

**NGHIÊN CỨU TỈ LỆ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN
ĐẾN TỈ LỆ MỔ LẤY THAI Ở NHÓM 1 THEO PHÂN LOẠI ROBSON TẠI
BỆNH VIỆN ĐA KHOA CÁI NƯỚC, TỈNH CÀ MAU NĂM 2019- 2020**

Trần Thị Thúy An^{1*}, Lâm Đức Tâm², Đoàn Thanh Điền²

1. Bệnh viện Đa khoa Cái Nước

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: tranthithuyan481@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tình hình mổ lấy thai (MLT) ở các nước trên thế giới ngày một gia tăng trong thời gian qua và sẽ tiếp tục gia tăng trong thời gian sắp tới nếu không có những biện pháp can thiệp vào nhóm MLT lần đầu. Việc gia tăng tỉ lệ MLT trong thời gian gần đây là một vấn đề sức khỏe cộng đồng đáng được quan tâm. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ MLT của nhóm 1 theo phân loại Robson tại Bệnh viện Đa khoa Cái Nước, tỉnh Cà Mau năm 2019-2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Sản phụ nhập viện và sinh tại Bệnh viện Đa khoa Cái Nước từ tháng 03 năm 2019 đến tháng 07 năm 2020. **Kết quả nghiên cứu:** Có 296 sản phụ mang thai con so vào sinh tại bệnh viện, tỉ lệ MLT nhóm 1 là 29,73%. Tuổi sản phụ trung bình là $23,24 \pm 4,78$ tuổi (16 - 40 tuổi), tăng cân trong thai kỳ là trung bình: $12,05 \pm 4,64$ kg (3-30 kg), thể tích ối bình thường 95,27%, MLT do chuyển dạ ngưng tiến triển 53,41%; do suy thai 22,73%, có sử dụng Oxytocin 24,32%. Sử dụng Oxytocin làm gia tăng tỉ lệ MLT

lên 2,4 lần, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02$, CI 95%: 1,38-4,18. **Kết luận:** Tỷ lệ MLT ở nhóm 1 theo phân loại Robson vẫn còn cao, cần có giải pháp giảm tỷ lệ MLT trong nhóm này. Sử dụng oxytocin làm tăng nguy cơ MLT, vì vậy nên sử dụng Oxytocin theo phác đồ chuẩn.

Từ khóa: Mổ lấy thai

ABSTRACT

STUDY ON THE PREVALENCE AND SOME OF RELATED FACTORS TO CESAREAN SECTION IN GROUP 1 ACCORDING TO ROBSON CLASSIFICATION AT CAI NUOC GENERAL HOSPITAL, CA MAU PROVINCE 2019 - 2020

Tran Thi Thuy An^{1*}, Lam Đức Tam², Doan Thanh Dien²

1. Cai Nuoc General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: The situation of cesarean section (CS) in the world is increasing in recent years and it will continue to increase in the future if there are no interventions in the group of the first CS. The recent increase in CS prevalence is a public health issue that deserves attention. **Objectives:** To determine the prevalence and some factors related to CS of group 1 according to Robson classification at Cai Nuoc General Hospital, Ca Mau province in 2019-2020. **Materials and methods:** Pregnant women hospitalized and gave birth at Cai Nuoc general hospital from 03/2019 to 07/2020. **Results:** In 296 cases, the CS prevalence of group 1 was 29.73%; the average age was 23.24 ± 4.78 year olds (16-40 year olds); increased weight in pregnancy was 12.05 ± 4.64 kg (3-30 kg); the average amniotic fluid was accounting for 95.27%, the reasons were fetal failure during labor accounting for 22.73%; the prevalence of using oxytocin was 24.32%. Using oxytocin augmentation was likely to increase in those with cesarean section to 2.4, this difference was statistically significant with $p = 0.02$, CI 95%: 1.38-4.18. **Conclusion:** CS rate in group 1 is still high, it is necessary to have solutions to reduce the rate of CS in this group. Using oxytocin increases the risk of CS, so oxytocin should be used according to the standard regimen.

