

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XỬ TRÍ THAI KỲ CHUYỂN DẠ KÉO DÀI
TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TWG LONG AN NĂM 2021-2022**

Dương Mỹ Linh^{1*}, Khâu Thị Ngọc Giao²

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Sản nhi TWG Long An

*Email: dmlinh@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chuyển dạ kéo dài là một trong những nguyên nhân gây tử vong mẹ với tỷ lệ khoảng 2,8%. Chuyển dạ kéo dài báo hiệu cuộc sinh diễn tiến không thuận lợi có thể dẫn đến tai biến cho mẹ như: vỡ tử cung, nhiễm trùng huyết, cắt tử cung và đường rò niệu dục. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả xử trí thai kỳ chuyển dạ kéo dài tại Bệnh viện Sản Nhi TWG Long An năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 100 thai phụ có chuyển dạ kéo dài tại Bệnh viện Sản nhi TWG Long An từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 1 năm 2022. Thai phụ được theo dõi sát chuyển dạ và xử trí theo từng trường hợp cụ thể, ghi nhận phương pháp sinh, tình trạng trẻ và mẹ khi sinh và sau sinh. **Kết quả:** Trong nghiên cứu có 62 trường hợp sinh thường chiếm 62%; 38 trường hợp mổ lấy thai chiếm 38%. Băng huyết sau sinh chiếm 21%; sản phụ sinh thường có nguy cơ băng huyết sau sinh cao hơn nhóm sản phụ được chỉ định mổ lấy thai. Nguyên nhân do vỡ tử cung chiếm tỉ lệ 100%; Tỷ lệ số lượng máu mất trên 500ml chiếm 21%, lượng máu mất trung bình của thai kỳ chuyển dạ kéo là $348,3 \pm 186,1$ ml. Nhóm sản phụ sinh thường có lượng máu mất trung bình lớn hơn nhóm sinh mổ. Cân nặng trẻ sơ sinh ≥ 3500 gam chiếm 32%. Chỉ số Apgar trẻ 1 phút < 7 điểm chiếm 13% và 5 phút < 7 chiếm 2%, có 13 trẻ chuyển nhi sơ sinh, trong đó có 12 trẻ suy hô hấp chiếm 92,3% và có 1 trẻ nhiễm trùng sơ sinh chiếm 2,2%. **Kết luận:** Chuyển dạ kéo dài có tỷ lệ sinh thường cao và tai biến - biến chứng cũng tương tự như mổ lấy thai.

Từ khóa: Chuyển dạ kéo dài, thai kỳ, kết cục.

ABSTRACT

**ASSESSMENT OF TREATMENT RESULTS FOR PROLONGED LABO
AT TWG LONG AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL
IN 2021-2022**

Duong My Linh^{1*}, Khau Thi Ngoc Giao²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. TWG Long An Obstetrics and Pediatrics Hospital

Background: Prolonged labor is one of the majors causing maternal death which counted for 2.8%. Prolonged labor signals an unfavorable birth, which can lead to obstetric complications for the maternal. **Objectives:** To evaluate the treatment results for prolonged labor at TWG Long An Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2021-2022. **Materials and methods:** A cross sectional descriptive study with analysis was performed at TWG Long An Obstetrics and Gynecology Hospital in 2021-2022 reporting 100 cases with prolonged labor. The maternal was closely monitored in labor process and individually treated, noted the delivery process, neonatal and maternal status during and after birth. **Result:** there were 62 cases of vaginal delivery, accounting for 62.0%, the remaining 38 cases were cesarean section, accounting for 38.0%. There were 21 pregnant women having postpartum hemorrhage complications, accounting for 21.0%. The study noted that prolonged labor pregnancies underwent vaginal delivery faced higher risk of postpartum hemorrhage than group of cesarean section. The rate of blood loss over 500ml accounted for 21%, the average blood loss in pregnancy with prolonged labor was 341.5 ± 189.1 ml. Infants weighing less than 3500 grams accounted for 68.0%, 13.0% of them had to be admitted at neonatal intensive care unit, and none of them died. Among 13 cases at the neonatal unit, there were 12 infants with

neonatal respiratory failure accounting for 92.3% and 1 infant with neonatal sepsis accounting for 7.7%. Apgar index of infants after 1 minute < 7 points accounted for 13.0% and after 5 minutes according to Apgar table < 7 accounted for 2.0%. Uterine atony accounts for most cases of postpartum haemorrhage with a rate of 21/21 (100.0%) cases. **Conclusion:** Prolonged labor had a high rate of normal delivery and complications similar to cesarean section.

