

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí ở sản phụ mang thai đa ối ba tháng cuối

Phạm Chi Kông¹, Trần Hữu Toán²

¹ Bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng

² Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh

doi:10.46755/vjog.2021.1.1175

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

Nhận bài (received): 11/03/2021 - Chấp nhận đăng (accepted): 11/05/2021

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát một số nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng ở các sản phụ được chẩn đoán đa ối ba tháng cuối và đánh giá kết cục thai kỳ ở các trường hợp được nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 111 thai phụ được chẩn đoán đa ối trong 03 tháng cuối thai kỳ được điều trị tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế trong thời gian từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2020.

Kết quả: 67,6% các trường hợp không có triệu chứng lâm sàng. Tỷ lệ đa ối nhẹ, đa ối vừa/nặng lần lượt là 82% (91/11), 18,0% (20/111). Đa ối chưa rõ nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (78,4%), tiếp theo do bất thường thai nhi (14,4%) và mẹ đái tháo đường (7,2%). Tỷ lệ sinh non ở các sản phụ đa ối là 7,2%. Có sự khác biệt về tỷ lệ sinh non giữa nhóm đa ối nhẹ và đa ối vừa/nặng ($p < 0,05$). Tỷ lệ sinh thường là 26,1%, tỷ lệ mổ lấy thai là 73,9%. Không có sự liên quan giữa mức độ đa ối và phương thức sinh ($p > 0,05$). Cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh là 3461 ± 624 gram. Cân nặng trung bình trẻ sơ sinh có sự khác biệt giữa các nhóm nguyên nhân đa ối ($p < 0,05$). Tỷ lệ trẻ sơ sinh có chỉ số APGAR một phút dưới 7 điểm là 6,3%. Tỷ lệ này có sự khác biệt giữa các nhóm nguyên nhân đa ối ($p < 0,05$). Các biến chứng của đa ối là sa dây rốn (0,9%), đờ tử cung (2,7%), sót nhau (3,6%), ối vỡ non (5,4%), sinh non (7,2%).

Kết luận: Đa ối mức độ nhẹ và đa ối chưa rõ nguyên nhân chiếm đa số. Có sự khác biệt về tỷ lệ sinh non giữa nhóm đa ối nhẹ và đa ối vừa/nặng ($p < 0,05$). Không có sự liên quan giữa mức độ đa ối và phương thức sinh ($p > 0,05$). Các biến chứng của đa ối là ối vỡ non, đờ tử cung, sót nhau, sa dây rốn, sinh non.

Từ khóa: Đa ối, ba tháng cuối.

Clinical, laboratory findings and outcomes of polyhydramnios during the third trimester of pregnancy

Pham Chi Kong¹, Tran Huu Toan²

¹ Da Nang Hospital for Women and Children

² Hoan My Vinh Hospital

Abstract

Objectives: To observe clinical, laboratory characteristics and causes of polyhydramnios in the third trimester of pregnancy and to evaluate outcomes of these cases.

Materials and methods: A cross-sectional study including 111 pregnant women diagnosed polyhydramnios in the third trimester of pregnancy at the Departments of Obstetrics and Gynecology, Hue Central Hospital and Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital, from 6/2018 to 6/2020.

Results: 67.6% of pregnant women with polyhydramnios in the third trimester have no symptoms. The rate of mild and moderate/severe polyhydramnios were 82.0%, 18.0%, respectively. The idiopathic polyhydramnios accounted for the highest percentage (78.4%), followed by fetal anomalies (14.4%) and maternal gestational diabetes (7.2%). The rate of preterm deliveries was 7.2%. There was a significant difference in the rate of preterm deliveries between mild polyhydramnios and moderate/severe polyhydramnios ($p < 0.05$). The rate of vaginal deliveries and C-section were 26.1% and 73.9%, respectively. There was no relation between degree of polyhydramnios and mode of delivery. The mean birth weight was 3461 ± 624 g. There was a significant difference about the average newborn weight among etiological groups of polyhydramnios ($p < 0.05$). The rate of newborns with an Apgar score at 01 minute less than 7 was 6.3%. This rate was a significant difference among etiological groups of polyhydramnios ($p < 0.05$). Complications of polyhydramnios were umbilical cord prolapse (0.9%), uterine atony (2.7%), retained placenta (3.6%), premature rupture of membranes (5.4%), and preterm delivery (7.2%).

Conclusions: The majority of cases of polyhydramnios have no clinical symptoms. The mild and idiopathic polyhydramnios accounted for the highest percentage. There was a significant difference in the rate of preterm deliveries between mild polyhydramnios and moderate/severe polyhydramnios ($p < 0.05$). There was no relation between degree of polyhydramnios and mode of delivery ($p > 0.05$). Complications of polyhydramnios were umbilical cord prolapse, uterine atony, retained placenta, premature rupture of membranes, and preterm delivery.

