

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG
VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XỬ TRÍ DÂY RÓN QUẢN CỔ
TRÊN THAI ĐỦ THÁNG CHUYỂN DẠ SINH
TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2018 – 2020**

Nguyễn Thị Thanh Dung, Đàm Văn Cường, Phan Hữu Thúy Nga*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: thanhdung.yak37@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: dây rốn quấn cổ (DRQC) là một trong những bất thường của dây rốn chiếm khoảng 10-29% có ảnh hưởng đến thai nhi, đặc biệt là trong chuyển dạ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả xử trí dây rốn quấn cổ trên thai đủ tháng chuyển dạ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả các thai phụ đủ tháng chuyển dạ có dây rốn quấn cổ đến nhập viện tại khoa Sản Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ từ tháng 4/2018 đến tháng 7/2020. **Kết quả nghiên cứu:** Những sản phụ này có dấu hiệu ngôi đầu cao lỏng, không xuống sau mỗi cơn rặn hoặc bị kéo lên cao sau hết cơn rặn với 23,1%. Monitoring thai bất thường với 23,9%. Giá trị RI não giữa càng giảm theo tuổi thai và theo số vòng dây rốn quấn cổ. Giá trị RI của dây rốn có xu hướng tăng dần theo số vòng dây rốn quấn cổ. Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm đa số với 67%. Tình trạng bé sơ sinh sau sanh đa số bình thường với 95,8%, dây rốn quanh cổ thai nhi quấn chặt kiểu B chiếm 22%. Bé phải gọi sơ sinh chiếm 4,2% nguyên nhân chủ yếu là do có nước ối lẫn phân su. Những trường hợp APGAR 5 phút < 7 điểm chiếm 1,5%. **Kết luận:** DRQC được chẩn đoán chủ yếu dựa vào siêu âm Doppler kết hợp với thay đổi trên biểu đồ theo dõi tim thai, Giá trị RI não giữa càng giảm theo tuổi thai và số vòng dây rốn quấn cổ, DRQC càng nhiều vòng thì làm ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe thai nhi trong giai đoạn sổ thai.

Từ khóa: dây rốn quấn cổ, kết cục thai kỳ.

ABSTRACT

**STUDY ON CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND
EVALUATION OF NUCHAL CORD MANAGEMENT RESULTS
ON PREGNANT WOMEN AT TERM OF LABOR IN CAN THO
OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2018 – 2020**

Nguyen Thi Thanh Dung, Dam Van Cuong, Phan Huu Thuy Nga*

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Nuchal cord is one of the cord abnormalities, 10-29% [6] that affects the fetus in during labor. **Objectives:** Clinical, subclinical characteristics, and evaluated the outcomes of the management of nuchal cord in pregnant women during labor. **Materials and methods:** All pregnant women who have fully delivered at term of labor with nuchal cord to be admitted to Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital from April 2018 to July 2020. **Results:** These women showed signs fetal position wasn't coming down after each push with 23.1%. Fetal monitoring with unnormal is 23.9 %. The RI of the middle cerebral artery was decreased by gestational age and the umbilical cord loops around the neck. The RI of the umbilical cord was increased with the number of umbilical cord wrapped around the neck. Cesarean section with 67%. The umbilical cord around the fetal's neck is tightly wrapped, accounting for 22%. The situation of newborn babies having to send newborns accounts for 4.2% with the reason is meconium. APGAR 5-minute <7 points accounted for 1.5%. **Conclusion:** nuchal cord is diagnosed mainly based on Doppler ultrasound combined with changes in cardiotocography, the RI of the middle cerebral

artery was decreased by gestational age and the number of umbilical cord loops around the neck. The more nuchal cord, the more it affects the health of the fetus during labor.

Keywords: Nuchal Cord, pregnancy outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dây rốn chiếm một vị trí quan trọng trong sự lưu thông máu giữa rau và thai, nó có vai trò giúp vận chuyển máu giàu oxy và các chất dinh dưỡng như: protein, chất béo,... cung cấp cho thai đồng thời nhận máu nghèo oxy và các sản phẩm thừa trả về tuần hoàn mẹ là vai trò do động mạch rốn đảm nhận [1]. Các bất thường dây rốn có thể gặp: dây rốn quá dài hoặc quá ngắn, dây rốn quấn cổ, dây rốn thắt nút, xoắn. Trong đó dây rốn quấn cổ là tình huống thường gặp nhất. Khi có tình trạng DRQC, đặc biệt DRQC nhiều vòng, làm dây rốn bị căng, chèn ép, bị siết quá chặt sẽ gây ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe của thai, thai nhanh chóng bị thiếu oxy dẫn đến suy thai trong chuyển dạ [2, 3].

