: 2,84 - 5,48), còn hai yếu tố OVN - OVS (OR = 1,17, 95%CI: 0,86 - 1,59) và giai đoạn tích cực chuyển dạ (OR = 1,08, 95%CI: 0,80 - 1,48)

không liên quan với tình trạng ối xanh.

So với nhóm sản phụ có ối trong thì nhóm có ối xanh có cơ sở tử cung nhiều hơn ($p < 0,001$) và thời gian chuyển dạ kéo dài hơn ($p = 0,001$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lần mang thai giữa hai nhóm

3.3. KẾT QUẢ KẾT THÚC THAI KÌ

3.3.1. Phương pháp can thiệp

Bảng 4: Tỷ lệ mổ lấy thai ở các nhóm khác nhau

Màu sắc nước ối	n	PP can thiệp		So sánh với ối trong	
		Mổ lấy thai Tỷ lệ (%)	Khác Tỷ lệ (%)	RR	95% CI của RR
Xanh nhạt	132	30,3	69,7	1,22	0,90 - 1,66
Xanh đặc	122	77,0	23,0	3,09	2,53 - 3,77
Xanh vàng	73	63,0	37,0	2,53	1,97 - 3,24
Vàng xanh	41	31,7	68,3	1,27	0,78 - 2,06
Ối xanh	368	52,4	47,6	2,10	1,72 - 2,57
Ối trong	373	24,9	75,1		

Ối xanh làm tăng nguy cơ can thiệp mổ lấy thai lên 2,10 lần (95% CI: 1,72 - 2,57) so với nhóm ối trong, trong đó cao nhất là nhóm ối xanh đặc, làm tăng nguy cơ phải mổ lấy thai lên 3,09 lần (95% CI: 2,53 - 3,77).

3.3.2. Cân nặng lúc sinh

Bảng 5: Cân nặng lúc sinh

	n	$\bar{X} \pm SD$ (gam)	So sánh với ối trong	
			Mức ý nghĩa p	95% CI
Xanh nhạt	132	2813,6 ± 395,7	< 0,001	175,9 - 319,1
Xanh đặc	122	2790,2 ± 399,7	< 0,001	197,1 - 344,8
Xanh vàng	73	2720,5 ± 386,9	< 0,001	251,7 - 429,5
Vàng xanh	41	3009,8 ± 245,8	0,230	
Ối xanh	368	2809,2 ± 388,2	< 0,001	198,8 - 305,0
Ối trong	373	3061,1 ± 346,6		

Những thai nhi sinh ra có nước ối xanh có trọng lượng lúc sinh thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm có nước ối trong ($p < 0,001$). Tuy nhiên, nhóm có ối vàng xanh có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,23$).

3.3.3. pH máu dây rốn

Bảng 6: pH máu dây rốn

Màu sắc nước ối	n	Trung vị	Cực tiểu	Cực đại	$\bar{X} \pm SD$ (tuần)	So sánh với ối trong
						Mức ý nghĩa p
Xanh nhạt	132	7,23	6,95	7,35	$7,21 \pm 0,09$	< 0,001
Xanh đặc	122	7,19	6,94	7,38	$7,17 \pm 0,09$	< 0,001
Xanh vàng	73	7,26	6,93	7,35	$7,22 \pm 0,09$	0,007
Vàng xanh	41	7,27	6,99	7,36	$7,25 \pm 0,08$	0,908
Ối xanh	368	7,22	6,93	7,36	$7,19 \pm 0,09$	< 0,001
Ối trong	373	7,26	7,12	7,38	$7,25 \pm 0,05$	

Nhóm trẻ sơ sinh có nước ối xanh có pH máu cuống rốn thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm có ối trong ($p < 0,001$, $7,19 \pm 0,09$ so với $7,25 \pm 0,05$), trong đó, thấp nhất là nhóm trẻ có nước ối xanh đặc ($7,17 \pm 0,09$), cao nhất là nhóm trẻ có nước ối màu vàng xanh ($7,25 \pm 0,08$), nhóm này khác biệt không có ý nghĩa so với nhóm có ối trong.

