

**GIÁ TRỊ SIÊU ÂM GÓC CHẨM SÓNG THAI NHI TRONG TIỀN LUỢNG
CUỘC SINH TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ
NĂM 2023**

Võ Châu Quỳnh Anh*, Trần Văn Nam, Nguyễn Văn Lâm

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: vcqanh@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 16/7/2023

Ngày phản biện: 28/10/2023

Ngày duyệt đăng: 31/10/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tiền lượng cuộc sinh tốt giúp người thày thuốc can thiệp đúng lúc, hạn chế những biến cố cuộc sinh ở mức thấp nhất. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chuyển dạ sinh của thai phụ mang thai đủ tháng nhập viện tại Khoa Sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022-2023; (2) Xác định tính giá trị của siêu âm góc chẩm sóng thai nhi trong tiền lượng cuộc sinh tại Khoa Sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022-2023.

Phương pháp và đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu hàng loạt ca, được 148 thai phụ mang thai đủ tháng ngôi chẩm chuyên dạ sinh giai đoạn tiềm thời tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 01/8/2022-30/7/2023 được khám ghi nhận kiểu thẻ, chỉ số Bishop, siêu âm đo góc chẩm sóng, theo dõi đến kết cục thai kỳ. **Kết quả:** Thai nhi có kiểu thẻ chẩm chậu trái trước là 73%; Bishop ≥ 6 điểm chiếm 60% và Bishop < 6 điểm là 40%; trọng lượng thai trung bình ước lượng trên siêu âm $3129,05 \pm 311,96$ gram; góc chẩm sóng trung bình là $121,5 \pm 6,8$ độ. Thai phụ sinh thường 73,7%, chọn điểm cắt của góc chẩm sóng là ≥ 120 độ thì độ nhạy trong tiên đoán chuyển dạ sinh đường âm đạo là 79,4%; độ đặc hiệu là 63,4%; giá trị tiên đoán dương 85%; tiên đoán âm 54,1%. Kết luận: Nên áp dụng phương pháp siêu âm đo góc chẩm sóng vào tiền lượng cuộc chuyển dạ của thai phụ theo dõi sinh ngả âm đạo.

Từ khóa: Góc chẩm sóng, chỉ số Bishop, chuyển dạ sinh, nguy cơ mổ lấy thai.

ABSTRACT

VALUE OCCIPUT SPINE ANGLE IN ASSESSMENT OF LABOR AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL IN 2023

Võ Châu Quỳnh Anh*, Trần Văn Nam, Nguyễn Văn Lâm

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: A good birth prognosis helps physicians intervene at the right time and limit complications for trying to keep birth at the lowest level. **Objectives:** (1) To describe the clinical and paraclinical characteristics of labor and birth of full-term pregnant women hospitalized at the Department of Obstetrics and Gynecology, Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital in 2022-2023; (2) To determine the value of fetal occiput-spine angle ultrasound in assessment birth at the Department of Obstetrics and Gynecology, Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital in 2022-2023. **Materials and method:** Case series study, there are 148 pregnant women with full-term singleton fetuses in labor at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from August 1, 2022 to July 30, 2023 was examined to record position, Bishop's index, ultrasound to measure the occiput-spine angle, and monitor the pregnancy outcome. **Results:** Fetuses with left occiput-anterior position was 73%; Bishop ≥ 6 points accounted for 60% and Bishop < 6 points accounted for 40%; Average fetal weight estimated on ultrasound 3129.05 ± 311.96 grams; The average occiput-spine angle was 121.5 ± 6.8 degrees. 73.7% of pregnant women gave birth naturally. Choosing the cutoff point of the

occiput-spine angle was ≥ 120 degrees, the sensitivity in predicting vaginal birth was 79.4%; specificity was 63.4%; positive predictive value 85%; negative prediction 54.1%. Conclusion: The method of measuring the occiput-spine angle should be used to assess spontaneous vaginal delivery during labor.

Keywords: Occiput-spine angle, Bishop score, labor, risk of cesarean.