Keywords: Prolonged labor, pregnancy, outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, theo thống kê của Vụ Sức khỏe Bà mẹ Trẻ em, Bộ Y tế: hàng năm có tỉ lệ tử vong mẹ là 46/100.000 trẻ sinh sống [3] với các nguyên nhân chính gây tử vong mẹ liên quan đến cuộc đẻ bao gồm: băng huyết sau sinh, nhiễm khuẩn hậu sản, tiền sản giật nặng- sản giật, chuyển dạ kéo dài, trong đó nguyên nhân gây chuyển dạ kéo dài gây tử vong mẹ chiếm 2,8% [8]. Theo hướng dẫn Quốc gia về Chăm sóc sức khỏe sinh sản- Bộ Y tế: Chuyển dạ tiến triển chậm: pha tiềm tàng kéo dài trên 8 giờ, pha tích cực trì trệ, cổ tử cung mở dưới 1cm/giờ. Các yếu tố liên quan chuyển dạ kéo dài bao gồm: tuổi mẹ, số lần sinh, số lần khám thai, tuổi mẹ lần đầu sinh con, cân nặng thai, nơi cư trú và cân nặng thai lúc sinh [5],[6]. Chuyển dạ kéo dài báo hiệu cuộc sinh diễn tiến không thuận lợi, nếu không được theo dõi sát và xử trí kịp thời, có thể dẫn đến những tai biến của sản khoa như: vỡ tử cung, nhiễm trùng huyết, cắt tử cung và đường dò niệu sinh dục[4],[9].

Chuyển dạ kéo dài gây nhiều nguy cơ cho thai phụ và thai nhi, là vấn đề thường gặp ở các nước đang phát triển, là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây tai biến sản khoa mà có thể phòng ngừa được cho thai phụ và thai nhi nên sẽ giảm tỉ lệ tử vong mẹ và con khi sinh [7]. Do đó, khi nhận biết tình trạng chuyển dạ kéo dài về thời gian theo dõi chuyển dạ, bác sĩ lâm sàng có nhận định về diễn tiến chuyển dạ, nguyên nhân gây chuyển dạ kéo dài và có quyết định can thiệp lâm sàng nhằm giảm các tai biến và biến chứng cho thai phụ, thai nhi. Những can thiệp quá sớm sẽ làm tăng tỷ lệ can thiệp sinh giúp hay phẫu thuật mổ lấy thai và ngược lại, nếu muộn quá thì lại là nguy cơ gây tai biến cho mẹ và con. Câu hỏi được đặt ra là: thời điểm nào là thích hợp nhất để đưa ra cách xử trí phù hợp cho các trường hợp chuyển dạ kéo dài? Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu sau: đánh giá kết quả xử trí thai kỳ chuyển dạ kéo dài tại Bệnh viện Sản Nhi TWG Long An năm 2021-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả thai phụ có chuyển dạ kéo dài tại Bệnh viện Sản Nhi TWG Long An năm 2021-2022.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Tuổi thai ≥ 37 tuần, đơn thai, ngôi đầu, được chẩn đoán chuyển dạ kéo dài theo hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2016 [1]:

+ Pha tiềm tàng kéo dài quá 8 giờ.

+ Pha tích cực kéo dài quá 7 giờ, hoặc tốc độ mở cổ tử cung < 1cm/ giờ.