Keywords: Cesarean Section

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) là một trong những phẫu thuật được thực hiện thường xuyên tại các cơ sở y tế chuyên khoa phụ sản. Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tỷ lệ MLT dao động từ 10% đến 15% ở các vùng lãnh thổ trên thế giới [9], các nghiên cứu về MLT cho thấy tỷ lệ MLT ngày càng tăng. Trước đây, các chuyên gia sản phụ khoa đề nghị nhiều cách phân loại để nhằm làm giảm tỷ lệ MLT nhưng hiệu quả chưa cao. Năm 2015, hệ thống phân loại Robson được WHO khuyến cáo sử dụng rộng rãi trên thế giới [8]. Tại Việt Nam, phân loại Robson chưa được áp dụng nhiều. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu:

(1). Xác định tỷ lệ và nguyên nhân mổ lấy thai ở nhóm 1 theo phân loại Robson.

(2). Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm 1 theo phân loại Robson.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các sản phụ nhập viện sinh tại Khoa Sản Bệnh viện Đa khoa Cái Nước, tỉnh Cà Mau từ tháng 03 năm 2019 đến tháng 07 năm 2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Con so, thai ≥ 37 tuần, đơn thai, ngôi đầu, chuyển dạ tự nhiên (đau trần bụng dưới, ra nhớt hồng âm đạo, xóa mở cổ tử cung, thành lập đầu ối).

Tiêu chuẩn loại trừ: Thai chết lưu, thai dị tật bẩm sinh, thai phụ bị bệnh tâm thần, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả có phân tích.

Địa điểm: Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Cái Nước Cà Mau.

Cỡ mẫu: Tính theo công thức ước lượng tỉ lệ, với p nghiên cứu trước về tỉ lệ MLT nhóm 1 theo phân loại Robson là 26,95% [2], khi đó tính được cỡ mẫu là 295,5 trường hợp. Thực tế, chúng tôi thu thập 296 trường hợp.

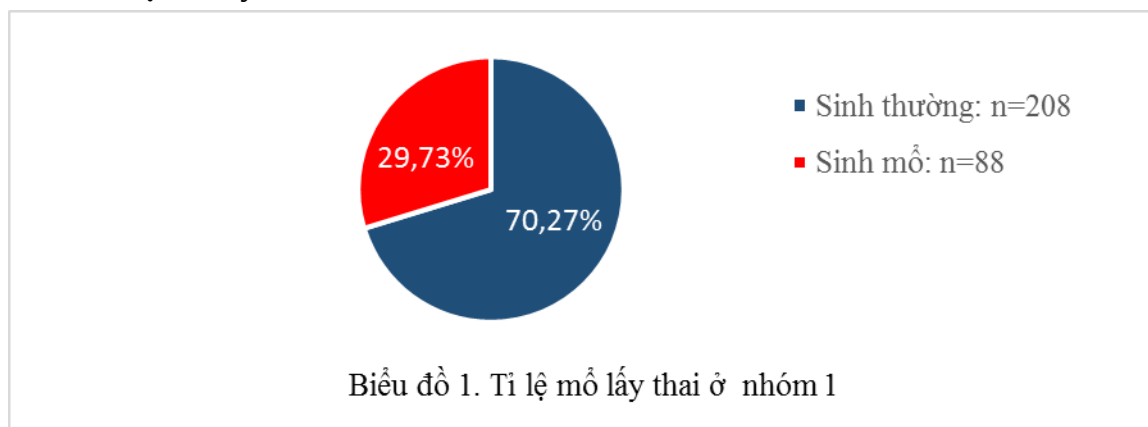
Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện tất cả các sản phụ đến sinh tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Cái Nước, tỉnh Cà Mau thỏa các tiêu chuẩn chọn bệnh, tiêu chuẩn loại trừ đến khi đủ mẫu nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Phương pháp sinh: Sinh thường hay sinh mổ, lý do MLT, các yếu tố liên quan đến tỉ lệ MLT: Tuổi sản phụ, tuổi thai, số lần khám thai, cân nặng của mẹ trước khi mang thai, tăng cân trong thai kỳ, pha chuyển dạ khi vào phòng sanh, tình trạng nước ối, thể tích ối, màu sắc nước ối, thời gian ối vỡ, thời gian giai đoạn 2 của chuyển dạ, đặc điểm sử dụng Oxytocin trong chuyển dạ.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỉ lệ mổ lấy thai ở nhóm 1