Nhiều nghiên cứu thực hiện về DRQC cho thấy rằng tỷ lệ dao động từ 10-29% [7], tỷ lệ này tăng dần theo tuổi thai. Henry E [7] báo cáo rằng tỷ lệ dây rốn quấn cổ là 12% ở tuổi thai 24 tuần và tăng lên 37% ở tuần thứ 26 của thai kỳ. Tuy là vấn đề thường gặp nhưng do dấu hiệu gợi ý lâm sàng rất mơ hồ, được chẩn đoán chủ yếu dựa vào siêu âm Doppler, điều này dễ gây tâm lý lo lắng cho các sản phụ dẫn đến việc xin mổ chủ động càng tăng. Tuy nhiên việc đánh giá sức khỏe và theo dõi chuyển dạ trên thai nhi có DRQC còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác, xuất phát từ vấn đề đó chúng tôi thực hiện đề tài: “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố liên quan và đánh giá kết quả xử trí dây rốn quấn cổ trên thai đủ tháng chuyển dạ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ năm 2018 – 2020*” với mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của dây rốn quấn cổ trên thai đủ tháng chuyển dạ sinh tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ năm 2018 – 2020.

2. Đánh giá kết quả xử trí dây rốn quấn cổ trên thai đủ tháng chuyển dạ sinh tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ năm 2018 – 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các thai phụ đủ tháng, chuyển dạ sanh có DRQC đến nhập viện tại khoa Sản Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ từ tháng 4/2018 đến tháng 7/2020 thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và loại trừ như sau.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu: đơn thai, tuổi thai 37 – 42 tuần (theo kinh cuối đối với những trường hợp có kinh nguyệt đều hoặc siêu âm 3 tháng đầu) có dấu hiệu chuyển dạ.

- Kết quả siêu âm Doppler là một thai sống, có hình ảnh DRQC.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Khung chậu hẹp, bất xứng đầu chậu, nhau bong non, nhau tiền đạo, ngôi bất thường: ngôi mông (thiếu kiêu chân, thiếu kiêu gối), ngôi thóp trước, ngôi trán, ngôi mặt, ngôi ngang, mẹ có khối u tiền đạo, ung thư cổ tử cung, vết mổ cũ, thai dị dạng.

- Sản phụ mắc các bệnh lý nội tiết, tim mạch, tăng huyết áp, bệnh lý ngoại khoa...

- Sản phụ sử dụng thuốc ngủ, an thần, chất kích thích... gây ảnh hưởng nhịp tim thai.

- Sản phụ bị rối loạn tâm thần hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang
- **Cỡ mẫu:** Tính theo công thức: $n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$ Trong đó: Với $\alpha = 0,05 \Rightarrow Z = 1,96$

Theo Phong Thị Thanh Xuân [6] về tỷ lệ dây rốn quấn cổ là 28,8%. Chúng tôi lấy $p = 0,288$. Chọn $d = 0,06 \Rightarrow n = 215$. Thực tế ghi nhận 264 trường hợp

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu ngẫu nhiên ở tất cả sản phụ nhập viện sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu từ tháng 04/2018 đến 07/2020 tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ thông qua bộ câu hỏi phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Ngôi thai không xuống, kéo dài giai đoạn II của chuyển dạ, ảnh hưởng nhịp tim thai cơ bản, số vòng DRQC trên siêu âm Doppler, Monitorin thai, RI não giữa, RI động mạch rốn, phương pháp sinh, thời gian chuyển dạ, APGAR 5 phút < 7 điểm, DRQC kiểu, tình trạng bé sau sanh, độ dài dây rốn quấn cổ sau sinh.