+ Đường mở cổ tử cung cắt sang bên phải đường báo động trên biểu đồ chuyển dạ.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Vết mổ cũ, bất thường về khung chậu, chấn thương cột sống, chỉ định mổ lấy thai cấp cứu trong quá trình theo dõi chuyển dạ sinh như: nhau bong non, sa dây rốn, suy thai cấp trong chuyển dạ, nhịp tim thai bất thường.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả

- **Cỡ mẫu:** Chọn toàn bộ những sản phụ được chẩn đoán chuyển dạ kéo dài trong số các sản phụ chuyển dạ sinh thoả các tiêu chuẩn chọn mẫu, với 100 trường hợp thai kỳ tại Bệnh viện Sản Nhi TWG Long An trong thời gian nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Thai phụ đến sinh tại Bệnh viện Sản nhi TWG Long An được theo dõi sinh và chẩn đoán chuyển dạ kéo dài. Khám và ghi nhận kết quả xử trí như: phương pháp sinh, nguyên nhân chuyển dạ kéo dài, thời gian chẩn đoán chuyển dạ kéo dài, tình trạng sức khỏe mẹ sau sinh, biến chứng (băng huyết sau sinh, lượng máu mất sau sinh, vỡ tử cung, nhiễm trùng hậu sản,...), thời gian nằm viện,... Tình trạng trẻ sơ sinh sau sinh: chỉ số Apgar 1 phút, Apgar 5 phút, các biến chứng cho con, tình trạng suy hô hấp sau sinh, sang chấn sản khoa, lý do chuyển đơn nguyên sơ sinh,....

- **Phương pháp thu thập số liệu:**

Thông qua bộ câu hỏi và hồ sơ bệnh án.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:**

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n=100)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 35 tuổi	89	89,0
	≥ 35 tuổi	11	11,0
	Trung bình	27,49±5,72	
Nghề nghiệp	Nội trợ	29	29,0
	Buôn bán	4	4,0
	Nông dân	4	4,0
	Công nhân	38	38,0
	Viên chức	21	21,0
	Khác	4	4,0
Tuổi thai	37 - 40 tuần	64	64,0
	> 40 tuần	36	36,0
	Trung bình	39,2±1,1	

Nhận xét: Tuổi mẹ trung bình của nghiên cứu là 27,49±5,72 trong đó nhóm <35 tuổi chiếm 89%. Công nhân là nghề nghiệp là 38%. Có 64 trường hợp tuổi thai 37-40 tuần chiếm 64%, trung bình là 39,2±1,1 tuần.

3.2. Kết quả xử trí chuyển dạ kéo dài

Bảng 2. Phương pháp sinh

Phương pháp sinh	Tần số (n=100)	Tỷ lệ (%)
Sinh thường	62	62,0
Mổ lấy thai	38	38,0
Tổng	100	100,0

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 62 trường hợp sinh thường chiếm 62%, còn lại 38 trường hợp phải mổ lấy thai chiếm 38%.

Bảng 3. Nguyên nhân chuyển dạ giai đoạn 1 kéo dài

Nguyên nhân	Tần số	Tỷ lệ (%)
Bất thường khung chậu mẹ	5	4,9
Bất thường ngôi, kiểu thể thai	31	31,7
Bất thường cổ tử cung	12	11,9
Bất thường con co tử cung	52	51,5
Tổng	100	100,0

Nhận xét: Trong 100 các trường hợp thai kỳ chuyển dạ kéo dài ghi nhận có 52/100 trường hợp có bất thường con co tử cung chiếm 51,5%.

Bảng 4. Kết quả mẹ sau sinh

Đặc điểm		Sinh thường		Sinh mổ		Tổng		P
		n=62	%	n=38	%	n=100	%	
Băng huyết sau sinh	Không	42	67,7	37	97,4	79	79,0	0,000
	Có	20	32,3	1	2,6	21	21,0	
Lượng máu mất	< 500mL	42	67,7	37	97,4	79	79,0	0
	500 - <1000mL	20	32,3	0	0,0	20	20,0	0,000
	≥ 1000mL	0	0,0	1	2,6	1	1,0	0,293
Lượng máu mất trung bình		384,8±200,7 mL		288,7±142,7 mL		348,3±186,1mL		0,006
Nguyên nhân băng huyết sau sinh	Đờ tử cung	20	100,0	1	100,0	21	100,0	
	Chấn thương sinh dục	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Khác	0	0,0	0	0,0	0	0,0	