Nhận xét: Tỉ lệ mổ lấy thai ở nhóm 1 theo phân loại Robson là 29,73%.

3.2. Nguyên nhân mổ lấy thai

Bảng 1. Nguyên nhân mổ lấy thai

Nguyên nhân mổ lấy thai	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Chuyển dạ ngưng tiến	47	53,41
Đầu không lọt	27	30,68
CTC không tiến triển	20	22,73

Nguyên nhân mổ lấy thai	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Thai và phần phụ thai	34	38,64
Thai suy	20	22,73
Thai to	3	3,41
Thiếu ối, vô ối	11	12,50
Cơn gò cường tính	2	2,27
Bất thường mẹ, KCGH	5	5,68

Nhận xét: Mổ lấy thai do chuyển dạ ngưng tiến: 53,41%, nguyên nhân do thai và phần phụ thai: 38,64%, cơn gò cường tính: 2,27%, nguyên nhân bệnh lý mẹ như tiền sản giật, khung chậu giới hạn: 5,68%.

3.3. Đặc điểm chung của sản phụ nhóm 1

Bảng 2. Đặc điểm chung của sản phụ nhóm 1

Đặc điểm	Tần số (n = 296)	Tỉ lệ (%)
Tuổi trung bình của sản phụ	23,24 ± 4,78 tuổi (16 - 40 tuổi)	
Số lần khám thai	Trung bình: 8,29 ± 2,63 lần (2- 16 lần)	
< 4 lần	11	3,72
≥ 4 lần	285	96,28
Cân nặng trước khi mang thai	Trung bình: 48,35 ± 6,14 kg(38-80kg)	
Tăng cân trong thai kỳ	Trung bình: 12,05 ± 4,64 kg(3-30kg)	
> 12 kg	121	40,88
≤ 12 kg	175	59,12
Tình trạng ối lúc nhập viện		
Vỡ	59	19,93
Còn	237	80,07
Thể tích ối		
Đa ối, thiếu ối	14	4,73
Bình thường	282	95,27
Màu sắc nước ối		
Xanh, vàng	38	12,84
Trắng đục	258	87,16
Pha chuyển dạ khi vào phòng sanh		
Pha tiềm thời	210	70,95
Pha hoạt động	86	29,05
Thời gian giai đoạn 2 của CD		
< 1 giờ	171	57,77
≥ 1 giờ	42	14,19

Nhận xét: Tuổi trung bình: 23,24 ± 4,78 tuổi (16 - 40 tuổi), số lần khám thai: ≥ 4 lần: 96,28%, tăng cân trong thai kỳ ≥ 10 kg: 72,64%, tình trạng ối khi nhập viện: ối còn: 79,05%, thể tích ối bình thường: 81,42%, nước ối trắng đục: 87,16%, pha chuyển dạ khi vào phòng sinh: pha tiềm thời: 70,95%, pha hoạt động: 29,05%.