Key words: polyhydramnios, the third trimester.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nước ối là một môi trường giàu chất dinh dưỡng, có khả năng tái tạo và trao đổi, giữ vai trò quan trọng đối với sự sống và phát triển của thai nhi trong tử cung. Nước ối bảo vệ cho thai đỡ bị sang chấn, nhiễm trùng, giữ cho dây rốn khỏi bị khô, điều hòa thân nhiệt cho thai nhi, cho phép thai nhi cử động tự do trong bụng mẹ, trao đổi nước điện giải giữa thai nhi và mẹ [1]. Trong chuyển dạ, nước ối giúp cho xóa mở cổ tử cung. Vì vậy, việc duy trì thể tích nước ối bình thường rất quan trọng, nhằm đảm bảo cho sức khỏe của thai nhi và sự thành công của cuộc chuyển dạ. Mọi sự thay đổi bất thường về lượng nước ối đều là một yếu tố nguy cơ đối với thai kỳ. Do đó việc theo dõi thể tích nước ối là hết sức cần thiết của các nhà sản khoa nhằm đánh giá, tiên lượng để có những chỉ định chính xác trong quá trình theo dõi sản phụ và thai nhi.

Đa ối là một bệnh lý do thể tích nước ối tăng lên quá mức bình thường. Tỷ lệ đa ối thay đổi từ 1-2% [2]. Đa ối có thể xuất hiện sớm hoặc muộn trong thai kỳ. Đa ối được chẩn đoán sớm từ trước tuần thứ 20 thường là đa ối cấp, trong khi đó các trường hợp đa ối mạn thường được phát hiện trong 3 tháng cuối thai kỳ (từ tuần thứ 28 - 30). Tỷ lệ của đa ối cấp và mạn lần lượt là 1,7% và 98,3%. Các biểu hiện lâm sàng của đa ối tương đối đa dạng và thay đổi tùy thuộc loại đa ối cũng như mức độ đa ối [3].

Việc tìm hiểu nguyên nhân của đa ối đã được đặt ra từ lâu tuy nhiên cho đến nay cơ chế và nguyên nhân của bệnh lý này vẫn chưa hoàn toàn được biết rõ. Tuy vậy, người ta nhận thấy đa ối có thể liên quan đến một số bệnh lý của mẹ như đái tháo đường, tiền sản giật. Bên cạnh đó thai nhi ở những thai phụ đa ối cũng thường đi kèm với một số dị tật như teo thực quản, teo tá tràng, bất thường hệ thần kinh trung ương, bất thường nhiễm sắc thể, các dị tật tim bẩm sinh. Y văn đã ghi nhận đa ối nguyên nhân do bất thường thai nhi chiếm tỷ lệ từ 8 - 38% ... Và một phần lớn còn lại là các trường hợp đa ối chưa rõ nguyên nhân, theo nhiều nghiên cứu đa ối chưa rõ nguyên nhân chiếm tỷ lệ khoảng 46 - 68% [4], [5].

Đa ối có thể gây nên nhiều hậu quả trên cả sản phụ lẫn thai nhi. Nguy cơ tử vong chu sinh ở các thai phụ đa ối cao gấp 2,43 lần so với các trường hợp ối bình thường [6]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu khảo sát một số nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng ở các thai phụ được chẩn đoán đa ối và đánh giá kết cục thai kỳ ở các trường hợp được nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Thai phụ được chẩn đoán đa ối nhập viện tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế trong thời gian từ

tháng 6/2018 đến tháng 6/2020. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Thai sống; Đơn thai; Tuổi thai từ 28 - 40 tuần (tính theo kỳ kinh cuối nếu nhớ rõ hoặc theo ngày dự sinh được xác định bởi siêu âm 3 tháng đầu hoặc theo ngày chuyển phôi nếu bệnh nhân có thai nhờ hỗ trợ sinh sản); Siêu âm đo chỉ số nước ối (AFI) ≥ 25 cm hoặc độ sâu khoang ối lớn nhất (SDP) ≥ 8 cm; Đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: Không xác định chính xác tuổi thai; Các bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Cỡ mẫu: tất cả các trường hợp đa ối thỏa mãn tiêu chuẩn chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Các bước tiến hành: Tất cả bệnh nhân đa ối theo dõi thai thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn được tiến hành nghiên cứu theo trình tự sau.

- Hỏi bệnh: để xác định tiền sử gia đình, sản phụ khoa, các bệnh lý nội ngoại khoa. Khám lâm sàng và làm một số xét nghiệm cận lâm sàng như: Siêu âm thai: Đo chỉ số nước ối (AFI) theo phương pháp của Phelan. Đo biểu đồ nhịp tim thai liên tục. Xét nghiệm: Công thức máu: xác định số lượng hồng cầu, Hemoglobin, Hematocrit, bạch cầu... Chẩn đoán thiếu máu trong thai kỳ khi Hb $< 11g/100ml$ [7]; Glucose máu; HbsAg; SGOT, SGPT, urea, creatinine máu. Ngoài ra nếu nghi ngờ các bệnh lý khác thì làm các xét nghiệm chuyên khoa để chẩn đoán xác định.