I. ĐẶT VĂN ĐỀ

Tiên lượng cuộc chuyển dạ là quá trình hỏi bệnh, thăm khám và thu thập các dữ liệu giúp người đỡ sinh đánh giá, dự đoán về diễn biến cuộc sinh, tỉ lệ mổ lấy thai có xu hướng tăng trên thế giới và nhiều quốc gia, tỉ lệ này cao hơn nhiều so với chỉ định y tế, việc lạm dụng sinh mổ dẫn đến tăng đáng kể tỉ lệ tử vong của cả mẹ và thai nhi [1]. Ở Trung Quốc, tỉ lệ này là 45% trong đó 2/3 phụ nữ ở thành thị và 25% phụ nữ ở nông thôn sinh bằng phương pháp mổ lấy thai, hậu quả của sinh mổ dẫn đến tăng nguy cơ vỡ tử cung, nhau thai bám bất thường, thai ngoài tử cung, thai chết lưu, sinh non trong những lần mang thai tiếp theo [2]. Phương pháp tiên lượng sinh dựa vào chỉ số Bishop thiếu tính khách quan, độ đặc hiệu thấp (phân tích tổng quan trên 40 nghiên cứu của Kolkman 2013) [3], và khi xuất hiện bướu huyết thanh thì việc xác định vị trí thóp, đường liên thóp sẽ trở nên khó khăn hơn [1]. Một số nghiên cứu trên thế giới đã giúp chỉ ra một vài chỉ số siêu âm hỗ trợ thăm khám lâm sàng trong chẩn đoán kiểng thể, độ lọt của thai so với khung chậu và dự đoán thai ngừng tiến triển như góc tiến triển (Angle of Progression), khoảng cách tiến triển (progression distance), khoảng cách đầu – khớp mu (head – perineum distance), hướng đầu thai nhi hay góc chẩm sống (occiput spine angle - OSA) [4]. Do góc chẩm sống trong giai đoạn 1 của chuyển dạ có ý nghĩa dự đoán những trường hợp chuyển dạ ngưng trệ cần can thiệp phẫu thuật sớm [4], so sánh với những trường hợp sinh tự nhiên ngả âm đạo, những ca này thường có giá trị góc OSA nhỏ hơn [5], [6]. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chuyển dạ sinh của thai phụ mang thai đủ tháng nhập viện tại Khoa Sản Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022-2023; (2) Xác định tính giá trị của siêu âm góc chẩm sống thai nhi trong tiên lượng cuộc sinh tại Khoa Sản Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả thai phụ mang thai đơn thai ngôi chỏm chuyển dạ sinh đủ tháng tại bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022-2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Đơn thai, sống; từ 37 tuần trở lên; ngôi chỏm kiểng thể trước; giai đoạn chuyển dạ Ia; không có chỉ định sinh ngả âm đạo; đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Đa thai; thai chết lưu; thai dị tật bẩm sinh vùng đầu-mặt-cố; thai phụ có bệnh lý tâm thần không hợp tác trong quá trình thăm khám và nhập viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca, bao gồm tất cả thai phụ đơn thai chuyển dạ đủ tháng được đo góc chẩm sống thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ, trong thời gian nghiên cứu: Từ 1/8/2022 đến 30/7/2023, chúng tôi nhận được 148 thai phụ phù hợp tiêu chuẩn chọn mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Thai phụ được khám lâm sàng ghi nhận dấu hiệu của chuyển dạ, giai đoạn chuyển dạ, kiểng thể của thai, tình trạng ối, độ lọt của thai, tính chỉ số Bishop. Sau đó, thai phụ được siêu âm thai đo góc chẩm sống, là góc tạo bởi giữa đường thẳng tiếp tuyến với xương chẩm và một đường thẳng tiếp tuyến với cột sống cổ 1 của thai

nhi ghi nhận số đo trên từng trường hợp, đồng thời ước lượng cân nặng của thai trên siêu âm cũng như tình trạng sức khỏe của thai thông qua chỉ số trở kháng của động mạch rốn và động mạch não giữa của thai nhi. Thai phụ được theo dõi sinh, ghi nhận phương pháp sinh cũng như các tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong quá trình theo dõi chuyển dạ và sinh. Dựa vào tiêu chuẩn sinh ngả âm đạo và chọn điểm cut off trên đường cong ROC và chỉ số Youden, từ đó tính ra độ nhạy và độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm của góc châm sống thai nhi.