Bảng 3. Đặc điểm sử dụng Oxytocin

Đặc điểm	Tần số (n = 296)	Tỉ lệ (%)
Sử dụng Oxytocin		
Có	72	24,32

Đặc điểm	Tần số (n = 296)	Tỉ lệ (%)
Không	224	75,68
Thời điểm sử dụng Oxytocin		
Tiềm thời	54	75
Hoạt động	18	25
Màu sắc ối khi sử dụng Oxytocin		
Xanh, vàng	4	5,56
Trắng đục	68	94,44
Thời gian ối vỡ đến khi sử dụng		
< 6 giờ	28	38,89
6 – 12 giờ	41	56,94
> 12 giờ	3	4,17
Thời gian sử dụng Oxytocin		
≤ 6 giờ	54	75
> 6 giờ	18	25

Nhận xét:

Sử dụng Oxytocin trong chuyển dạ là 24,32%.

Thời điểm sử dụng Oxytocin: Chuyển dạ pha hoạt động: 25%, pha tiềm thời: 75%.

Màu sắc nước ối khi sử dụng Oxytocin: trắng đục 94,44%.

Thời gian từ khi ối vỡ đến khi truyền Oxytocin: < 6 giờ: 38,89%, 6 - 12 giờ: 56,94%, >12 giờ 4,17%.

Thời gian sử dụng Oxytocin: ≤ 6 giờ: 75%, 7 giờ - 12 giờ: 25%.

3.4. Một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ mổ lấy thai nhóm 1

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ mổ lấy thai nhóm 1

Đặc điểm	MLT N= 88 (100%)	Sinh NÂĐ N=208(100%)	OR	KTC 95%	P
Màu sắc ối					
Xanh vàng	12 (50)	12 (50)	2,56	1,11 - 5,99	0,02
Trắng đục	76 (27,94)	196 (72,06)			
Thể tích ối					
Thiếu ối	26 (61,9)	16 (38,10)	5,03	2,54 - 9,99	0,001
Trung bình	62 (22,82)	192 (75,59)			
Sử dụng Oxytocin					
Có	32 (44,44)	40 (55,56)	2,4	1,38 - 4,18	0,02
Không	56 (25)	168 (75)			
Giai đoạn CD					
Tiềm thời	76 (36,19)	134 (63,81)	3,5	3,32 - 6,84	0,001
Hoạt động	12 (13,95)	74 (87,05)			
Thời gian giai đoạn 2 của chuyển dạ					
≥ 1 giờ	4 (9,52)	38 (90,48)	17,9	0,03 – 2,74	0.06
< 1 giờ	1 (0,58)	170 (99,42)			

Nhận xét: Màu sắc nước ối, thể tích nước ối, sử dụng oxytocin trong chuyển dạ và pha chuyển dạ khi vào phòng sanh có làm tăng nguy cơ MLT, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, KTC 95%. Thời gian giai đoạn 2 của chuyển dạ không có sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm MLT và nhóm sinh ngã âm đạo với $p = 0,06$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ mổ lấy thai trong nhóm 1 theo phân loại Robson

Chúng tôi nghiên cứu trên 296 sản phụ thuộc nhóm 1 theo phân loại Robson là nhóm con so, ngôi đầu, thai ≥ 37 tuần, chuyển dạ tự nhiên đến sinh tại Bệnh viện Đa khoa Cái Nước, tỉnh Cà Mau cho thấy tỷ lệ MLT là 29,73%. Tỷ lệ MLT trong nhóm 1 của chúng tôi tương đương với tỷ lệ MLT nhóm 1 của Nguyễn Tiến Công tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đắk Lắk năm 2017 là 26,95% [2] và kết quả của Robson tại Bệnh viện sản khoa quốc gia Dublin năm 2012 là 28% [6], nhóm 1 là nhóm ít nguy cơ, tuy nhiên tỷ lệ MLT trong nhóm 1 của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao hơn so với khuyến cáo về tỷ lệ mổ lấy thai của WHO là từ 10 đến 15%. Bệnh viện chúng tôi là bệnh viện tuyến huyện của tỉnh Cà Mau, một tỉnh vùng sâu vùng xa thuộc cực Nam của tổ quốc, điều kiện kinh tế xã hội cũng như trình độ nhận thức và khả năng tiếp cận về các dịch vụ y tế của người dân chưa cao nên việc gia tăng tỷ lệ MLT như vậy cũng là một vấn đề cần được quan tâm.