- Chẩn đoán nguyên nhân gây đa ối: Chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ: thực hiện tầm soát đái tháo đường thai kỳ cho thai phụ từ tuần thứ 24 - 28 bằng tiếp cận chẩn đoán 1 thì (one - step diagnostic approach) sử dụng test dung nạp 75 gram glucose (Oral Glucose Tolerance Test - OGTT). Chẩn đoán bất thường: chẩn đoán dựa vào siêu âm trước sinh và dựa vào lâm sàng trẻ những giờ đầu sau sinh, có thể chỉ định các xét nghiệm thăm dò cần thiết để chẩn đoán như siêu âm, X-quang... Những trường hợp còn lại được xếp vào nhóm chưa rõ nguyên nhân.

- Thái độ xử trí: Thái độ xử trí chủ yếu là điều trị bảo tồn và theo dõi thai; Điều trị dọa sinh non nếu có; Sử dụng Corticoid giúp trưởng thành phổi cho thai non tháng; Theo dõi sức khỏe thai nhi bằng biểu đồ nhịp tim thai và cơn go tử cung CTG (Cardiotocography); Siêu âm theo dõi lượng nước ối và đánh giá tình trạng thai 1 tuần 1 lần; Chấm dứt thai kỳ khi có chỉ định.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 111 sản phụ đa ối vào 3 tháng cuối thai kỳ từ tháng 6 năm 2018 đến tháng 6 năm 2020 tại khoa Phụ Sản - Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Căng tức bụng	12	10,8
Khó thở	10	9,0
Đau mỏm thắt lưng	6	5,4
Ới vỡ sớm	21	18,9
Không triệu chứng	75	67,6

Triệu chứng ới vỡ sớm xuất hiện nhiều nhất với 21 trường hợp chiếm tỷ lệ 18,9%. Có 75 sản phụ không có triệu chứng, chiếm tỷ lệ 67,6%.

Bảng 2. Các nguyên nhân của đa ối và liên quan giữa bất thường thai nhi trên siêu âm và mức độ đa ối

Nguyên nhân	Đa ối nhẹ		Đa ối vừa/nặng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Đái tháo đường thai kỳ	4	3,6	4	3,6	8	7,2
Bất thường thai nhi	8	7,2	8	7,2	16	14,4
Chưa rõ nguyên nhân	79	71,2	8	7,2	87	78,4
Tổng	91	82,0	20	18,0	111	100

OR: 6,9; KTC 95%: 2,2 – 21,9; p < 0,05

Tỷ lệ đa ối nhẹ, đa ối vừa/nặng lần lượt là 82% (91/111), 18,0% (20/111).

Đa ối chưa rõ nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (78,4%). Có 16 trường hợp bất thường thai nhi chiếm 14,4%. Tỷ lệ thai có bất thường bẩm sinh ở nhóm đa ối vừa/nặng là 40,0% (08/20), ở nhóm đa ối nhẹ là 8,8% (8/91). Có sự liên quan giữa mức độ đa ối và nguy cơ thai có bất thường bẩm sinh (OR = 6,9, KTC 95%: 2,19 - 21,9, p < 0,05).

Bảng 3. Tuổi thai tại thời điểm sinh

Tuổi thai (tuần)	Đa ối nhẹ		Đa ối vừa/nặng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
28 - 36	3	3,3	5	25,0	8	7,2
≥ 37	88	96,7	15	75,0	103	92,8
Tổng	91	100	20	100	111	100

X ± SD: 38,7 ± 1,4 tuần

p < 0,05

OR: 9,8 (95% CI: 2,1 – 45,3)

Tuổi thai trung bình lúc sinh là 38,7 ± 1,4 tuần. Có 8 trường hợp sinh non tháng, chiếm tỷ lệ 7,2%. Tỷ lệ sinh non của nhóm đa ối nhẹ là 3,3%, của nhóm đa ối vừa/nặng là 25,0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Phương pháp kết thúc thai kỳ**Bảng 4.** Phương pháp sinh

Phương pháp sinh	Đa ối nhẹ		Đa ối vừa/nặng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Sinh thường	26	23,4	3	2,7	29	26,1
Mổ lấy thai	65	58,6	17	15,3	82	73,9
Tổng	91	82,0	20	18,0	111	100

p > 0,05

Tỷ lệ sinh thường là 26,1%, tỷ lệ mổ lấy thai là 73,9%. Không có sự liên quan giữa mức độ đa ối và phương thức sinh (p > 0,05).