Nhận xét: Băng huyết sau sinh chiếm 21,0% và chưa ghi nhận các biến chứng khác trong thời gian nghiên cứu. Sản phụ sinh thường có nguy cơ băng huyết cao hơn nhóm sản phụ mổ lấy thai, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ sản phụ mất máu > 500ml chiếm 21%, lượng máu mất trung bình là 348,3±186,1mL. Nhóm sản phụ sinh thường có lượng máu mất trung bình lớn hơn nhóm sinh mổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. 100% trường hợp băng huyết sau sinh là do đờ tử cung.

Bảng 5. Kết quả trẻ sau sinh

Đặc điểm		Sinh thường		Sinh mổ		Tổng		P
		n = 62	%	n= 38	%	n= 100	%	
Apgar 1 phút	<7 điểm	10	16,1	3	7,9	13	13,0	0,237
	≥7 điểm	52	83,9	35	92,1	87	87,0	
Apgar 5 phút	<7 điểm	0	0,0	2	5,3	2	2,0	0,069
	≥7 điểm	62	100,0	36	94,7	98	98,0	
Cân nặng	< 3500 g	44	71,0	24	63,2	68	68,0	0,419
	≥ 3500 g	18	29,0	14	36,8	32	32,0	
Cân nặng trung bình		3270,9 ± 306,4g		3292,1 ± 335,6g		3279,0 ± 316,3g		0,748
Chuyển sơ sinh	Không	52	83,9	35	92,1	87	87,0	0,237
	Có	10	16,1	3	7,9	13	13,0	
Nguyên nhân chuyển	Suy hô hấp	9	90,0	3	100,0	12	92,3	
	Nhiễm trùng	1	10,0	0	0,0	1	7,7	

Đặc điểm		Sinh thường		Sinh mổ		Tổng		P
		n = 62	%	n= 38	%	n= 100	%	
sơ sinh	Sang chấn sản khoa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	

Nhận xét: Cân nặng trẻ <3500 gam chiếm 68,0%. Có 13,0% trẻ phải gửi sơ sinh, không có trẻ nào tử vong. Trong số 13 trường hợp phải chuyển đơn nguyên sơ sinh có 12 trẻ suy hô hấp sơ sinh chiếm 92,3% và 1 trẻ nhiễm trùng sơ sinh chiếm 7,7%. Không có trẻ nào sang chấn sản khoa. Chỉ số Apgar trẻ sơ sinh sau 1 phút <7 điểm chiếm 13,0% và sau 5 phút theo bảng Apgar < 7 chiếm 2,0%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi sản phụ trung bình là 27,49±5,72. Trong đó, nhóm tuổi mẹ < 35 tuổi chiếm đa số với tỉ lệ 89%, đây là nhóm tuổi trong độ tuổi sinh đẻ; kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác liên quan đến độ tuổi của thai phụ như Nguyễn Thị Huyền Trang [2] khi ghi nhận có độ tuổi trung bình 28,41 ± 5,32 tuổi, nằm trong độ tuổi có yếu tố nguy cơ thấp, không có những đặc điểm riêng biệt như con so lớn tuổi. Kết quả nghề nghiệp chủ yếu là công nhân- đây là nghề phổ biến của nhóm nghiên cứu chiếm 38%- là nghề nghiệp phù hợp với điều kiện kinh tế của tỉnh Long An- tỉnh có nhiều công ty nên công nhân chiếm tỷ lệ cao. Về tuổi thai ghi nhận ở nhóm tuổi thai từ 37 đến 40 tuần chiếm 64%- đây là nhóm tuổi thai đủ tháng, thường có chuyển dạ trong tuổi thai này nhưng vẫn có 36% trường hợp được xem là thai quá ngày dự sinh (trên 40 tuần) nên cần chú ý đến sức khỏe của thai nhi; tuổi thai trung bình là 39,2±1,1 kết quả này của tương đồng với các nghiên cứu khác khi có chuyển dạ sinh. Tham khảo nghiên cứu cho thấy đa số là sản phụ con so chiếm tỉ lệ 70,4%, không có tiền căn sản phụ khoa - bệnh lý nội ngoại khoa đặc biệt, là đối tượng có yếu tố nguy cơ thấp có thể xử trí chờ đợi, không cần can thiệp MLT cấp cứu khi không có chỉ định sản khoa. Tewodros Eshete Wonde ghi nhận tuổi trung bình là 25,4 ± 7,7, phần lớn các sản phụ (25,3%) được tìm thấy trong độ tuổi 25–29. Liên quan đến tuổi thai, 47,3% sản phụ được phát hiện đủ tháng [9].