Tỷ lệ mổ lấy thai theo từng nhóm nguyên nhân trong nhóm 1:

Qua nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ MLT của nhóm 1 bao gồm 5 nhóm nguyên nhân chính như sau: chuyển dạ ngưng tiến chiếm 53,41%, nguyên nhân do thai và phần phụ thai chiếm 38,64%, nguyên nhân bệnh lý mẹ như tiền sản giật, khung chậu giới hạn chiếm tỷ lệ 4,54% và 1 trường hợp con quý chiếm tỷ lệ 1,14% trong số các trường hợp MLT nhóm 1.

Nguyên nhân chuyển dạ ngưng tiến chiếm hơn 50% trường hợp MLT trong nhóm 1, qua đó cho thấy, các trường hợp con so, chúng tôi cố gắng theo dõi chuyển dạ và sinh ngã âm đạo, tuy nhiên, trong thời gian theo dõi, kết quả cho thấy đầu cao không lọt chiếm 30,68% và cổ tử cung không tiến triển chiếm 22,72%. Đây là nhóm nguy cơ thấp nhưng tỷ lệ MLT do thai trình ngưng tiến lại chiếm tỷ lệ cao. Ngoài ra, trong quá trình theo dõi, chúng tôi tuân thủ việc sử dụng biểu đồ chuyển dạ để theo dõi sinh, việc sử dụng sản đồ trong theo dõi chuyển dạ được áp dụng rộng rãi, thường xuyên và chặt chẽ nên việc đánh giá chuyển dạ ngưng tiến do đầu không lọt đã được cân nhắc. Kết quả này khá cao nhưng cũng phản ánh sự cố gắng trong quá trình theo dõi tại Khoa Sản của Bệnh viện. Tuy nhiên, việc đánh giá đầu không lọt trong thời gian bao lâu để đi đến quyết định mổ lấy thai là một vấn đề cần quan tâm bởi vì tùy thuộc vào điều kiện theo dõi của đội ngũ bác nữ, nữ hộ sinh và từ phía sản phụ. Vì cơ sở chúng tôi là tuyến huyện, chúng tôi phải chịu nhiều áp lực từ phía bệnh nhân và người nhà cũng như điều kiện làm việc còn nhiều hạn chế, chính vì thế có những trường hợp được chỉ định mổ sớm nhằm tránh tai biến và biến chứng có thể xảy ra.

Tỷ lệ MLT do thai trình ngưng tiến vì CTC không tiến triển thêm chiếm tỷ lệ 22,72% đứng thứ hai sau nguyên nhân đầu không lọt. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian trung bình từ khi ối vỡ đến truyền Oxytocin là 5.5 giờ (thấp nhất là 30 phút và cao nhất là 14 giờ). Nhóm sử dụng Oxytocin khi ối vỡ từ 6 đến 12 giờ chiếm tỷ lệ cao là 56%. Tuy nhiên tỷ lệ MLT do CTC không tiến triển trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Đỗ Quang Mai (2006) là 55.65% [4].

Tỷ lệ MLT do nguyên nhân thai và phần phụ của thai chiếm 38,64% các trường hợp MLT, trong đó do suy thai chiếm 22,73%, do nước ối chiếm 12,5% và thai to chiếm

3,41%. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Lê Lam Hương nghiên cứu 594 sản phụ được MLT tại bệnh viện Trung ương Huế năm 2015 tỉ lệ MLT do suy thai chiếm 14,5%, do nước ối chiếm tỉ lệ 6,8% [3]. Điều này được giải thích là do việc sử dụng Monitoring trong sản khoa góp phần chẩn đoán suy thai sớm trong chuyển dạ. Tuy nhiên còn tùy thuộc vào nhận định của bác sĩ, tỉ lệ dương tính giả cũng cao vì vậy chẩn đoán suy thai có phần rộng rãi góp phần gia tăng tỉ lệ mổ lấy thai trong nhóm này.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến mổ lấy thai