Bảng 5. Các biến chứng của thai kỳ

Biến chứng		Đa ối nhẹ		Đa ối vừa/ nặng		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Ổi vỡ non	Có	4	3,6	2	1,8	6	5,4	> 0,05
	Không	97	87,4	18	16,2	105	94,5	
Đờ tử cung	Có	4	3,6	1	0,9	5	4,5	> 0,05
	Không	87	78,4	19	17,1	106	95,5	
Sốt nhau	Có	2	1,8	2	1,8	4	3,6	> 0,05
	Không	99	89,2	18	16,2	107	96,4	
Sa dây rốn	Có	2	1,8	0	0	2	1,8	> 0,05
	Không	89	80,2	20	18,0	109	98,2	
Sinh non	Có	3	2,7	5	4,5	8	7,2	< 0,05
	Không	98	88,3	15	13,5	103	92,8	

Các biến chứng của đa ối là ối vỡ non (5,4%), đờ tử cung (2,7%), sốt nhau (3,6%), sa dây rốn (0,9%), sinh non (7,2%).

Cân nặng trẻ sơ sinh**Bảng 6.** Cân nặng trẻ sơ sinh

Cân nặng (gram)	Đa ối nhẹ		Đa ối vừa/nặng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
< 2500	2	2,2	4	20,0	6	5,4
2500 – 3400	34	37,4	6	30,0	40	36,0
≥ 3500	55	60,4	10	50,0	65	58,6
Tổng	91	100	20	100	111	100

p < 0,05

Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân trong nhóm đa ối nhẹ là 2,2%, trong nhóm đa ối vừa/nặng là 20,0%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng ≥ 3500 gram trong nhóm đa ối nhẹ là 60,4%, trong nhóm đa ối nặng là 50,0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Liên quan giữa mức độ đa ối và nguyên nhân gây đa ối với chỉ số APGAR

Bảng 7. Liên quan giữa mức độ đa ối và nguyên nhân gây đa ối với chỉ số APGAR

Đặc điểm đa ối	Chỉ số APGAR phút thứ nhất				p
	< 7 điểm		≥ 7 điểm		
	n	%	n	%	
Mức độ đa ối					
Nhẹ	03	3,3	88	96,7	< 0,05
Vừa/nặng	04	20,0	16	80,0	
Nguyên nhân đa ối					
Đái tháo đường thai kỳ	0	0	8	100	< 0,05
Bất thường thai nhi	4	25,0	12	75,0	
Chưa rõ nguyên nhân	3	3,4	84	96,6	

Tỷ lệ trẻ sơ sinh có chỉ số APGAR sau một phút là 6,3% (7/111). Có mối liên quan giữa mức độ đa ối và chỉ số APGAR sau sinh ở phút thứ nhất (p < 0,05). Tỷ lệ APGAR < 7 điểm ở phút thứ nhất cao nhất ở nhóm đa ối do nguyên nhân bất thường thai nhi (25,0%) và thấp nhất ở nhóm đa ối do nguyên nhân mẹ đái tháo đường (0%). Có sự khác biệt về tỷ lệ APGAR phút thứ nhất < 7 điểm giữa các nhóm nguyên nhân gây đa ối (p < 0,05).

4. BÀN LUẬN

Về triệu chứng lâm sàng, trong nghiên cứu của chúng tôi có 32,4% thai phụ đa ối có triệu chứng lâm sàng và 67,6% thai phụ không có triệu chứng. Các triệu chứng cơ năng ghi nhận được như căng tức bụng, khó thở, đau

mỗi thất lưng, nguyên nhân là do tăng thể tích buồng tử cung làm chèn ép các cơ quan lân cận. Kết quả ghi nhận không khác những triệu chứng kinh điển mà y văn đã đề cập tới. Tuy nhiên các triệu chứng này không đặc hiệu cho bệnh lý đa ối và thường xuất hiện ở các sản phụ đa

ối mức độ vừa và nặng. Điều này phù hợp với đặc điểm lâm sàng của bệnh đa ối là triệu chứng lâm sàng thường nghèo nàn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của Daisuke Katsura (2019) với tỷ lệ thai phụ đa ối có triệu chứng lâm sàng là 66,7% và không triệu chứng là 33,3% [8]. Sự khác biệt này là do phương pháp lấy mẫu của 2 nghiên cứu là khác nhau.

Chỉ số nước ối: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa ối nhẹ chiếm tỷ lệ 82%, đa ối trung bình/nặng chiếm 18,0%. Nghiên cứu của Kornacki J và cộng sự năm 2017 cho thấy tỷ lệ đa ối nhẹ là 63,8%, đa ối vừa là 20,2% và đa ối nặng là 16% [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới đều ghi nhận các sản phụ đa ối mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ đa số so với mức độ vừa và mức độ nặng. Dù vậy tuy chỉ chiếm tỷ lệ thấp nhưng các sản phụ đa ối mức độ nặng cần theo dõi sát vì đây là những trường hợp thường có bất thường thai nhi cũng như các biến chứng xảy ra cho cả sản phụ và thai nhi. Các trường hợp đa ối nặng trong nghiên cứu của chúng tôi được điều trị chủ yếu là theo dõi sức khỏe mẹ và thai mà không cần can thiệp như dẫn lưu nước ối hay điều trị nội khoa bằng Indomethacin.