- **Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** Các số liệu được thu thập, mã hóa và xử lý theo các phần mềm thống kê Excel, Medcalc và SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của thai phụ

Bảng 1. Đặc điểm chung của thai phụ

Đặc điểm		Tần số (n=148)	Tỷ lệ (%)
Tuổi mẹ	< 35 tuổi	129	87,2
	≥ 35 tuổi	19	12,8
Chiều cao	≤ 150cm	10	6,8
	150-154cm	51	34,4
	≥ 155cm	87	58,8
BMI trước mang thai	< 23 kg/m ²	97	65,5
	≥ 23 kg/m ²	51	34,5

Nhận xét: 87,2% thai phụ dưới 35 tuổi, trung bình $28,32 \pm 5,7$ tuổi; chiều cao thai phụ ≥ 155cm chiếm 58,8%, trung bình $154,99 \pm 2,90$ cm; BMI trước mang thai < 23kg/m² chiếm 65,5%, trung bình $22,38 \pm 1,51$ kg/m².

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thai phụ trong nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thai phụ

Đặc điểm		Tần số (n=148)	Tỷ lệ (%)
Kiểu thế thai nhi	Chẩm chậu trái trước	108	73
	Chẩm chậu phải trước	40	27
Bishop	≥ 6 điểm	89	60
	< 6 điểm	59	40
Uớc lượng trọng lượng thai	≤ 2500g	7	4,7
	2500-3400g	108	73
	≥ 3500g	33	22,3
Góc châm sống (độ)	≥ 100	11	7,4
	≥ 110	13	8,8
	≥ 115	24	16,2
	≥ 120	52	35,1
	≥ 125	35	23,6
	≥ 130	12	8,1
	≥ 135	1	0,7
	Trung bình	$121,5 \pm 6,8$ (nhỏ nhất: 102; lớn nhất 136)	

Nhận xét: Kiểu thế thai nhi chẩm chậu trái trước 73%, chỉ số Bishop ≥ 6 điểm chiếm 60%, thai nhi uớc lượng trên siêu âm 2500-3400g chiếm 73%, trung bình $3129,05 \pm 311,96$ g. Góc châm sống từ 120-125 độ chiếm 35,1%, trung bình $121,5 \pm 6,8$ độ.

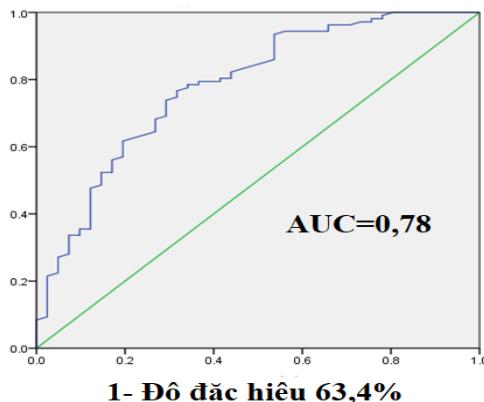
3.3. Tính giá trị của siêu âm góc chẩm sống trong tiên lượng cuộc sinh

Bảng 3. Phân bố phương pháp sinh theo góc chẩm sống thai nhi

Góc chẩm sống	Sinh thường	Sinh mổ	Tổng	OR
≥ 120 độ	85 (85%)	15 (15%)	100 (100%)	6,5 95%CI 2,8-15,0 (p<0,0001)
< 120 độ	22 (45,8%)	26 (54,2%)	48 (100%)	
Tổng	107 (72,3%)	41 (27,7%)	148 (100%)	

Nhận xét: Có 72,3% thai phụ sinh thường, 27,7% mổ lấy thai; thai phụ có góc chẩm sống ≥ 120 độ làm tăng nguy cơ sinh thường gấp 6,5 lần so với nhóm có góc chẩm sống < 120 với khoảng tin cậy 95%: 2,8-15,0.