Sau khi hoàn tất quá trình thu thập, số liệu sẽ được nhập vào máy tính bằng chương trình Epidata 3.02 và được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0 để phân tích số liệu và được mô tả bằng tần số, tỷ lệ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng của DRQC		Số lượng (n=264)	Tỷ lệ (%)
Ngôi không xuống	Có	61	23,1
	Không	203	76,9
Kéo dài giai đoạn II của chuyển dạ	Có	10	3,8
	Không	254	96,2
Ảnh hưởng nhịp tim thai cơ bản	Bình thường	233	88,3
	Bất thường <110l/p hoặc >160l/p	31	11,7

Sản phụ có dấu hiệu ngôi đầu cao lỏng, không xuống sau mỗi cơn rặn hoặc bị kéo lên cao sau hết cơn rặn chiếm 23,1%. Kéo dài giai đoạn II của chuyển dạ có 3,8%, 96,2% không ảnh hưởng đến thời gian chuyển dạ của giai đoạn II. DRQC ảnh hưởng tới tim thai là 11,7%, 88,3% còn lại là tim thai cơ bản trong giới hạn bình thường.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng của DRQC		Số lượng (n=264)	Tỷ lệ (%)
Số vòng DRQC trên siêu âm Doppler	1 vòng	204	77,3
	≥ 2 vòng	60	22,7
Monitoring thai	Bình thường	201	76,1
	Bất thường	63	23,9

Số vòng dây rốn quấn cổ 1 vòng chiếm đa số với 77,3%, số vòng DRQC ≥ 2 vòng chiếm 22,7%. Biểu đồ nhịp tim thai ghi nhận có 76,1% trường hợp bình thường và nhóm bất thường chiếm thấp nhất với 23,9%.

Bảng 3. Giá trị RI não giữa

Tuổi thai (tuần)	Giá trị RI não giữa	
	1 vòng	≥ 2 vòng
37-<38	$0,74 \pm 0,08$	$0,73 \pm 0,06$
38-40	$0,70 \pm 0,07$	$0,67 \pm 0,06$
>40	$0,58 \pm 0,49$	0,87

Tuổi thai 37-< 38 tuần, 38-40 tuần và >40 tuần với 1 vòng DRQC có giá trị RI não giữa càng giảm lần lượt là $0,74 \pm 0,08$, $0,70 \pm 0,07$, $0,58 \pm 0,49$.

Bảng 4. Giá trị RI động mạch rốn

Tuổi thai (tuần)	Giá trị RI động mạch rốn	
	1 vòng	≥ 2 vòng
37-<38	$0,5 \pm 0,69$	$0,55 \pm 0,14$
38-40	$0,53 \pm 0,07$	$0,54 \pm 0,81$
>40	$0,54 \pm 0,92$	0,61

Tuổi thai 37-<38 tuần thì nhóm có dây rốn quấn cổ 1 vòng, ≥ 2 vòng có RI rốn có tăng dần theo số vòng dây rốn quấn cổ lần lượt là $0,5 \pm 0,69$, $0,55 \pm 0,14$. Nhóm có tuổi thai từ 38-40 tuần có RI động mạch rốn cũng tăng theo số vòng dây rốn quấn cổ với $0,53 \pm 0,07$ với 1 vòng và $0,54 \pm 0,81$ với ≥ 2 vòng.

3.2. Đánh giá kết cục thai kỳ ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 5. Kết cục thai kì

Kết cục thai kì		Số lượng (n=264)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp sinh	Sinh thường	87	33
	Mổ lấy thai	177	67
	Sinh giúp	0	0
Thời gian chuyển dạ	Bình thường	233	88,3
	Kéo dài	31	11,7
APGAR 5 phút < 7 điểm	có	4	1,5
	không	260	98,5
DRQC kiểu	A	206	78
	B	58	22
Tình trạng bé sau sanh	Bình thường	253	95,8
	Gỡ sơ sinh	11	4,2
Độ dài dây rốn quấn cổ sau sinh	<40 cm	12	4,5
	40-70 cm	240	91
	>70 cm	12	4,5

Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm đa số với 67%, sanh thường chiếm 33% trường hợp theo dõi. Phần lớn số trường hợp nghiên cứu có thời gian chuyển dạ bình thường, trong đó chỉ có 11,7% là thời gian chuyển dạ kéo dài mà chủ yếu là kéo dài giai đoạn II của chuyển dạ.

