

KẾT CỤC THAI KỲ Ở SẢN PHỤ CÓ TIỀN CĂN VẾT MỔ LẤY THAI CŨ ĐƯỢC GIẢM ĐAU NGOÀI MÀNG CỨNG TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Lê Thanh Hiền^{1*}, Đoàn Thanh Điền², Nguyễn Thị Thu², Lâm Đức Tâm²

1. Bệnh viện Từ Dũ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: hienbaongoc8@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Giảm đau sản khoa ít dùng ở thai phụ có tiền căn mổ lấy thai được thử thách sinh ngã âm đạo vì lo sợ che giấu triệu chứng vỡ tử cung nên chẩn đoán và xử trí trễ gây nguy hiểm tính mạng cho sản phụ và thai nhi nhưng hiện nghiên cứu gần đây cho thấy giảm đau sản khoa an toàn và hiệu quả trong thử thách sinh ngã âm đạo ở thai phụ có tiền căn mổ lấy thai. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát kết cục của chuyển dạ và biến chứng ở thai phụ, kết cục thai nhi ở những thai phụ có tiền căn mổ lấy thai được thử thách sinh ngã âm đạo có giảm đau sản khoa tại Bệnh viện Từ Dũ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo hàng loạt ca. Tất cả sản phụ có tiền căn mổ lấy thai được thử thách sinh ngã âm đạo có giảm đau sản khoa bằng gây tê ngoài màng cứng tại Khoa Sản, Bệnh viện Từ Dũ từ tháng 04/2020 đến 06/2021. **Kết quả:** Có 58 thai phụ tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ sinh ngã âm đạo thành công là 48,3%, tỷ lệ nứt, vỡ tử cung là 1,7%, băng huyết sau sinh là 8,6%. Kết cục con: Apgar ≥ 7 (1 phút) là 84,5%; Apgar ≥ 7 (5 phút) là 98,3%. Không có trường hợp tử vong mẹ và thai nhi. **Kết luận:** Gây tê ngoài màng cứng giúp giảm đau trong chuyển dạ, không làm tăng nguy cơ băng huyết sau sinh, vỡ tử cung và kết cục xấu cho con khi được khảo sát.

Từ khóa: Gây tê ngoài màng cứng, sinh vết mổ lấy thai cũ.

ABSTRACT

OUTCOME OF PREGNANCY WITH EPIDURAL ANALGESIA DURING TRIAL OF LABOR AFTER CESAREAN SECTION AT TU DU HOSPITAL

Le Thanh Hien¹, Doan Thanh Dien², Nguyen Thi Thu², Lam Duc Tam²

1. Tu Du Maternity Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Epidural analgesia was seldomly administered for Trial of Labor after Cesarean (TOLAC) due to concerns it may mask symptoms of uterine rupture, thus causing delay in diagnosis and treatment which puts the life of pregnant women and their babies at risk. However, recent studies have demonstrated the safety and efficiency of epidural analgesia during trial of labor after cesarean. **Objectives:** This study aimed to evaluate the effect of epidural analgesia during trial of labor after cesarean on outcomes of labor, parturient complications and neonatal outcomes at Tu Du hospital. **Materials and methods:** Report a case series of pregnant women who consented to trial of labor after cesarean with epidural analgesia at Tu Du hospital between 04/2020 and 06/2021. **Results:** In our study, a total of 58 women who consented to trial of labor after cesarean with epidural analgesia were registered. The success rate of vaginal birth after cesarean section was 48.3%, the incidence of uterine scar dehiscence was 1.7% and the rate of postpartum hemorrhage was 8.6%. Regarding neonatal outcomes, 1-minute Apgar score ≥ 7 was 84.5% and 5-minute Apgar score ≥ 7 was 98.3%. There was no maternal or neonatal mortality. **Conclusion:** Epidural analgesia could reduce labor pain and no increased risk of postpartum hemorrhage, uterine rupture or adverse effects on newborns were observed.