4.2. Kết quả xử trí chuyển dạ kéo dài

4.2.1. Phương thức sinh của thai kỳ chuyển dạ kéo dài

100 trường hợp chuyển dạ kéo dài, nghiên cứu ghi nhận có 62 trường hợp sinh thường chiếm 62%. Điều này cho thấy khi chuyển dạ kéo dài vẫn có thể theo dõi sinh đường âm đạo, nếu chưa có chỉ định phẫu thuật mổ lấy thai vì lý do sản khoa. Các trường hợp chuyển dạ kéo dài được đánh giá và theo dõi tình trạng con co tử cung, quá trình diễn tiến của chuyển dạ và tình trạng thai nhi và phù hợp với hướng dẫn của Bộ Y tế [1]. Kết quả có 38 trường hợp phải mổ lấy thai (chiếm 38%) với các trường hợp mổ lấy thai có nguyên nhân chủ yếu là bất thường con co tử cung (chiếm 51,5%). Như vậy nguyên nhân mổ lấy thai là lý do sản khoa. Tham khảo các nghiên cứu khác cho thấy kết quả của chúng tôi có cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Tewodros Eshete Wonde năm 2021 (32,6%) nhưng thấp hơn kết quả của Shimelis Fantu 2010 (45,8%) [4],[9] và nguyên nhân mổ lấy thai trong các nghiên cứu là lý do sản khoa.

4.2.2. Kết quả mẹ sau sinh

Kết quả nghiên cứu ghi nhận được 21/100 trường hợp mẹ có biến chứng và nguyên nhân thường gặp là băng huyết sau sinh chiếm 21,0% và chưa ghi nhận các biến chứng khác

trong thời gian nghiên cứu. Kết quả ghi nhận các sản phụ sinh thường có nguyên nhân băng huyết sau sinh nhiều hơn so với mổ lấy thai- sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê; điều này có thể do tiêu chuẩn chẩn đoán băng huyết có khác nhau, khi mổ lấy thai sẽ chủ động sử dụng các thuốc tăng co, cũng như theo dõi nguy cơ băng huyết của chuyển dạ kéo dài nên tỷ lệ băng huyết sau sinh trong mổ lấy thai thấp hơn. Qua nghiên cứu, cho thấy những trường hợp theo dõi sinh thường ở thai phụ có chuyển dạ kéo dài có nguy cơ tương tự như các trường hợp sinh thường khác. Nguyên nhân băng huyết sau sinh vẫn là nguyên nhân hàng đầu trong các tai biến và biến chứng trong các cuộc chuyển dạ sinh thường hay mổ lấy thai [3]. 100% trường hợp băng huyết sau sinh là do đờ tử cung, không có các nguyên nhân khác gây băng huyết sau sinh như tổn thương đường sinh dục, sót nhau hay rối loạn đông máu... và khi phát hiện các biến chứng, các bác sĩ xử lý theo phác đồ của Bệnh viện và không có tai biến và biến chứng khác. Do đó, quá trình theo dõi chuyển dạ sinh hay chuyển dạ kéo dài cũng được theo dõi cẩn thận về cuộc sinh, tai biến và biến chứng cũng như xử lý các biến chứng nhằm giảm tỷ lệ tử vong cho thai phụ và thai nhi.