APGAR 5 Phút < 7 điểm có 4 trường hợp chiếm 1,5% số còn lại có APGAR trong giới hạn bình thường. Độ siết của dây rốn quanh cổ thai nhi có 22% quấn chặt kiểu B.

Tình trạng bé sau sanh phải gỡ sơ sinh chỉ có 4,2%, số còn lại bé tốt. Độ dài DRQC sau sinh chiếm phần lớn nằm trong khoảng 40-70 cm với 91%. Chiều dài <40cm và >70cm tương đương nhau với 4,5% và 4,5%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về lâm sàng, cận lâm sàng

Có 23,1% ngôi thai không xuống sau mỗi cơn go hoặc ngôi đầu bị kéo lên cao lại sau khi kết thúc cơn rặn của mẹ. Phần lớn những trường hợp này rơi vào tình trạng dây rốn quấn nhiều vòng, cụ thể là 2 vòng hoặc từ 3 vòng trở lên. Kết quả này có phần tương đương với Võ Hoàng Thị Lan Hương (2017) [4] với 23,3% ngôi thai không xuống được. Kéo dài giai đoạn II của chuyển dạ có 10 trường hợp chiếm 3,8%, 96,2% không ảnh hưởng đến thời gian chuyển dạ của giai đoạn II. Trường hợp DRQC ảnh hưởng tới tim thai là 11,7%. Theo Tayade S (2018) [13] ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có dây rốn quấn cổ và nhóm chứng về tim thai bất thường với $p < 0,001$.

Số vòng dây rốn quấn cổ một vòng chiếm 77,3%, số vòng DRQC ≥ 2 vòng chiếm 22,7%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Schreiber H (2019) [10] với 85,2% nhóm DRQC 1 vòng và nhóm DRQC ≥ 2 vòng chiếm 77,3%. Henry E (2013) [7] và Schreiber H (2018) [11] đã tìm thấy mối liên quan giữa dây rốn quấn cổ ≥ 3 vòng với khả năng đột tử trong tử cung của người mẹ. Monitoring thai ghi nhận có 76,1% trường hợp bình thường và nhóm bất thường chiếm thấp nhất với 23,9%. Kết quả cho thấy rằng đối với các trường hợp DRQC một vòng chiếm đa số thì ít có ảnh hưởng đến tim thai trên lâm sàng trong quá trình chuyển dạ, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Tayade S (2018) [13] và Masad R (2020) [8] ghi nhận trong nghiên cứu rằng không có mối liên quan giữa của số vòng DRQC với sự ảnh hưởng lên tim thai của thai nhi ($p = 0,28$).

Giá trị RI não giữa giảm theo tuổi thai và theo số vòng dây rốn quấn cổ, cụ thể là theo tuổi thai càng lớn thì giá trị RI não giữa có xu hướng càng giảm. Cùng một tuổi thai nhưng số vòng dây rốn quấn cổ càng nhiều thì giá trị RI não giữa càng giảm cụ thể tuổi thai 37-<38 tuần, 38-40 tuần và >40 tuần với 1 vòng DRQC có giá trị RI não giữa càng giảm lần lượt là $0,74 \pm 0,08$, $0,70 \pm 0,07$, $0,58 \pm 0,49$. Tuổi thai 37-<38 tuần thì nhóm có dây rốn quấn cổ 1 vòng, ≥ 2 vòng có RI rốn có tăng dần theo số vòng dây rốn quấn cổ lần lượt là $0,5 \pm 0,69$, $0,55 \pm 0,14$. Nhóm có tuổi thai từ 38-40 tuần có RI động mạch rốn cũng tăng theo số vòng dây rốn quấn cổ với $0,53 \pm 0,07$ với 1 vòng và $0,54 \pm 0,81$ với ≥ 2 vòng. Kết quả của chúng tôi tương tự với Võ Hoàng Thị Lan Hương (2017) [4] trong siêu âm Doppler màu thì giá trị RI của động mạch não giữa ở nhóm DRQC từ 2 vòng trở lên giảm hơn hẳn so với nhóm DRQC 1 vòng. Kết quả này cũng tương tự với Nguyễn Thị Mỹ Linh (2012) [5] có giá trị RI và S/D nhóm DRQC 2 vòng giảm đáng kể so với nhóm 1 vòng và nhóm không có DRQC ($p < 0,05$).