Tình trạng ối khi nhập viện: Có 80,07% sản phụ trong nghiên cứu còn ối khi nhập viện và 19,93% sản phụ có vỡ ối trước khi vào viện. Ới vỡ non sẽ kèm theo nhiều nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe mẹ và con như nhiễm trùng, suy thai, sa dây rốn gây tử vong thai nhi nếu không được xử trí kịp thời. Tỉ lệ ối vỡ non trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với của Nguyễn Tiến Công tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đắk Lắk là 29,46% [2], và Đoàn Vũ Đại Nam nghiên cứu tại Bệnh viện Hùng Vương, TP Hồ Chí Minh là 27,4% [5]. Có lẽ do nghiên cứu của chúng tôi ở tuyến huyện, nhóm đối tượng nghiên cứu là con so, nên khi có bất thường trong chuyển dạ họ thường có tâm lý lo lắng và lên tuyến trên sinh nhiều hơn. Tuy nhiên, tỉ lệ ối vỡ non trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả của Wagner M.V [10] có thể do khác nhau về cỡ mẫu và địa điểm nghiên cứu.

Thể tích ối: Là một yếu tố đánh giá sức khỏe thai, tỉ lệ thiếu ối khác nhau tùy theo định nghĩa. Tuy nhiên trên lâm sàng đứng trước một tình trạng thiếu ối và thai đủ tháng các bác sĩ có xu hướng chấm dứt thai kỳ nhằm hạn chế bệnh suất và tử suất thai nhi, điều này góp phần gia tăng tỉ lệ MLT. Thể tích nước ối càng giảm làm tăng nguy cơ MLT. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy có mối liên quan giữa thể tích nước ối và tỉ lệ MLT, nhóm các sản phụ thiếu ối có nguy cơ MLT cao gấp 5,03 lần nhóm có nước ối bình thường, KTC 95% (2,54 – 9,99), $p < 0,01$. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự của Lê Hồng Cẩm chỉ số ối = 3 - 4 cm có nguy cơ mổ lấy thai gấp 4,5 lần so với chỉ số ối = 4 - 5 cm (khoảng tin cậy 95% 1,5-13,2), $p < 0,05$ [1].

Màu sắc nước ối: Màu sắc nước ối xanh hay vàng trong nghiên cứu chiếm 12,84%, tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Đoàn Vũ Đại Nam là 19,9%, do nghiên cứu của Đoàn Vũ Đại Nam thực hiện tại bệnh viện Hùng Vương là bệnh viện Sản phụ khoa tuyến cuối của Thành phố Hồ Chí Minh. Nước ối màu xanh hay vàng thường là do phân su, đây là một trong những đặc điểm dự báo tình trạng suy thai trong tử cung cần phải theo dõi sát monitoring sản khoa nhằm ra quyết định đúng đắn, kịp thời. Trong điều kiện tuyến cơ sở chúng tôi, khi có tình trạng ối xấu, các bác sĩ sản khoa có xu hướng mau chóng rút ngắn chuyển dạ bằng mổ lấy thai nhằm giảm nguy cơ hít nước ối phân su ở trẻ sơ sinh, điều này góp phần làm tăng tỉ lệ MLT.