3.4. MỘT SỐ MÔ HÌNH DỰ BÁO TÌNH TRẠNG NHIỄM TOAN Ở TRẺ SƠ SINH

Bảng 7: Một số mô hình dự báo tình trạng nhiễm toan ở trẻ sơ sinh

STT	Mô hình dự báo	- 2LL	Độ chính xác (%)	p
1	CTG loại 3+Ối xanh	109,89	96,2	0,029
2	CTG loại 2+Ối xanh đặc	168,92	93,5	0,046
3	CTG loại 2+Ối xanh đặc+nặng cân	167,06	93,5	0,038
4	CTG loại 2+Ối xanh nhạt	Không có ý nghĩa		0,097
5	CTG loại 2+Ối xanh nhạt+nặng cân	Không có ý nghĩa		0,078
6	CTG loại 2+Ối xanh vàng	Không có ý nghĩa		0,077
7	CTG loại 2+Ối xanh vàng+nặng cân	Không có ý nghĩa		0,062

Trong 7 mô hình dự báo thì chỉ có 3 mô hình số 1, 2, 3 có ý nghĩa dự báo tình trạng nhiễm toan của trẻ, các mô hình còn lại không có ý nghĩa dự báo với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. MÀU SẮC NƯỚC ỒI

Theo biểu đồ 1, tỉ lệ sản phụ có nước ối màu xanh nhạt được ghi nhận nhiều nhất trong nhóm nghiên cứu, nhóm có nước ối có màu xanh đặc chiếm 35,9%, đây là tình trạng khá thường gặp trong thực hành lâm sàng, và thường được qui cho nguyên nhân là thai suy, hay do thai mới tổng suất phân su vào trong buồng ối.

Trong một nghiên cứu tại đơn vị chăm sóc sơ sinh thuộc khoa Nhi bệnh viện trường đại học Banaras Hindu đã cho thấy tỉ lệ trẻ sơ sinh sống có nước ối đặc phân su là 141/204 trường hợp có nước ối lẫn phân su [13]. Tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Tuy nhiên, một nghiên cứu được công bố năm 2010 cho thấy tỉ lệ sản phụ có phân su mức độ III trong nước ối là khoảng 22% [22]. Nghiên cứu khác lại cho thấy tỉ lệ thai phụ có nước ối đặc phân su chiếm khoảng 39% trong khi nhóm còn lại có nước ối lẫn phân su loãng hơn chiếm 61% [16].

4.2. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

4.2.1. Tuổi mẹ

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình ở nhóm sản phụ có nước ối xanh hay lẫn phân su cao hơn so với nhóm có nước ối trong với mức ý nghĩa 0,05.

Trong một nghiên cứu về yếu tố nguy cơ của tình trạng nước ối có lẫn phân su đã cho thấy rằng tuổi mẹ trên 30 là một yếu tố nguy cơ dẫn đến nước ối có lẫn phân su [16]. Tuy nhiên, các nghiên cứu khác không thấy có bàn luận đến yếu tố này như một yếu tố nguy cơ dẫn đến thai tổng suất phân su vào trong buồng ối.

4.2.2. Tuổi thai

Bảng 2 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi thai giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng với mức ý nghĩa 0,05.

Mặc dù hiện nay, nguyên nhân của tình trạng nước ối lẫn phân su vẫn chưa rõ, nhưng một trong những nguyên nhân được nhiều người chấp nhận là tình trạng trưởng thành của hệ thống tiêu hóa của thai nhi [18],[22],[14],[10]. Và hiếm khi ghi nhận được tình trạng nước ối lẫn phân su khi tuổi thai còn non, nhất là trước 33 tuần [19].

Phân su trong nước ối là một triệu chứng thường gặp ở những thai kì đủ tháng với tỉ lệ có thể lên đến 30% ở các thai kì già tháng. Trong một nghiên cứu trên 13.000 bánh nhau, khoảng 20% trường hợp ghi nhận có phân su ở các mức độ khác nhau và phần lớn trong số đó là thai đủ tháng [19].

4.2.3. Phân tích các yếu tố nguy cơ liên quan với tình trạng nước ối lẫn phân su

Bảng 3 nêu lên các yếu tố nguy cơ liên quan đến tình trạng nước ối lẫn phân su trong thai kì. Trong đó, mẹ trên 30 tuổi (OR = 4,02, 95%CI: 2,95 - 5,48) và thai quá ngày sinh dự đoán (OR = 3,94, 95%CI: 2,84 - 5,48) là hai yếu tố nguy cơ với mức ý nghĩa $p < 0,001$, hai yếu tố OVN - OVS (OR = 1,17, 95%CI: 0,86 - 1,59) và chuyển dạ giai đoạn tích cực (OR = 1,08, 95%CI: 0,80 - 1,48) không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

Thời gian chuyển dạ ($p = 0,001$) và tần số cơn co ($p < 0,001$) trong nhóm sản phụ có ối xanh đều cao hơn có ý nghĩa so với nhóm ối trong, số lần mang thai không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,22$).

Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng cho kết quả tương tự chúng tôi. Naveen S và cộng sự nghiên cứu trên 1009 sản phụ đã tìm thấy các yếu tố nguy cơ của tình trạng này bao gồm mang thai con so ($p = 0,0009$), thai quá ngày sinh ($p = 0,001$), chuyển dạ kéo dài ($p = 0,034$) và các bất thường của dây rốn ($p = 0,001$) [13].

Balchin I và cộng sự với nghiên cứu trên 499096 sản phụ đã cho thấy các yếu tố nguy

cơ cho tình trạng ối lẫn phân su bao gồm mẹ sốt (OR = 1,62, 95% CI: 1,50 - 1,74), thai quá ngày sinh (OR = 1,39, 95% CI: 1,38 - 1,40), mẹ có BMI trên 30 (OR = 1,37, 95% CI: 1,32 - 1,41), mẹ trên 40 tuổi (OR = 1,26, 95% CI: 1,18 - 1,36) và bấm ối sớm (OR = 1,04, 95% CI: 1,02 - 1,06) [6].

4.3. KẾT QUẢ KẾT THÚC THAI KÌ

4.3.1. Phương pháp can thiệp

Bảng 4 cho thấy những sản phụ có nước ối lẫn phân su có nguy cơ mổ lấy thai cao gấp 2,10 lần (95% CI: 1,72 - 2,57) so với nhóm có ối trong. Trong đó, tỉ lệ can thiệp mổ lấy thai cao nhất trong nhóm có nước ối xanh đặc, 77,0%.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy kết quả tương tự, nước ối lẫn phân su làm tăng tỉ lệ can thiệp mổ lấy thai [22],[24]. Một nghiên cứu ở vùng Trung Đông cho thấy tỉ lệ đó là 50,6% [8], tỉ lệ này tương đương với nghiên cứu của chúng tôi. Một nghiên cứu khác ở Ấn Độ công bố năm 2010 cho thấy tỉ lệ can thiệp mổ lấy thai ở nhóm có nước ối lẫn phân su thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi, 33,3%, tuy nhiên, cũng cho thấy kết quả tương tự khi so sánh với nhóm nước ối trong thì tỉ lệ mổ lấy thai cũng cao gấp hơn 2 lần (33,3% so với 17,1%) [10]. Như đã nói ở trên thì nước ối lẫn phân su thường được qui cho nguyên nhân thai thiếu oxy, nên các bác sĩ lâm sàng thường chỉ định mổ lấy thai khi phát hiện dấu hiệu này [12],[14]. Điều này làm tăng tỉ lệ mổ lấy thai trong nhóm này. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác lại cho thấy rằng nếu như những sản phụ đó được theo dõi sát và có những chỉ định can thiệp đúng đắn thì tỉ lệ này được giảm thấp nhiều lần [19]. Và đôi khi những chỉ định mổ lấy thai là không cần thiết [7],[15].

4.3.2. Cân nặng lúc sinh

Bảng 5 cho thấy nhóm có nước ối lẫn phân su có trẻ sơ sinh có cân nặng lúc sinh

thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng với mức ý p = 0,05. 95. Chỉ có nhóm có nước ối vàng xanh là không khác biệt so với nhóm ối trong, còn lại các nhóm khác đều có trọng lượng thai thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm có nước ối trong. Một nghiên cứu ở Thái Lan đã cho thấy một trong những nguy cơ của tình trạng nước ối lẫn phân su là tăng trọng lượng thai [18]. Có lẽ những thai kì có trọng lượng trẻ sơ sinh cao thường có cuộc chuyển dạ kéo dài hơn và tiêu chuẩn chọn bệnh giữa hai nghiên cứu là khác nhau nên dẫn đến sự khác biệt về kết quả nghiên cứu này.

4.3.3. pH máu dây rốn

Bảng 6 cho thấy so với nhóm chứng thì nhóm nghiên cứu có giá trị pH máu dây rốn thấp hơn có ý nghĩa thống kê với mức ý nghĩa p = 0,05. Sự khác biệt đó đều có ý nghĩa ở tất cả các nhóm, chỉ có nhóm có nước ối vàng xanh là không có có ý nghĩa thống kê.