Liên quan các nguyên nhân gây đa ối: nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn những thai phụ đơn thai sống trong tử cung có tuổi thai từ 28 tuần trở lên, do đó các nguyên nhân gây đa ối được chia thành 3 nhóm: đái tháo đường thai kỳ, thai bất thường và chưa rõ nguyên nhân.

Bảng 8. Tỷ lệ dị tật bẩm sinh ở các nghiên cứu

Tác giả	Tỷ lệ dị tật bẩm sinh
Dashe (2002) [9]	11,0%
Lâm Vũ Thu Hà (2002) [11]	31,2%
Pri-Paz (2012) [12]	52,3%
Abele H (2012) [13]	32,7%
Nguyễn Ngọc Phương (2016) [4]	46,5%

Qua bảng trên chúng ta có thể nhận thấy tỷ lệ dị tật bẩm sinh tương đối cao nhưng nó thay đổi rất khác nhau giữa các nghiên cứu của các tác giả bởi vì nó phụ thuộc nhiều vào tiêu chuẩn chọn bệnh và đối tượng nghiên cứu. Với sự phát triển của Y học cũng như khoa học kỹ thuật thì khả năng và tỷ lệ phát hiện các dị tật bẩm sinh của thai nhi ngay từ những giai đoạn sớm của thai kỳ ngày càng tăng lên. Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện 16 trường hợp có dị tật thai nhi được phát hiện qua siêu âm trước sinh chiếm tỷ lệ 13,5%. Chúng tôi không phát hiện các trường hợp bất thường nhiễm sắc thể có thể vì hiện nay các trường hợp bất thường nhiễm sắc thể đã được sàng lọc phát hiện sớm từ đầu thai kỳ nên tỷ lệ bất thường nhiễm sắc thể ở những tháng cuối của thai kỳ hiện nay là rất thấp. Và do chẩn đoán dị tật bẩm sinh trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ dừng lại ở siêu âm trước sinh và quan sát hình dạng bên ngoài khi sinh nên có thể bỏ sót những dị dạng cấu trúc bên trong hoặc dị dạng về nhiễm sắc thể. Bảng 2 cho thấy có mối liên quan giữa bất thường thai nhi và mức độ đa ối ($p < 0,05$). Trong đó tỷ lệ có bất thường bẩm sinh ở nhóm đa ối nhẹ

Đái tháo đường thai kỳ: Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ trong nghiên cứu chúng tôi là 7,2%. Kết quả này tương tự với kết quả của Nguyễn Ngọc Phương: tỷ lệ đái tháo đường là 7,6% trong tổng số trường hợp đa ối [4]. Nghiên cứu của Dashe (2002) cũng cho kết quả tương tự với tỷ lệ đái tháo đường là 7% [9].

Theo một nghiên cứu năm 2017 của Moore và cộng sự tại Bệnh viện Đại học New Mexico, Hoa Kỳ từ năm 2009 đến năm 2012, ghi nhận 1.545 trường hợp đa ối (tiêu chuẩn chẩn đoán là $AFI \geq 20$ cm) thì tỷ lệ đái tháo đường là 8,5%. Nếu tiêu chuẩn chẩn đoán đa ối là $AFI \geq 25$ cm thì tỷ lệ này giảm xuống còn 2,7%. Cũng theo nghiên cứu này thì đái tháo đường thường gây nên đa ối nhẹ và đa ối vừa (AFI từ 26 – 35,9 cm) [10]. Nhìn chung tỷ lệ đái tháo đường ở các thai phụ đa ối trong các nghiên cứu trên thế giới là khoảng 5 - 26%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 trong số 8 trường hợp thai phụ cần điều trị Insulin (chiếm 25%), các trường hợp còn lại điều trị bằng phương pháp điều chỉnh chế độ ăn. Kết quả này của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Dashe năm 2002 trên 672 thai phụ đa ối, tỷ lệ thai phụ cần điều trị với Insulin trên tổng số thai phụ đái tháo đường là 26,5% [9].

Thai bất thường: trong nghiên cứu của chúng tôi dị tật bẩm sinh là nguyên nhân hàng đầu gây đa ối và cũng là nguyên nhân chiếm tỷ lệ rất cao trong nhiều nghiên cứu (bảng 8).

là 8,8%, trong nhóm đa ối vừa/nặng là 40,0%. Khi tính phương trình hồi quy logistic đơn biến cho thấy nguy cơ có dị tật bẩm sinh ở nhóm đa ối vừa/ nặng cao gấp 6,9 lần so với đa ối nhẹ.