Về số lượng máu mất: lượng máu mất trung bình của thai kì chuyển dạ kéo dài là $348,3 \pm 186,1$ ml, trong đó, có nhóm sinh thường có máu mất trung bình là $384,8 \pm 200,7$ ml; nhóm sinh mổ là $288,7 \pm 142,7$ ml. Nhóm sản phụ sinh thường có lượng máu mất trung bình lớn hơn nhóm sinh mổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; Tỷ lệ số lượng máu mất trên 500ml chiếm 21%. Như vậy, lượng máu mất trung bình của nhóm sinh thường cao hơn nhóm sinh mổ, có thể do trong quá trình phẫu thuật các bác sĩ đã chủ động tăng co và sử dụng thuốc tốt để giảm nguy cơ chảy máu sau sinh. Tham khảo các nghiên cứu khác cho thấy có kết quả tương tự như nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, nghiên cứu chúng tôi chỉ ghi nhận biến chứng chảy máu sau sinh, nhưng tham khảo nghiên cứu của Tewodros Eshete Wonde quan sát thấy ở các sản phụ có thai kỳ chuyển dạ kéo dài ghi nhận trong số này, khoảng 8 (8,8%), 15 (16,5%) và 10 (11%) trong số họ bị chấn thương bằng quang, vỡ tử cung và cắt tử cung. Ngoài ra, nhiễm trùng huyết, băng huyết sau sinh, rò niệu dục và thiếu máu lần lượt xảy ra ở 23 bà mẹ (25,3%), 10 (11%), 5 (5,5%) và 15 (16,5%). Khoảng 20 (22%) phụ nữ do tắc nghẽn chuyển dạ không phát triển bất kỳ biến chứng nào [9]. Tương tự, nghiên cứu của Shimelis Fantu các biến chứng mẹ phổ biến nhất được quan sát là vỡ tử cung ở 55 (45,1%) và nhiễm trùng huyết ở 48 (39,3%) trong số các trường hợp có biến chứng [4]. Như vậy, các nghiên cứu ghi nhận khi có theo dõi chuyển dạ cần chú ý đến các tai biến và biến chứng như băng huyết sau sinh, tổn thương cơ quan lân cận.

4.2.3. Kết quả trẻ sau sinh

Cân nặng trẻ sơ sinh trung bình là $3279,0 \pm 316,3$ gram; trong đó, nhóm sinh thường và sinh mổ có trọng lượng trung bình là $3270,9 \pm 306,4$ gram đối với sinh thường và sinh mổ là $3292,1 \pm 335,6$ gram; sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$; quá đó cho thấy việc theo dõi sinh thường hay sinh mổ không phụ thuộc vào cân nặng của trẻ mà chủ yếu lý do sản khoa; khi phân nhóm cân nặng cho thấy có 68% trường hợp có trọng lượng dưới 3500 gram; ở nhóm sinh thường có 71% trường hợp trẻ dưới 3500 gram; và sinh mổ là 36,8% có trọng lượng trên 3500 gram và sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê. Cân nặng là yếu tố rất quan trọng trong tiên lượng cuộc sinh nên trọng lượng trung bình này vẫn có thể theo dõi sinh thường được. Tham khảo các nghiên cứu khác có kết quả tương tự.

Về tình trạng sơ sinh: chúng tôi ghi nhận có 13,0% trẻ phải gửi sơ sinh; trong số 13 trường hợp phải chuyển đơn nguyên sơ sinh có 12 trẻ suy hô hấp sơ sinh chiếm 92,3% và 1