Độ nhạy 79,4%



Biểu đồ 1. Đường cong ROC của siêu âm góc chẩm sống

Nhận xét: Khi phân tích theo chỉ số Youden, chúng tôi tìm được điểm cut off của góc chẩm sống trong tiên lượng cuộc chuyển dạ sinh thường là 120 độ với độ nhạy 79,4% và độ đặc hiệu 63,4%. Diện tích dưới đường cong ROC ($AUC = 0,78$) có giá trị trong tiên lượng kết cục cuộc chuyển dạ với giá trị tiên đoán dương là 85%, giá trị tiên đoán âm là 54,1%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của thai phụ

Tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của các thai phụ là $28,32 \pm 5,7$ tuổi, đa số tuổi của thai phụ dưới 35 tuổi chiếm tỷ lệ 87,2% và có 12,8% thai phụ trên 35 tuổi. Thai phụ có tuổi nhỏ nhất là 16 tuổi, tuổi lớn nhất ghi nhận là 43 tuổi. Tương tự với tác giả M.Maged và cs thực hiện trên 400 thai phụ, độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $29,87 \pm 6,2$ tuổi [7]. Thấp hơn kết quả của tác giả Bellussi trên 200 thai phụ đơn thai tuổi trung bình thai phụ là 33 tuổi, tuổi thấp nhất là 29 tuổi và cao nhất ghi nhận được là 37 tuổi [8]. Ghi và cs ($n=108$) đã báo cáo độ tuổi trung bình trong khoảng $32,6 \pm 5,8$ tuổi, độ tuổi trung bình của nhóm sinh mổ có xu hướng cao hơn so với nhóm sinh thường là $34,2 \pm 5,4$ tuổi với $32,3 \pm 5,9$ tuổi, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,22$ [5]. Điều này có thể giải thích là do phụ nữ các nước phương Tây thường kết hôn và mang thai muộn hơn so với phụ nữ Việt Nam.

Chiều cao: Chiều cao trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là $154,99 \pm 2,90$ cm, đa số thai phụ có chiều cao từ 155cm trở lên chiếm tỷ lệ là 58,8% và khoảng 34,4% thai phụ có chiều cao dưới 155cm. Kết quả gần giống với Betran trên 13.606 thai phụ đã báo cáo chiều cao của đối tượng nghiên cứu dao động từ 147-160cm và chiều cao

trung bình là 156cm [1]. Thấp hơn nghiên cứu của Mogren và cs khi khảo sát nguy cơ sinh mổ trên 581.844 thai phụ đã báo cáo chiều cao trung bình là 166,1cm, phụ nữ đên từ ngoài Thụy Điển thường thấp hơn so với những phụ nữ sinh ra tại Thụy Điển, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$ [9]. Nghiên cứu của chúng tôi và của tác giả Ben tiến hành ở những phụ nữ Châu Á.

BMI trước sinh: Thai phụ có mức BMI trước sinh trung bình là $22,38\pm1,51$ (kg/m^2), hầu hết thai phụ có BMI trong giới hạn bình thường ($<23\text{kg}/\text{m}^2$) chiếm tỷ lệ 65,5%; thai phụ có $\text{BMI}\geq23(\text{kg}/\text{m}^2)$ chiếm tỷ lệ 34,5%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của tác giả khác như: M.Maged và cs ($n=400$) đã báo cáo về đặc điểm BMI trung bình là $27,8\pm3,5(\text{kg}/\text{m}^2)$ [7]. Một nghiên cứu khác của Bellussi và cs ($n=200$) ghi nhận BMI của thai phụ trong nghiên cứu dao động trong khoảng $24-30(\text{kg}/\text{m}^2)$ và BMI trung bình là $26,5(\text{kg}/\text{m}^2)$ [8]. Tác giả Ghi và cs ($n=108$) cũng báo cáo kết quả tương tự với BMI trung bình khoảng $26,9\pm3,6$ (kg/m^2) [5]. Sự khác biệt này có thể giải thích do sự khác nhau về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chuyển dạ của thai phụ trong nghiên cứu