Đa ối chưa rõ nguyên nhân: Tỷ lệ đa ối chưa rõ nguyên nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 78,4% (bảng 2). Kết quả này của chúng tôi cao hơn nhiều nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Phương (2016) với tỷ lệ đa ối chưa rõ nguyên nhân ở bệnh viện Phụ Sản Trung ương là 45,9% [4]. Nghiên cứu của Abele H. (2012) có kết quả tỷ lệ đa ối chưa rõ nguyên nhân là 43,4% [13]. Nghiên cứu của Kornacki J năm 2017 tỷ lệ đa ối chưa rõ nguyên nhân là 68,1%, trong đó chủ yếu là ở nhóm đa ối nhẹ (82,6%) [5]. Có sự khác biệt giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của một số tác giả khác có thể vì chúng tôi đã loại trừ được các trường hợp bất thường nhiễm sắc thể cũng như có chương trình sàng lọc đái tháo đường thai kỳ đầy đủ giúp cho việc phát hiện sớm các trường hợp đái tháo đường thai kỳ cũng như kiểm soát đường huyết tốt ở những trường hợp này. Nhìn chung trong hầu hết các nghiên cứu thì đa ối chưa rõ nguyên nhân vẫn chiếm tỷ lệ

ưu thế. Một hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi đó là chưa thực hiện được các xét nghiệm để chẩn đoán các trường hợp nhiễm trùng bào thai như TORCH... Đây cũng là một trong những lý do khiến cho tỷ lệ đa ối không rõ nguyên nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao, hy vọng rằng hạn chế này sẽ được khắc phục ở những nghiên cứu trong tương lai.

Liên quan kết cục thai kỳ, về phương pháp sinh: đa ối là một tình trạng thai nghén nguy cơ cao, đối với mẹ và thai, làm tăng chỉ định mổ lấy thai do thai suy, ngôi bất thường, thai to, chuyển dạ thất bại. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sinh thường chiếm 26,1%, mổ lấy thai chiếm 73,9%, không có trường hợp sinh thủ thuật nào. Kiểm định Fisher's test với $p > 0,05$ cho thấy không có sự khác biệt về phương pháp kết thúc thai kỳ giữa các nhóm mức độ đa ối. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 82 trường hợp chấm dứt thai kỳ bằng phương pháp mổ lấy thai. Theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Phương năm 2016 tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương thì tỷ lệ mổ lấy thai ở các sản phụ đa ối là 45,9% [4]. Theo Lâm Vũ Thu Hà (2002), tỷ lệ sinh thường, sinh thủ thuật và mổ lấy thai lần lượt là 60,8%, 17,2% và 22,0% [11]. Nghiên cứu bệnh chứng của Suleiman năm 2016 cho thấy tỉ lệ mổ lấy thai ở các sản phụ đa ối (31,3%) cao hơn một cách đáng kể so với nhóm có chỉ số nước ối bình thường (18,7%, $p < 0,001$). Phân tích hồi quy đa biến cho thấy nguy cơ mổ lấy thai ở các sản phụ đa ối cao gấp 2 lần so với các trường hợp có chỉ số nước ối bình thường (OR 2,0; 95%KTC 1,30–2,90, $p = 0,0015$) [14]. Tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao, điều này có thể lý giải bằng việc sản dù hiện tại cơ sở của chúng tôi có đội ngũ nhân viên sản khoa, hồi sức sơ sinh đã được đào tạo về chuyên môn sâu nhưng hiện nay ngành Y tế đang bị áp lực từ bệnh nhân và người nhà bệnh nhân nên chỉ định mổ lấy thai là lựa chọn an toàn cho cả 2 bên, gián tiếp làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai chung hiện nay.

Các biến chứng của thai kỳ: đa ối là một thai kỳ có nguy cơ cho sản phụ cũng như thai nhi. Nghiên cứu của chúng tôi cũng đã ghi nhận một số biến chứng của đa ối giống như y văn thế giới đã đề cập đến như ối vỡ non, sa dây rốn, đờ tử cung, sót nhau, sinh non... Trong nghiên cứu của chúng tôi có 21 trường hợp ối vỡ sớm chiếm tỷ lệ 18,9%, 6 trường hợp ối vỡ non chiếm 5,4%. Nghiên cứu của Wiegand SL cho kết quả tỷ lệ ối vỡ non trên thai non tháng (PPROM: Preterm premature rupture of the membranes) là 2,3% [15]. Nghiên cứu của Lâm Vũ Thu Hà thì tỷ lệ ối vỡ trước chuyển dạ là 4,4% và theo tác giả này tỷ lệ ối vỡ sớm ở các sản phụ đa ối cao hơn một cách có ý nghĩa 8 lần so với nhóm sản phụ không đa ối [11]. Theo nghiên cứu của Stanescu D năm 2015 trên 295 sản phụ đa ối thì có 59 trường hợp PROM chiếm tỷ lệ 20% so với nhóm chứng là 5% [16]. Việc tử cung căng giãn quá mức do lượng nước ối quá nhiều sẽ làm giảm khả năng co bóp của tử cung sau đẻ, đó là cơ chế của băng huyết sau sinh do đờ tử cung trong bệnh lý đa ối. Theo nghiên cứu của Lâm Vũ Thu Hà năm 2002, trong tổng số 157 trường hợp đa ối thì có 10 trường hợp đờ tử cung, chiếm tỷ lệ 6,4% [11]. Nghiên cứu của Wiegand