Sử dụng Oxytocin trong chuyển dạ: Có 24,32% sản phụ con so sử dụng oxytocin trong chuyển dạ với mục đích chủ yếu là điều chỉnh cơn gò tử cung, kết quả này thấp hơn trong nghiên cứu của Selin và cộng sự có 72,8% sản phụ được sử dụng oxytocin [7]. Nguyên nhân sự khác biệt này thứ nhất là do chúng tôi chỉ nghiên cứu trên các sản phụ nhóm 1 theo phân loại Robson, sử dụng Oxytocin nhằm mục đích điều chỉnh cơn gò tử cung trong chuyển dạ. Nguyên nhân thứ hai là do việc sử dụng Oxytocin cần phải được theo dõi sát chuyển dạ và tăng cường khả năng của phòng mổ, đội ngũ phẫu thuật viên để can thiệp kịp thời các biến chứng xảy ra, tại bệnh viện chúng tôi chỉ có một bác sĩ chuyên

khoa Sản trong một tua trực nên việc sử dụng Oxytocin được kiểm soát chặt chẽ.

Về thời điểm sử dụng Oxytocin trong nghiên cứu của chúng tôi có 75% sản phụ được sử dụng Oxytocin trong giai đoạn chuyển dạ tiềm thời, còn lại 25% trong giai đoạn hoạt động. Trong giai đoạn chuyển dạ tiềm thời Oxytocin được sử dụng nhằm điều chỉnh cơn gò tử cung khi cơn gò không đủ cường độ và trương lực hoặc khi ối đã vỡ lâu, cần thúc đẩy chuyển dạ tránh các biến chứng nhiễm trùng hay suy thai. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự với Nguyễn Tiến Công, nghiên cứu trên 387 sản phụ thuộc nhóm 1 theo phân loại Robson được mổ lấy thai tại bệnh viện Đa khoa Đắc Lắc có 78,87% sản phụ được sử dụng Oxytocin trong giai đoạn chuyển dạ tiềm thời.

Việc sử dụng Oxytocin nhằm mục đích tăng co đối với những trường hợp ối đã vỡ trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có 94,44% nước ối màu trắng đục, ối màu xanh hay vàng chỉ chiếm 5,56%. Màu sắc nước ối cũng là một yếu tố quan trọng trong vấn đề chỉ định và theo dõi khi sử dụng Oxytocin, nước ối màu xanh hay vàng thường là chỉ điểm của tình trạng suy thai, dù vậy cũng không phải là yếu tố duy nhất mà cần kết hợp với các yếu tố khác như biểu đồ tim thai, ngôi thể thai, tình trạng khung chậu có thể sinh ngã âm đạo được hay không và việc sinh ngã âm đạo nếu diễn ra nhanh hơn mổ lấy thai thì mới sử dụng được.

Thời gian từ khi ối vỡ đến truyền Oxytocin trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là từ 6 giờ đến 12 giờ chiếm tỉ lệ 59,94%, nhóm được sử dụng Oxytocin khi ối vỡ dưới 6 giờ chiếm tỉ lệ 38,89%, và nhóm có thời gian trên 12 giờ chiếm tỉ lệ thấp chỉ có 4,17%. Sau khi phân tích chúng tôi ghi nhận việc sử dụng oxytocin tăng nguy cơ mổ lấy thai lên 2,4 lần, khoảng tin cậy 95% (1,38 – 4,18), $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu trước đây về việc sử dụng Oxytocin làm gia tăng tỉ lệ MLT lên nhiều lần. Theo nghiên cứu của Nguyễn Tiến Công tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Đắc Lắc, sản phụ được sử dụng Oxytocin nhằm thúc đẩy chuyển dạ thì kết quả là tăng tỉ lệ MLT lên 1,52 lần, khoảng tin cậy 95% (0,56-0,78), $p < 0,001$ [1]. Do đó trong quá trình chuyển dạ cần thiết phải theo dõi sát, đánh giá chính xác giai đoạn chuyển dạ, tình trạng màng ối. Nhằm hạn chế việc sử dụng oxytocin tràn lan không đúng chỉ định. Tuy nhiên cũng không nên trì hoãn việc sử dụng oxytocin khi cần thiết do việc này làm chuyển dạ kéo dài, tăng nguy cơ nhiễm trùng, băng huyết, sản phụ mệt mỏi vì phải chịu đựng cuộc chuyển dạ kéo dài.