Chỉ số Bishop: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 89 thai phụ khám vào viện có $\text{Bishop}\geq6$ (60%) và số thai phụ có $\text{Bishop}<6$ là 59 trường hợp (40%). Kết quả tương tự với một nghiên cứu của Kwayke Ackah và cs trên 406 thai phụ mang thai lần đầu đã báo cáo những thai phụ có $\text{Bishop}<5$ tăng nguy cơ sinh mổ gấp gần 2 lần so với nhóm có $\text{Bishop}\geq5$ ($\text{OR}=1,64$; CI 95% 1,09-2,47; $p=0,02$) [10]. David P. Johnson và cs ghi nhận trên 7282 phụ nữ chuyển dạ đủ tháng, tỷ lệ sinh mổ là 31,5% ở những thai phụ có điểm Bishop < 5 khi khởi phát so với 18,1% ở những thai phụ có $\text{Bishop}\geq5$ ($p=0,001$), nhóm chuyển dạ tự nhiên có $\text{Bishop}<5$ tăng nguy cơ sinh mổ gấp gần 2 lần với $\text{OR}=1,76$; CI 95% 1,48–2,09, nguy cơ này tăng lên gấp 3 lần đối với những thai phụ có $\text{Bishop}<5$ sau khi đã can thiệp khởi phát chuyển dạ ($\text{OR}=3,0$; CI 95% 2,38-3,73) [11]. Vrouenraets và cs ($n=1389$) cũng báo cáo rằng những thai phụ có $\text{Bishop}<6$ tăng nguy cơ sinh mổ gấp hơn 2 lần so với nhóm có $\text{Bishop}\geq6$ ($\text{OR}=2,32$; CI 95% 1,66-3,25) [12].

Kiểu thế thai: Chúng tôi ghi nhận đa phần thai nhi có kiểu thế chẩm chậu trái trước (CCTT) tại thời điểm được chẩn đoán chuyển dạ chiếm tỷ lệ 73%, điều này giải thích cho tỷ lệ sinh thường trong nhóm có kiểu thế CCTT cao hơn so với nhóm có kiểu thế CCPT, dẫn đến một số bất lợi trong cuộc chuyển dạ: mẹ kiệt sức, rặn yếu,... cuối cùng là tăng nguy cơ chỉ định mổ.

Uớc lượng cân nặng thai nhi: Nhóm thai nhi cân nặng từ 2500-3400g chiếm 73%, nhóm thai nhi có ước lượng cân nặng $\geq3500\text{g}$ chiếm 22,3%, thai nhi nặng nhất 4000g, nhẹ nhất 2400g. Theo Dall'Asta và cs, cân nặng sơ sinh của thai phụ sinh thường là $3429\pm416\text{g}$, nhóm sinh mổ là $3629\pm243\text{g}$ [4]. Nghiên cứu của Ghi và cs ghi nhận cân nặng sơ sinh trung bình của nghiên cứu là $3393,3\pm476,9\text{g}$ [5]. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là thai phụ châu Á, nên ước lượng thai nhi và cân nặng lúc sinh khác với thai phụ châu Âu.

Góc chẩm sống thai nhi trên siêu âm: Khi phân chia nhóm góc chẩm sống trên siêu âm thành 7 nhóm, giá trị góc chẩm sống trung bình của nhóm là $121,5\pm6,8$ độ, giá trị góc thấp nhất 102,0 độ, cao nhất 136,0 độ. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số tác giả trong và ngoài nước, khi khảo sát những ảnh hưởng của phương pháp sinh trên 44 thai phụ, Dall'Asta và cs tại bệnh viện Đại học Parma – Ý, góc chẩm sống trung bình $130,10\pm14,512$ độ ($p<0,01$) [4]. Ghi và cs ghi nhận góc chẩm sống trung bình $126\pm9,8$ độ, nhóm sinh thường $127\pm9,4$ độ, nhóm sinh mổ $121\pm10,5$ độ [5].

4.3. Tính giá trị của siêu âm góc châm sống

Kết cục chuyển dạ: _Thai phụ kết thúc sinh thường thành công chiếm tỷ lệ 72,3%, có 27,7% sinh mổ. Kết quả của chúng tôi tương tự với tỷ lệ sinh thường và sinh mổ trong một số nghiên cứu. Maged A.M. và cs (n=400) khi đo góc châm sống theo dõi giai đoạn 1 cuộc chuyển dạ đã báo cáo tỷ lệ sinh thường là 87,5% và tỷ lệ sinh mổ là 12,5% [7]. Bellussi và cs (n = 200) với tỷ lệ sinh thường thành công là 69 %, sinh mổ tỷ lệ trong nghiên cứu của tác giả lại thấp hơn tỷ lệ sinh mổ của chúng tôi là 19%, nghiên cứu còn báo cáo một tỷ lệ nhỏ thai phụ kết thúc sinh thường cần hỗ trợ của forceps và giác hút chiếm 12 % [8]. Ghi và cs (n=108) báo cáo 3 kết cục thai kỳ chính là sinh thường, sinh giúp và sinh mổ, so sánh với kết quả trên, tỷ lệ sinh thường của chúng tôi cao hơn nhưng tỷ lệ sinh mổ lại thấp hơn với tỷ lệ sinh thường–sinh mổ của tác giả lần lượt là 73,1% và 17,6% [5].