Keywords: Epidural analgesia, trial of labor after cesarean.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau trong chuyển dạ là nỗi lo sợ, ám ảnh của tất cả thai phụ sắp đến ngày sinh, cơn đau có thể làm cho cuộc chuyển dạ trở nên khó khăn, phức tạp hơn. Triệu chứng đau luôn được các thầy thuốc quan tâm vì nó ảnh hưởng rất lớn đến tâm lý, sinh lý của bệnh nhân và phục hồi chức năng của các cơ quan [6] nên có nhiều nghiên cứu về phương pháp giảm đau trong chuyển dạ và gây tê ngoài màng cứng được chọn áp dụng vì đây phương pháp giảm đau hiệu quả và an toàn nhất. Việc theo dõi sinh ngã âm đạo sau mổ lấy thai cũ là vấn đề quan trọng, nhất là giai đoạn 2 của chuyển dạ sinh. Bác sĩ theo dõi dấu hiệu đau ở vết mổ cũ trên tử cung để chẩn đoán nút vết mổ ở đoạn dưới tử cung hoặc vỡ tử cung qua dấu hiệu là nhịp tim thai bất thường [9]. Các trường hợp nút vết sẹo ở đoạn dưới tử cung không dẫn đến xuất huyết nặng [11]. Giảm đau sản khoa không làm giảm khả năng sinh ngã âm đạo hay ảnh hưởng xấu đến kết cục của mẹ và trẻ sơ sinh [5] nên tại Bệnh viện Từ Dũ áp dụng phương pháp này thông qua phác đồ “thử thách sinh ngã âm đạo trên thai phụ có sẹo mổ lấy thai” [1]. Tuy nhiên, tại mỗi cơ sở y tế có những đặc điểm về dịch tễ, điều kiện kinh tế xã hội và yếu tố lâm sàng ảnh hưởng đến khả năng thành công của theo dõi sinh ngã âm đạo ở sản phụ có tiền căn mổ lấy thai được giảm đau sản khoa trong quá trình chuyển dạ. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Kết cục thai kỳ của thai phụ có tiền căn mổ lấy thai được giảm đau sản khoa bằng gây tê ngoài màng cứng tại Bệnh viện Từ Dũ” với mục tiêu khảo sát kết cục thai kỳ của sản phụ có tiền căn mổ lấy thai được giảm đau sản khoa bằng gây tê ngoài màng cứng tại Bệnh viện Từ Dũ với mục tiêu cụ thể là:

1. Mô tả kết cục thai kỳ của sản phụ có vết mổ lấy thai cũ được giảm đau sản khoa bằng gây tê ngoài màng cứng tại Bệnh viện Từ Dũ.
2. Khảo sát tình trạng sức khỏe trẻ sơ sinh sau sinh ở sản phụ có vết mổ lấy thai cũ được giảm đau bằng gây tê ngoài màng cứng tại Bệnh viện Từ Dũ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các sản phụ có tiền căn mổ lấy thai được theo dõi sinh ngã âm đạo có giảm đau trong chuyển dạ bằng gây tê ngoài màng cứng tại Khoa Sản, Bệnh viện Từ Dũ từ tháng 04/2020 đến tháng 06/2021, với tiêu chuẩn chọn như sau:

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Sản phụ >18 tuổi có tiền căn phẫu thuật ngang đoạn dưới tử cung lấy thai 1 lần đủ điều kiện sinh ngã âm đạo khi có chuyển dạ nhập Khoa Sản.
- Đơn thai, ngôi chỏm.
- Không có bệnh lý nội khoa kèm theo như suy tim, tăng huyết áp, đái tháo đường.
- Xét nghiệm huyết đồ, đông máu, chức năng gan thận bình thường.
- Monitoring thuộc nhóm 1.
- Thai phụ được giảm đau sản khoa và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- Sản phụ có chỉ định mổ lấy thai lặp lại hoặc chống chỉ định gây tê ngoài màng cứng như viêm da, nhiễm trùng da, dị ứng thuốc gây tê.
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Báo cáo hàng loạt ca.