Mối liên quan giữa triệu chứng có phân su trong nước ối và tình trạng nhiễm toan của thai nhi là một vấn đề còn tranh cãi [6]. Một số tác giả báo cáo rằng không có sự liên quan giữa triệu chứng có phân su trong nước ối và chỉ số pH động mạch rốn trung bình và tỉ lệ nhiễm toan của thai nhi, trong khi một số tác giả khác lại tìm thấy sự liên quan giữa triệu chứng này và kết quả xét nghiệm khí máu thai nhi [9]. Sự khác biệt kết quả giữa các nghiên cứu này có thể là do tỉ lệ chẩn đoán hạ oxy máu thai nhi liên quan đến triệu chứng có phân su trong nước ối còn thấp [17]. Trong một nghiên cứu trên 19.000 thai kì đủ tháng (từ 37 tuần trở lên) được ghi nhận có phân su trong nước ối thì chỉ 14% có hình ảnh CTG bất thường, dưới 3,2% có chỉ số Apgar nhỏ hơn 7 điểm sau 5 phút, và pH động mạch rốn dưới 7,10 chỉ được ghi nhận trong 3,6% trường hợp, điều này gợi ý rằng hạ oxy máu không phải là nguyên nhân thường gặp trong các trường

hợp có phân su trong nước ối [12],[23]. Tuy nhiên, việc ghi nhận phân su đặc và mới xuất hiện trong chuyển dạ làm tăng 2 lần nguy cơ có pH máu dây rốn nhỏ hơn 7,10 và chỉ số Apgar nhỏ hơn 7 sau 5 phút so với nhóm có nước ối trong hoặc xanh loãng [11]. Điều này gợi ý rằng nếu phân su được ghi nhận trước khi chuyển dạ thì có thể là sinh lý do sự trưởng thành của hệ tiêu hóa, và ghi nhận phân su trong nước ối có thể là biểu hiện của một quá trình bệnh lý [19].

4.3.4. Một số mô hình dự báo tình trạng nhiễm toan ở trẻ sơ sinh

Như đã nói ở trên thì nhiều yếu tố có liên quan đến tình trạng nhiễm toan của trẻ sơ sinh có nước ối lẫn phân su như màu sắc nước ối, loại CTG, cân nặng lúc sinh. Trong nghiên cứu này, chúng tôi xin đưa ra một số mô hình dự báo tình trạng nhiễm toan của trẻ sơ sinh trong nhóm này.

Nhóm ối màu vàng xanh chỉ ghi nhận 1 trường hợp nhiễm toan sau

khi kết thúc thai kỳ nên chúng tôi không đề cập đến nhóm này trong mô hình dự báo.

CTG nhóm 1 được coi là bình thường, nó có thể giúp loại trừ tình trạng nhiễm toan, nên trong mô hình chúng tôi chỉ đề cập đến CTG loại 2 và loại 3.

Kết hợp 3 yếu tố là màu sắc nước ối, loại CTG và tình trạng nhẹ cân của trẻ, chúng tôi có 7 mô hình dự báo tình trạng nhiễm toan của trẻ như ở bảng 7. Trong đó, chỉ có 3 mô hình số 1, 2, 3 có ý nghĩa dự báo, còn các mô hình còn lại không có ý nghĩa với mức ý nghĩa $p < 0,05$. CTG loại 3 trong nhóm ối xanh cho phép dự báo trẻ nhiễm toan trong 96,2% các trường hợp, với mức ý nghĩa $p = 0,029$, nên khi gặp dấu hiệu này thì nên chỉ định kết thúc thai kỳ.

Nước ối xanh đặc kết hợp với CTG nghi ngờ (loại 2) cũng cho phép dự báo tình trạng nhiễm toan của trẻ với độ chính xác 93,5% và $p < 0,05$. Do đó, nếu kết hợp hai yếu tố này

thì nên chỉ định chấm dứt thai kỳ. Các nhóm còn lại khi có CTG loại 2 thì không thể dự báo chính xác tình trạng nhiễm toan của trẻ.

IV. KẾT LUẬN

Tuổi mẹ trên 30 tuổi và tuổi thai quá ngày sinh dự đoán là hai yếu tố nguy cơ của tình trạng nước ối lẫn phân su.

Nước ối lẫn phân su làm tăng nguy cơ mổ lấy thai lên 2,1 lần so với nhóm có ối trong. Nhóm trẻ sơ sinh được sinh ra với nước ối xanh có cân nặng lúc sinh thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm có nước ối trong, trong đó nhóm có nước ối màu vàng xanh là thấp nhất.