(2016) nhận thấy tỷ lệ băng huyết sau sinh do đa ối là 3,45%, cao hơn so với nhóm không đa ối là 0,25% (RR = 14,05, CI 95%) [15]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 5 trường hợp đờ tử cung sau đẻ đều được điều trị thành công bằng phương pháp nội khoa, không có trường hợp nào phải truyền máu cũng như không có trường hợp nào phải cắt tử cung. Đa ối cũng làm tăng nguy cơ sa dây rốn trong chuyển dạ vì khi ối vỡ sẽ làm thay đổi đột ngột thể tích trong buồng tử cung, là điều kiện để dây rốn dễ bị sa xuống. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng đã nhận thấy rằng đa ối làm tăng nguy cơ sa dây rốn hơn so với thai kỳ bình thường. Nghiên cứu của Wiegand năm 2016 cho thấy tỷ lệ sa dây rốn ở các sản phụ đa ối là 0,29%, ở các sản phụ không đa ối là 0,18% [15]. Nghiên cứu của tác giả Junichi Hasegawa năm 2016 nhận thấy đa ối làm tăng nguy cơ sa dây rốn lên 2,89 lần (OR=2,89, 95% KTC: 1,49 – 5,61, $p < 0,05$) [17].

Cân nặng lúc sinh: nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt về cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh giữa các nhóm nguyên nhân gây đa ối ($p < 0,05$) trong đó nhóm nguyên nhân do đái tháo đường ở mẹ có trọng lượng trung bình trẻ sơ sinh cao nhất là 3.813 ± 491 gram, điều này phù hợp với lý thuyết là đái tháo đường là một trong những nguyên nhân gây con to trong thai kỳ. Chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán con to theo Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) năm 2020 thì có 22 trường hợp sinh con có trọng lượng trên 4000 gram, chiếm tỷ lệ 19,8% [18]. Theo nghiên cứu của Dorleijn và cộng sự, tỷ lệ sinh con to ở thai phụ đa ối là 25,3% [19]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Odibo IN và cộng sự (2016) là 15,34% [20]. Với những kết quả kể trên có thể nhận thấy đa ối là một trong những yếu tố nguy cơ gây ra tình trạng con to.

Chỉ số APGAR: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ APGAR ở phút thứ nhất < 7 điểm là 6,3%. Theo nghiên cứu của Lâm Vũ Thu Hà (2002) tỷ lệ sơ sinh có chỉ số APGAR < 7 điểm ở nhóm đa ối chiếm ưu thế (58,6%) và cao hơn một cách có ý nghĩa gấp 18 lần so với nhóm không đa ối (7%) [11]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Phương (2016) tỷ lệ APGAR phút thứ nhất < 7 điểm là 38,4% và tỷ lệ APGAR phút thứ năm < 7 điểm là 28,5% [4]. Theo nghiên cứu của tác giả Yefet E năm 2015 trên 134 trường hợp đa ối, chỉ có 1 trẻ sơ sinh có chỉ số APGAR phút thứ nhất < 7 điểm (chiếm 0,75%) và không có trẻ sơ sinh nào có chỉ số APGAR phút thứ năm < 7 điểm [21]. Một nghiên cứu khác của tác giả Odibo (2016) cho thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh có chỉ số APGAR < 7 điểm ở phút thứ nhất và phút thứ 5 lần lượt là 18,01% và 5,56% [20]. Như vậy chúng ta có thể nhận thấy có sự khác biệt tương đối lớn trong kết quả giữa các nghiên cứu trong và ngoài nước, điều này một phần có thể giải thích bằng việc lựa chọn nhóm đối tượng nghiên cứu là khác nhau giữa các tác giả cũng như việc quản lý thai nghén và việc hồi sức sơ sinh ở các trung tâm là khác nhau. Bảng 7 cho thấy ở nhóm đa ối do nguyên nhân bất thường thai nhi thì thường có tỷ lệ trẻ sơ sinh có chỉ số APGAR phút thứ nhất cao hơn nhóm đái tháo đường mẹ và chưa rõ nguyên nhân. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên

cứu của Nguyễn Ngọc Phương cũng nhận thấy kết quả tương tự [4].