- **Địa điểm:** Khoa Sản, Bệnh viện Từ Dũ.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ. Tất cả các trường hợp có vết mổ lấy thai cũ được theo dõi sinh ngã âm đạo tại Khoa Sản, Bệnh viện Từ Dũ có sử dụng phương pháp giảm đau ngoài màng cứng.

- **Nội dung nghiên cứu:** Sản phụ được theo dõi con co tử cung và nhịp tim thai bằng monitoring liên tục cho đến hết giai đoạn II của chuyển dạ. Sản phụ được theo dõi dấu hiệu như ra huyết âm đạo, dấu hiệu sinh tồn, chỉ số khối cơ thể, tiền căn sản phụ khoa, khởi phát chuyển dạ, có sử dụng tăng co, thời gian chuyển dạ, phương pháp sinh trên sản phụ vết mổ lấy thai cũ như sinh thường, sinh giúp hay mổ lấy thai, phân độ tăng sinh môn, vỡ tử cung, nứt vết mổ, băng huyết sau sinh, tổn thương đường sinh dục, phía con: tuổi thai, thai suy, cân nặng trẻ, chỉ số Apgar 1 phút và 5 phút, suy hô hấp nếu có.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Chúng tôi sử dụng phần mềm thống kê Stata15.0 để quản lý, tính toán, xử lý các dữ liệu thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 04/2020 đến 06/2021 có 58 thai phụ có tiền căn mổ lấy thai thử thách sinh ngã âm đạo được giảm đau sản khoa bằng gây tê ngoài màng cứng tại Khoa Sản, Bệnh viện Từ Dũ chúng tôi đạt một số kết quả sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n=58)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
≤ 25 tuổi	6	10,3
25 – 35 tuổi	43	74,2
≥ 36 tuổi	9	15,5
Chỉ số khối cơ thể		
Cân nặng thấp	6	10,3
Bình thường	35	60,4
Thừa cân béo phì	17	29,3
Tuổi thai lúc nhập viện		
<37 tuần	1	1,7
37 tới 40 tuần	35	60,3
>40 tuần	22	38,0
Khởi phát chuyển dạ		
Không	41	70,7
Có	17	29,3
Tiền căn sinh ngã âm đạo sau mổ lấy thai		
Không	54	93,1
Có	4	6,9
Monitoring sau gây tê ngoài màng cứng		
Nhóm 1	50	86,2
Nhóm 2	8	13,8
Cách thức sinh		
Sinh thường	28	48,3
Mổ lấy thai	30	51,7
Lượng máu mất	247,1 ± 107,1 (ml)	

Nhận xét: Độ tuổi 25- 35: chiếm 74,2%. Chỉ số khối bình thường chiếm 60,4%. Tuổi thai từ 37- 40 tuần là 60,3%. Chuyển dạ tự nhiên chiếm 70,7%; không có tiền căn sinh ngã

âm đạo là 93,1%. Biểu đồ tim thai nhóm 1 chiếm 86,2%. Về cách thức sinh, có 48,3% sinh ngã âm đạo. Mổ lấy thai là 51,7%. Lượng máu mất sau sinh là $247,1 \pm 107,1$ ml; ít nhất là 100 ml, nhiều nhất là 600 ml.

Bảng 2. Đặc điểm chuyển dạ của thai phụ sinh ngã âm đạo thành công

Đặc điểm	Tần số (n=28)	Tỷ lệ (%)
Tăng co		
Có	5	17,9
Không	23	82,1
Cách thức sinh		
Sinh thường	1	3,6
Sinh thường + cắt may tầng sinh môn	27	96,4
Lượng máu mất	$254,6 \pm 133,1$ (ml)	
Thời gian chuyển dạ giai đoạn hoạt động	$151,8 \pm 17,9$ (phút)	
Thời gian giai đoạn sổ thai	$40,3 \pm 10,9$ (phút)	

Nhận xét: Có 28 sản phụ sinh ngã âm đạo trong 58 trường hợp vết mổ cũ, chủ yếu là sinh thường cắt may tầng sinh môn 96,4%. Lượng máu mất trung bình là $254,6 \pm 133,1$ (ml); thời gian chuyển dạ ở pha hoạt động trong giai đoạn 1 là $151,8 \pm 17,9$ (phút) và thời gian sổ thai trung bình là 40,3 phút.