Nước ối xanh nói chung làm giảm có ý nghĩa pH máu dây rốn ở trẻ sơ sinh.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ Sản trường Đại học Y Dược Huế (2006), "Suy thai", Sản phụ khoa, Nhà xuất bản y học, tr 446-454.
2. Bộ môn Phụ Sản trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (2006), "Suy thai cấp trong chuyển dạ", Sản phụ khoa, Tập 1, Nhà xuất bản y học, tr. 426-432.
3. Bộ y tế (2009) "Thai suy cấp", Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, Bộ y tế, Hà Nội, tr.131.
4. Nguyễn Đức Hình (2007), "Thành phần của nước ối", Nước ối- một số vấn đề cần thiết đối với bác sĩ sản khoa, Nhà xuất bản Y học, tr. 26-31.
5. Phan Hiếu (2006), "Thai suy", Cấp cứu sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, tr. 29-30.
6. Balchin J, Whittaker JC, Lamont RF, Steer PJ (2011), "Maternal and Fetal Characteristics Associated With Meconium-Stained Amniotic Fluid", *Obstet & Gynecol*, 117(4):828-835.
7. Dastur AE (2005) "Intrapartum fetal distress", *J Obstet Gynecol India*, 55(2): 115-117.
8. Duhan N, Paul A, Duhan U, Anjali (2010) "Meconium Staining of Amniotic Fluid-A Poor Indicator of Fetal Compromise", *JK Science*, 12(4): 184-186.
9. Grignaffini A, Soncini E, Ronzoni

- E, Piazza E, Anfuso S, Vadora E (2004) "Meconium-stained amniotic fluid and fetal oxygen saturation measured by pulse oximetry during labour", *Acta Bio Medica Ateneo Parmense*; 75(1): 45-52.
- 10.** Gupta V, Bhatia BD, Mishra OP (1995) "Meconium stained amniotic fluid: antenatal, intrapartum and neonatal attributes", *Indian Pediatrics*, 33(4): 293-297.
- 11.** Kamat M, Wu S, Yeh TF (2009) "Meconium Aspiration Syndrome -Pathogenesis and Current Management", *Neonatology Today*, 4(4): 2-11.
- 12.** Krzyscin M, Banaszak A, Dera A, Szymankiewicz M, Breborowicz G (2009) "Intrapartum amnioinfusion for meconium-stained amniotic fluid", *Archives of Perinatal Medicine*, 15(2): 95-100.
- 13.** Naveen S, Kumar SV, Ritu S, Kushla P (2005) "Predictors of meconium stained amniotic fluid: a possible strategy to reduce neonatal morbidity and mortality", *J Obstet Gynecol India*, 56(6): 514-517.
- 14.** Ojha RK, Singh SK, Batra S, Sreenivas V, Puliye JM (2006) "Lactate: creatinine ratio in babies with thin meconium staining of amniotic fluid", *BMC Pediatrics*, 6(Apr): 6-13.
- 15.** Piyayotai V (2008) "Outcome of Pregnancy with Meconium Stained Amniotic Fluid at Uthaithani Hospital", *Khon Kaen Hospital Medical Journal*, 32(5): 50-58.
- 16.** Poggi SH, Ghidini A (2009) "Pathophysiology of meconium passage into the amniotic fluid", *Early Human Development*, 85(10): 607-610.
- 17.** Roggensack A, Ann L, Farine JD (2009) "Management of Meconium at Birth" *J Obstet Gynaecol Can*; 31(4): 353-354.
- 18.** Roy KK, Baruah J, Kumar S, DeorarAK, Sharma JB, Karmakar D (2008) "Cesarean Section for Suspected Fetal Distress, Continuous Fetal Heart Monitoring and Decision to Delivery Time", *Indian J Pediatr*; 75(12): 1249-1252.
- 19.** Serrao PR, Khatua S, Milano EL (2000) "Advances in the Management of Meconium Aspiration Syndrome", *International Journal of Pediatrics*, 67(11): 837-841.
- 20.** Shaikh EM, Mehmood S, Shaikh MA (2010) "Neonatal outcome in meconium stained amniotic fluid-one year experience", *J Pak Med Assoc*, 60(9): 711-714.
- 21.** Staribratova D, Belovejdov V (2011) "Fetal hypoxia and meconium in preterm deliveries and stillbirth", *Trakia Journal of Sciences*, 9(2): 45-48.
- 22.** Steven LG, Jonathan MF, Michele CW (2007) "Meconium stained fluid: approach to the mother and the baby", *Clinics in Perinatology*, 34(4): 653– 665.
- 23.** Teksam O, Tekinalp G, Yurdakok M, Yigit S, Korkmaz A, Guc D (2008) "Vascular Endothelial Growth Factor Levels in Newborns with Meconium Stained Amniotic Fluid", *Indian J Pediatr*; 75(10): 1015-1017.
- 24.** Wiberg-Itzel E, Lipponer C et al (2008) "Determination of pH or lactate in fetal scalp blood in management of intrapartum fetal distress: randomized controlled multicentre trial", *BMJ Research*, 336 (7656): 1284–1287.