Giá trị của siêu âm góc châm sống: Chúng tôi phân tích và chọn điểm cắt của góc châm sống là ≥ 120 độ thì độ nhạy trong tiên đoán chuyển dạ sinh đường âm đạo là độ nhạy 79,4% và độ đặc hiệu 63,4%. Diện tích dưới đường cong ROC (AUC=0,78) có giá trị trong tiên lượng kết cục cuộc chuyển dạ, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Từ đó tính ra giá trị tiên đoán dương là 85%, giá trị tiên đoán âm là 54,1%. Bellussi và cs (n=200) ngưỡng cut off của góc châm sống là 125 độ được đưa vào để đánh giá liên quan giữa tiên triển đầu thai nhi với nguy cơ sinh mổ với $p=0,001$ [8]. Maged AM và cs (n=400) lựa chọn ngưỡng cut off là 126 độ với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 82,64 % và 78,4% [7]. Keerthi Somu và cs thực hiện siêu âm đánh giá độ tiến triển của đầu thai nhi trong giai đoạn 1 của cuộc chuyển dạ trên 145 phụ nữ đơn thai không có yếu tố sinh khó, nghiên cứu chỉ ra rằng ngưỡng cut off và giá trị trung bình của góc OSA đo được trong giai đoạn hoạt động của giai đoạn 1 là 121 độ và trung bình $124,2 \pm 11,5$ độ [13].

Liên quan giữa góc châm sống và phương pháp sinh: Thai nhi được đánh giá là cúi tốt trong quá trình chuyển dạ với 100 thai phụ tương ứng với 67,6% trường hợp đo được góc OSA ≥ 120 tại thời điểm chẩn đoán. Trong số này, thai phụ sinh thường thành công 85%. Bên cạnh đó, có 48 trường hợp có góc OSA < 120 độ thì chỉ có 45,8% trong số này chuyển dạ sinh thường và 54,2% trường hợp sinh mổ. Phân tích liên quan chúng tôi nhận thấy thai phụ có OSA < 120 tăng nguy cơ sinh mổ cao hơn 6,5 lần so với nhóm có OSA ≥ 120 với OR=6,5 (95% CI: 2,8-15,0) và $p < 0,0001$. Kết quả tương đồng với nghiên cứu Ghi và cs thực hiện trên 108 phụ nữ mang thai đơn không có yếu tố sinh khó (>37 tuần) báo cáo rằng thai nhi có góc OSA < 125 tăng nguy cơ với sinh mổ và sinh thường cần hỗ trợ biện pháp can thiệp, có 79 thai phụ sinh thường, 19 trường hợp sinh mổ và 10 trường hợp sinh ngả âm đạo có sử dụng giác hút. Góc OSA hẹp hơn ở những phụ nữ sinh mổ và sinh thường có sử dụng giác hút với giá trị góc châm sống được ghi nhận là OSA $< 121 \pm 10,5$ ($p=0,03$)[5]. Theo tác giả Bellussi và cs ghi nhận có sự tương quan giữa độ cúi của thai với kết cục thai kỳ trên 200 thai phụ đơn thai, có sự khác nhau tỷ lệ sinh thường giữa nhóm có góc OSA ≥ 125 và nhóm OSA < 125 lần lượt là 80,5 % và 57,6% với $p=0,006$ [7]. M.Maged và cs (n=400) đã báo cáo những trường hợp có góc OSA ≥ 126 đều kết thúc sinh thường với 94,3% thành công, nhóm có góc OSA < 126 có tỷ lệ sinh thường là 53,7% và sinh mổ là 46,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ [8]. Chúng tôi nhận thấy rằng, độ cúi của thai càng tốt càng chứng tỏ thai uốn khuôn càng tốt trong khung chậu của mẹ.