5. KẾT LUẬN

Đa ối mức độ nhẹ và đa ối chưa rõ nguyên nhân chiếm đa số. Có sự khác biệt về tỷ lệ sinh non giữa nhóm đa ối nhẹ và đa ối vừa/ nặng ($p < 0,05$). Không có sự liên quan giữa mức độ đa ối và phương thức sinh ($p > 0,05$). Các biến chứng của đa ối là ối vỡ non, đờ tử cung, sót nhau, sa dây rốn, sinh non.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ Sản Trường Đại học Y Dược Huế (2015), *Lý thuyết chuyên ngành 1,2,3 Sản Phụ Khoa*, tr. 107-118.
2. Erfani H, Diaz-Rodriguez GE, Aalipour S, Nassr A, Rezaei A, Gandhi M, Mendez-Figueroa H, Aagaard KM, Shamshirsaz AA (2019). Amnioreduction in cases of polyhydramnios: Indications and outcomes in singleton pregnancies without fetal interventions. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*;241:126-12
3. Ogunyemi D, Friedman P (2018). Polyhydramnios. In: *Obstetric Imaging: Fetal Diagnosis and Care* (Second Edition), Elsevier, Pages 506-510.e1.
4. Nguyễn Ngọc Phương (2016), *Nghiên cứu một số nguyên nhân và kết quả thai nghén của các trường hợp đa ối mạn tính tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương*, Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội
5. Kornacki, J., Adamczyk, M., Wirstlein, P., Osinski, M., Wender-Ozegowska, E. (2017), "Polyhydramnios - frequency of congenital anomalies in relation to the value of the amniotic fluid index", *Ginekol Pol.* 88(8), pp. 442-445.
6. Bauserman, M., Nathan, R., Lokangaka, A., McClure, E. M., Moore, J., Ishoso, D., Tshetu, A. (2019), "Polyhydramnios among women in a cluster-randomized trial of ultrasound during prenatal care within five low and low-middle income countries: a secondary analysis of the first look study", *BMC Pregnancy Childbirth.* 19(1), p. 258.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists (2008), "ACOG Practice Bulletin No. 95: anemia in pregnancy", *Obstet Gynecol.* 112(1), pp. 201-7.
8. Katsura, D., Ozdemirci, S., Esinler, D., Fadiloglu, E., Asilturk, S. (2019), "Relationship between higher intra-amniotic pressures in polyhydramnios and maternal symptoms", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 235, pp. 62-65.
9. Dashe, J. S., McIntire, D. D., Ramus, R. M., Santos-Ramos, R., Twickler, D. M. (2002), "Hydramnios: anomaly prevalence and sonographic detection", *Obstet Gynecol.* 100(1), pp. 134-9.
10. Moore, L. E. (2017), "Amount of polyhydramnios attributable to diabetes may be less than previously reported", *World J Diabetes.* 8(1), pp. 7-10.
11. Lâm Vũ Thu Hà (2002), *Nghiên cứu tình hình đa ối tại viện Bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh trong 5 năm (1996-2000)*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
12. Pri-Paz, S., Khalek, N., Fuchs, K. M., Simpson, L. L. (2012), "Maximal amniotic fluid index as a prognostic factor in pregnancies complicated by polyhydramnios",

Ultrasound Obstet Gynecol. 39(6), pp. 648-53

13. Abele, H., Starz, S., Hoopmann, M., Yazdi, B., Rall, K. (2012), "Idiopathic polyhydramnios and postnatal abnormalities", *Fetal Diagn Ther.* 32(4), pp. 251-5.
14. Suleiman, A. and Salim, R. (2017), "Mode of delivery among women admitted with polyhydramnios", *J Obstet Gynaecol.* 37(4), pp. 454-458
15. Wiegand, S. L., Beamon, C. J., Chescheir, N. C., Stamilio, D. (2016), "Idiopathic Polyhydramnios: Severity and Perinatal Morbidity", *Am J Perinatol.* 33(7), pp. 658-64.
16. Stanescu, A. D., Banica, R., Olaru, G., Ghinda, E., Birdir, C. (2015), "Idiopathic polyhydramnios and fetal gender", *Arch Gynecol Obstet.* 291(5), pp. 987-91
17. Hasegawa, J., Ikeda, T., Sekizawa, A., Ishiwata, I., Kinoshita, K. (2016), "Obstetric risk factors for umbilical cord prolapse: a nationwide population-based study in Japan", *Arch Gynecol Obstet.* 294(3), pp. 467-7
18. Committee on Practice, Bulletins-Obstetrics (2020), "Macrosomia: ACOG Practice Bulletin, Number 216", *Obstet Gynecol.* 135(1), pp. e18-e35.
19. Dorleijn, D. M., Cohen-Overbeek, T. E., Groenendaal, F., Bruinse, H. W., Stoutenbeek, P. (2009), "Idiopathic polyhydramnios and postnatal findings", *J Matern Fetal Neonatal Med.* 22(4), pp. 315-320.
20. Odibo, I. N., Newville, T. M., Ounpraseuth, S. T., Dixon, M., Lutgendorf, M. A. (2016), "Idiopathic polyhydramnios: persistence across gestation and impact on pregnancy outcomes", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 199, pp. 175-8.
21. Yefet, E. and Daniel-Spiegel, E. (2016), "Outcomes From Polyhydramnios With Normal Ultrasound", *Pediatrics.* 137(2), p. e20151948