trẻ nhiễm trùng sơ sinh chiếm 7,7% nhưng quá trình nằm viện và theo dõi không có trẻ nào tử vong, an toàn xuất viện. Không có trẻ nào sang chấn sản khoa. Chỉ số Apgar trẻ sơ sinh sau 1 phút <7 điểm chiếm 13,0% và sau 5 phút theo bảng Apgar < 7 chiếm 2,0%. Như vậy, cuộc sinh vẫn an toàn cho thai phụ cũng như thai nhi. Do đó, quá trình theo dõi chuyển dạ sinh mà chưa có chỉ định phẫu thuật vì lý do sản khoa, các bác sĩ nên theo dõi sinh đường âm đạo. Tham khảo các nghiên cứu khác chúng tôi nhận thấy: Nghiên cứu của Shimelis Fantu chỉ ra rằng chuyển dạ bị cản trở là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến kết cục chu sinh kém với điểm Apgar ở phút đầu tiên thấp và tử vong chu sinh (66,1 trên 1000 ca sinh). Tương tự, nghiên cứu Tewodros Eshete Wonde, khoảng 49 (52,1%) trẻ sơ sinh bị ngạt khi sinh với điểm Apgar < 4 vào phút thứ 5 sau khi sinh, 1 (1,1%) trẻ sơ sinh bị chấn thương bẩm sinh (chấn thương sọ não) trong quá trình sinh mổ. Chỉ 10 (10,6%) trẻ sơ sinh có điểm Apgar ≥ 7 vào phút thứ 5 sau khi sinh từ những bà mẹ vượt cạn bị cản trở này [4],[9]. Do đó, khi theo dõi sinh, việc đánh giá chuyển dạ, các yếu tố ảnh hưởng đến chuyển dạ và thai nhi là yếu tố cần tiên lượng cho cuộc sinh; theo dõi chuyển dạ bằng biểu đồ chuyển dạ là yếu tố giúp cho chẩn đoán, đánh giá sức khỏe thai phụ- thai nhi và tiên lượng cuộc sinh nhằm giảm các tai biến và biến chứng sau sinh.

V. KẾT LUẬN

Sinh thường chiếm 62%; mổ lấy thai có 38%; băng huyết sau sinh là 21% với 100% đỡ tử cung; lượng máu mất trung bình. là $345,3 \pm 186,1$ ml; trọng lượng trẻ trung bình là $3279,0 \pm 316,3$ gram; 13 trường hợp có chuyển đơn nguyên sơ sinh và an toàn khi ra viện cho mẹ - con.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), *Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*, Nhà Xuất bản Y học.
2. Nguyễn Thị Huyền Trang (2020), Đặc điểm chuyển dạ của các trường hợp mổ lấy thai vì chuyển dạ đình trệ tại bệnh viện quân y 175. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, số 1, tập 25, tr. 40-47.
3. Vụ Sức khỏe Sinh sản, Bộ Y tế, (2011), *Điều tra tử vong mẹ, tử vong sơ sinh ở Việt Nam giai đoạn 2006-2007*. Vụ Sức khỏe Bà mẹ Trẻ em phối hợp với Viện Chiến lược và Chính sách Y tế.
4. Fantu S (2010), Incidence, causes, and outcome of obstructed labor in Jimma University specialized hospital. *Ethiop J Health Sci*, 20(3), pp.145–151.
5. Gessesew A *et al.* (2003), Obstructed labor in Adigrat Zonal Hospital, Tigray Region, Ethiopia. *Ethiop J Health Dev*, 17, pp.175–180
6. Henok A (2015), A. Prevalence of obstructed labor among mothers delivered in Mizan-Aman general hospital, South West Ethiopia: a retrospective study. *J Womens Health Care*, 5 (4), pp.2167.
7. Thuillier C *et al.* (2018), Impact of recommended changes in labor management for prevention of the primary cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 218(3), pp.341-349.
8. Wube TT *et al.* (2018), Magnitude of obstructed labor and associated factors among women who delivered at public hospitals of western Harerghe Zone, Oromia, Ethiopia. *Clin Med Res*, 7, pp.135.
9. Wonde, T.E., Mihretie, A(2019), Maternofetal outcomes of obstructed labor among women who gave birth at general hospital in Ethiopia. *BMC Res Notes* 12, pp.128.

(Ngày nhận bài: 06/06/2022 - Ngày duyệt đăng: 07/02/2023)