4.2. Kết cục thai kỳ

Phương pháp sinh mổ lấy thai chiếm phần lớn với 67% cao gấp 2 lần so với những ca có DRQC có kết cục sanh thường, không ghi nhận trường hợp nào sinh giúp. Kết quả này thấp hơn so với Võ Hoàng Thị Lan Hương (2017) [4] với 82,2% mổ lấy thai, phù hợp với Tayade S (2018) [13] với 54,1% với các lý do như suy thai do nhịp tim thai bất thường, suy thai do nước ối có lẫn phân su hay chuyển dạ đình trệ...

Trường hợp APGAR 5 phút < 7 điểm chiếm 1,5% và gờ sơ sinh chiếm 4,2% có thể do dây rốn quấn chặt làm bé thiếu oxy tạm thời chưa hồi phục nên cần hỗ trợ về hô hấp, kết quả của chúng tôi tương đồng so với Tayade S (2018) [13] và Pergialiotis V (2019) [9] với 5% bé có APGAR 5 phút < 7 điểm. Những trường hợp DRQC kiểu A chiếm tỷ lệ cao hơn

so với nhóm có DRQC kiểu B với tỷ lệ lần lượt là 78% và 22%, kết quả này có phần thấp hơn so với Tayade S (2018) [13] có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của tác giả cao hơn so với chúng tôi.

Dây rốn quấn cổ một vòng có tỷ suất thường gặp hơn so với nhóm từ 2 vòng dây rốn quấn cổ trở lên với tỷ lệ từ 11-28% so với 5-9 %; theo nghiên cứu của Tayade S (2018) [13]. Dây rốn quấn cổ có thể quấn một vòng hoặc nhiều vòng, quấn chặt hay quấn lỏng, có hai kiểu dây rốn quấn cổ đó là quấn cổ kiểu A và dây rốn quấn cổ kiểu B, dây rốn quấn cổ kiểu A là kiểu dây rốn quấn lỏng và có thể tự tháo được còn dây rốn quấn cổ kiểu B siết chặt và không thể tự tháo. Tỷ lệ dây rốn quấn lỏng trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm phần lớn với 78%, tỷ lệ dây rốn quấn chặt chiếm 22%. Kết quả này tương đương với tác giả Tayade S (2018) [13] và Henry E (2013) [7] với 75% dây rốn quấn lỏng và 25% dây rốn quấn chặt và cũng trong nghiên cứu này tác giả nhận thấy rằng những bé có dây rốn quấn chặt sẽ có tỷ lệ nhập khoa sơ sinh cao hơn bé có dây rốn quấn lỏng với tỷ lệ lần lượt là 29,3% và 13,9%. Tỷ lệ bé phải gởi sơ sinh chiếm tỷ lệ 4,2% trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của Tayade S (2018) [13] với 14,5%, nguyên nhân gởi sơ sinh có thể do nước ối mẹ có lẫn phân su, tình trạng APGAR 5 phút <7 điểm...

Những trường hợp dây rốn dài sẽ có khả năng quấn cổ thai nhi nhiều vòng hơn so với những trường hợp có kích thước dây rốn trong giới hạn bình thường vì thế tỷ lệ về chiều dài của dây rốn cũng tỷ lệ thuận với số vòng DRQC. Độ dài DRQC sau sinh chiếm phần lớn nằm trong khoảng 40-70 cm với 95%. Chiều dài <40cm và >70cm tương đương nhau với 4,5% và 4,5%. Sepulvedan W (2019) [12] cũng ghi nhận dây rốn ngắn < 40 cm gần giống với nghiên cứu của chúng tôi với 6%.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Những sản phụ có dấu hiệu ngôi đầu cao lỏng, không xuống sau mỗi cơn rặn hoặc bị kéo lên cao sau hết cơn rặn chiếm 23,1%. Kéo dài giai đoạn II của chuyển dạ chiếm 3,8%. Trường hợp DRQC ảnh hưởng tới tim thai là 11,7%, 88,3% còn lại là tim thai cơ bản trong giới hạn bình thường.