V. KẾT LUẬN

Trong 148 thai phụ chúng tôi ghi nhận kiểu thế châm chậu trái trước 73%, góc châm sống trung bình $121,5 \pm 6,8$ độ, với điểm cắt của siêu âm góc châm sống là 120 độ, độ nhạy

79,4% và độ đặc hiệu 63,4%, giá trị tiên đoán dương 85%, giá trị tiên đoán âm là 54,1%, thai phụ có góc chẩm sống < 120 tăng nguy cơ sinh mổ cao hơn 6,5 lần với 95% CI: 2,8-15,0, p < 0,0001. Do đó, cần chủ động theo dõi sát cuộc chuyển dạ, có thể ứng dụng phương pháp đo góc chẩm sống như một chỉ số thường quy trong siêu âm giúp cho việc tiên lượng cuộc chuyển dạ với những thai phụ theo dõi sinh đường âm đạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Betran A. P. et al., WHO Statement on Caesarean Section Rates, *BJOG 2016*, 123(5), 667-670, <https://doi.org/10.3232/jhsm.1084388>.
 2. Boerma T. và Ronmans C., Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections – Authors' reply, *The Lancet 2019*, 394(10192), 25, [http://doi: 10.1016/S0140-6736\(19\)30698-1](http://doi: 10.1016/S0140-6736(19)30698-1).
 3. Kolkman D.G. et al., The Bishop score as a predictor of labor induction success: a systematic review, *Am J Perinatol 2013*, 30(8), 625-30, <http://doi: 10.1055/s-0032-1331024>.
 4. Dall Asta A. et al., Occiput-spine angle and prediction of cesarean delivery in protracted active phase of labor: occiput position does matter, *Am J Obstet Gynecol 2016*, 225(6), 686e1-686e3, <http://doi: 10.1016/j.ajog.2021.08.009>.
 5. Ghi T. et al., The "occiput-spine angle": a new sonographic index of fetal head deflexion during the first stage of labor, *Am J Obstet Gynecol 2016*, 215(1), 84e1-7, <http://doi:10.1159/000457124>.
 6. Ghi T. et al., ISUOG Practice Guidelines: intrapartum ultrasound, *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2018. 52(1), 128-139, <http://doi: 10.1002/uog.19072>.
 7. Maged A., Measurement of the fetal occiput-spine angle during the first stage of labor as predictor of the progress and outcome of labor, *J Matern Fetal Neonatal Med 2019*, 32(14), 2332-2337, <http://doi: 10.1080/14767058.2018.1432589>.
 8. Bellussi F., Sonographic diagnosis of fetal head deflexion and the risk of caesarean delivery, *Am J Obstet Gynecol MFM 2020*, 2(4), 100217, <http://doi: 10.1016/j.ajog mf.2020.100217>.
 9. Mogren I., Maternal height and risk of cesarean section in singleton births in Sweden-A population-based study using data from the Swedish Pregnancy Register 2011 to 2016, *PloS One 2018*, 13(5), e0198124, <http://doi: 10.1371/journal.pone.0198124>.
 10. Kwayke-Ackah G., Influence of maternal age in mode of delivery after term induction of labor, *J Matern Fetal Neonatal Med 2022 Apr*; 35(7), 1258-1263, <http://doi: 10.1080/14767058.2020.1745180>. Epub 2020 Mar 29.
 11. Johnson D.P., Risk of caesarean delivery after induction at term in nulliparous women with an unfavorable cervix, *Am J Obstet Gynecol 2003*, 188(6), 1565-9, <http://doi: 10.1067/mob.2003.458>.
 12. Vrouenraets F. P. et al. Bishop score and risk of caesarean delivery after induction of labor in nulliparous women, *Obstet Gynecol 2005*, Apr;105(4): 690-7, <http://doi: 10.1097/01.AOG.0000152338.76759.38>.
 13. Somu K. et al. Sonographic assessment of fetal head deflexion using occiput: spine angle measured during first stage of labour and its role in predicting the mode of delivery among nulliparous women. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology 2019*, 8(8), 3025, <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20193147>.
-