Việc quyết định truyền Oxytocin không chỉ dựa vào thời gian từ khi ối vỡ mà còn phải dựa vào các yếu tố như mức độ thuận lợi của cổ tử cung, giai đoạn chuyển dạ mà có hướng xử trí thích hợp. Qua nghiên cứu này cho thấy việc sử dụng Oxytocin đã được cân nhắc vì nếu truyền Oxytocin quá sớm khi cổ tử cung chưa thuận lợi sẽ làm gia tăng tỉ lệ mổ lấy thai hoặc quá muộn khi ối đã vỡ lâu sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng hay suy thai.

Thời gian sử dụng Oxytocin là dài hay ngắn còn tùy thuộc vào giai đoạn chuyển dạ khi bắt đầu sử dụng, chỉ số Bishop có thuận lợi hay không, trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $3,9 \pm 2,2$ giờ (ngắn nhất là 1 giờ và dài nhất là 12 giờ). Đa số vẫn là nhóm có thời gian ≤ 6 giờ chiếm tỉ lệ 75%, thời gian từ 7- 12 giờ là 25% và không có trường hợp nào truyền Oxytocin trên 12 giờ. Đây là hai mốc thời gian mà chúng ta có thể đánh giá được tim thai, các yếu tố của chuyển dạ có tiến triển hay không như cơn co tử cung, độ xóa mờ CTC, sự xuống của ngôi thai, khi một trong các yếu tố đó không đáp ứng ta có chỉ định chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ mổ lấy thai nhóm 1 theo phân loại Robson là 29,73%. Các yếu tố: nước ối có màu xanh hay vàng; thiếu ối; vào phòng sanh ở giai đoạn chuyển dạ tiềm thời và sử dụng Oxytocin trong chuyển dạ làm tăng nguy cơ MLT. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Hồng Cẩm, Phan Mỹ Duyên, (2011), *Các yếu tố liên quan đến mổ lấy thai ở thai trường thành thiếu ối*, Nghiên cứu Y học Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 15, Số 1.
2. Nguyễn Tiên Công, (2017), *Tỉ lệ mổ lấy thai theo nhóm phân loại của Robson tại bệnh viện đa khoa Đắc Lắc*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Tp HCM.
3. Lê Lam Hương, (2016), *Nghiên cứu tình hình mổ lấy thai tại Bệnh viện Trung ương Huế*, Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Huế.
4. Đỗ Quang Mai, (2007), *Nghiên cứu tình hình mổ lấy thai sản phụ con so tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương 2 năm 1996 và 2006*, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Đoàn Vũ Đại Nam, (2017), *Khảo sát tỉ lệ mổ lấy thai theo nhóm phân loại của Robson tại Bệnh viện Hùng Vương 2016- 2017*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược Tp HCM.
6. Hatigan Robson Michael, Murphy M, (2013), *Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate*, *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 27, pp. 297 - 308.
7. Selin L, Almström E, Wallin G, and *et al*, (2009), *Use and abuse of oxytocin for augmentation of labor*, *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 88 (12), pp. 1352-1357.
8. Vindevoghel N, Betrán A.P, Souza J.P, (2014), *Asystematic review of the Robson classification for caesrean section: What works, dosen't work and how to improve it*, *PloS one*. 9 (6), pp. 977.
9. World Health Organization, (2010), *Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-2008*, *Lancet*, 375, pp. 490-499.
10. Wagner M.V, Chin V.P, Peters C.J, and *et al*, (1989), *A comparison of early and delayed induction of labor with spontaneous rupture of membranes at term*, *Obstetrics & Gynecology*, 74 (1), pp. 93-97.

(Ngày nhận bài: 4/8/2020 - Ngày duyệt đăng: 1/10/2020)