Monitoring thai ghi nhận có 76,1% trường hợp biểu đồ tim thai bình thường. Số vòng dây rốn quấn cổ một vòng chiếm đa số với 77,3% và 22,7% cho các trường hợp có số vòng dây rốn trên siêu âm Doppler từ 2 vòng trở lên. Giá trị RI não giữa càng giảm theo tuổi thai và theo số vòng dây rốn quấn cổ. Tuổi thai 38-40 tuần với dây rốn quấn cổ 1 vòng và ≥ 2 vòng có giá trị RI não giữa lần lượt là $0,70 \pm 0,07$, $0,67 \pm 0,06$. Đối với động mạch rốn có tuổi thai 38-40 tuần thì nhóm có DRQC 1 vòng, 2 vòng có RI rốn lần lượt là $0,53 \pm 0,07$, $0,54 \pm 0,81$.

5.2. Kết cục thai kỳ ở sản phụ có DRQC

Tỷ lệ mổ lấy thai với 67%. APGAR 5 Phút <7 điểm chiếm 1,5 %. Tình trạng bé sau sanh phải gởi sơ sinh chiếm 4,2%, số còn lại bé tốt. Dây rốn quanh cổ thai nhi kiểu B có 58 trường hợp chiếm 22%. Độ dài DRQC sau sinh nằm trong khoảng 40-70 cm với 91%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn nhi Trường Đại học Y dược Huế (2016), "Đặc điểm, phân loại và chăm sóc trẻ sơ sinh", *Giáo trình sơ sinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 11-23.
2. Bộ môn Phụ sản Trường Đại học Y dược Huế (2016), "Sinh lý chuyển dạ", *Giáo trình Sản khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 135-145.
3. Bộ môn Phụ sản Trường Đại học Y dược Huế (2016), "Sự phát triển của thai và phần phụ của thai", *Giáo trình sản khoa*, Nhà Xuất Bản Y Học, Hà Nội, tr. 40-52.
4. Võ Hoàng Thị Lan Hương (2017), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, siêu âm Doppler và đánh giá kết quả xử trí các trường hợp dây rốn quấn cổ thai nhi trong chuyển dạ tại khoa Sản – Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2016 – 2017*, Luận văn Bác sỹ đa khoa, Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.
5. Nguyễn Thị Mỹ Linh và cộng sự (2012), "Giá trị Siêu âm Doppler trong chẩn đoán dây rốn quấn cổ tại BV ĐKTT An Giang", *kỷ yếu Hội nghị Khoa học tháng 10/2012*, trang 32-41.
6. Phong Thị Thanh Xuân (2014), *Nghiên cứu ứng dụng siêu âm Doppler và Monitoring sản khoa trong chẩn đoán và đánh giá kết quả xử trí dây rốn quấn cổ trên thai đủ tháng chuyển dạ sanh tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ*, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại Học Y Dược Cần Thơ.
7. Henry E (2013), "Neonatal outcomes following a tight nuchal cord", *J Perinatol.* 33(3), pp. 231-4.
8. Masad R (2020), "The effect of nuchal cord on perinatal mortality and long-term offspring morbidity", *J Perinatol.* 40(3), pp. 439-444.
9. Pergialiotis V (2019), "Evaluation of umbilical cord entanglement as a predictive factor of adverse pregnancy outcomes: A meta-analysis", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 243, pp. 150-157.
10. Schreiber H (2019), "Adverse pregnancy outcomes and multiple nuchal cord loops", *Arch Gynecol Obstet.* 300(2), pp. 279-283.
11. Schreiber H (2018), "127: Multiple nuchal cord loops and neonatal outcomes", *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 218(1).
12. Sepulvedan W (2019), "Antenatal course and perinatal outcome after ultrasound detection of triple nuchal cord: a case series", *J Matern Fetal Neonatal Med*, pp. 1-6.
13. Tayade S (2018), "Is nuchal Cord a cause of concern?", *Madridge J Womens Health Emancipation.* 2(1), pp. 46-50.
14. Wang L (2016), "Nuchal cord complication in male small for gestational age increases fetal distress risk during labor", *Taiwan J Obstet Gynecol.* 55(4), pp. 568-74.

(Ngày nhận bài: 15/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 18/09/2020)