Bảng 3. Các biến chứng của cuộc chuyển dạ

Đặc điểm	Tần số (n=58)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương tầng sinh môn		
Có	1	1,7
Không	57	98,3
Tổn thương tử cung		
Không	57	98,3
Vỡ tử cung	1	1,7
Băng huyết sau sinh		
Có	5	8,6
Không	53	91,4
Truyền máu		
Có	58	0,0
Không	0	100,0
Cắt tử cung		
Có	0	0,0
Không	58	100,0

Nhận xét: Một trường hợp nghi ngờ vỡ tử cung là 1,7% phát hiện qua monitoring liên tục; băng huyết sau sinh là 8,6%; không có trường hợp nào cần truyền máu; không có cắt tử cung; có một trường hợp tổn thương đường sinh dục là 1,7%.

Bảng 4. Kết cục thai nhi

Đặc điểm	Tần số (n=58)	Tỷ lệ (%)
Trọng lượng thai (gram): $3145,7 \pm 369,8$		
< 2.500 gram	3	5,2
2.500 - <3.000 gram	10	17,2
3.000 - <3.500 gram	32	55,2
≥ 3.500 gram	13	22,4

Đặc điểm	Tần số (n=58)	Tỷ lệ (%)
Apgar 1 phút		
≥ 7 điểm	49	84,5
< 7 điểm	9	15,5
Apgar 5 phút		
≥ 7 điểm	57	98,3
< 7 điểm	1	1,7
Hồi sức sơ sinh		
Không	57	98,3
Có	1	1,7

Nhận xét: Cân nặng trung bình là 3150±387gram (nhỏ nhất là 2.000gram, lớn nhất là 3.900gram). Nhóm từ 3.000gram- <3.500gram là 55,2%. Đa số thai nhi có Apgar ≥7 ở phút thứ nhất là 91% và phút thứ 5 là 98,9%; một bé có Apgar <7 là 1,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết cục thai kỳ của sản phụ có vết mổ lấy thai cũ được giảm đau sản khoa:

Kết quả ghi nhận có 58 thai phụ được gây tê ngoài màng cứng, có 8 trường hợp thay đổi biểu đồ tim thai từ nhóm 1 sang nhóm 2 chiếm tỷ lệ 13,8%, không có trường hợp nào có biểu đồ nhịp tim thai nhóm 3. Trong 8 trường hợp này có 5 sản phụ được mổ lấy thai trong vòng 1 giờ sau thực hiện giảm đau sản khoa với chẩn đoán thai suy trong chuyên dạ. Kết cục thai nhi ở các sản phụ có chỉ định mổ này đều có Apgar tốt, không có trường hợp nào cần phải hồi sức sơ sinh. Tham khảo các nghiên cứu khác, nhịp tim thai chậm sau gây tê ngoài màng cứng chưa làm tăng nguy cơ các kết cục xấu [3], [7] và thường được điều chỉnh bằng các biện pháp thông thường như là thay đổi tư thế thai phụ, truyền dịch nhanh, kích thích da đầu thai nhi. Tương tự, sau thực hiện giảm đau sản khoa có thể xuất hiện các bất thường về nhịp tim của thai nhi trên biểu đồ monitoring như chậm nhịp tim, giảm dao động nội tại, xuất hiện nhịp giảm muộn do hạ huyết áp, tăng cường độ cơn gò tử cung hay trương lực cơ tử cung; thời điểm thực hiện giảm đau khi chuyển dạ không ảnh hưởng đến cách thức sinh và thai phụ có thể nhận giảm đau theo yêu cầu bất kể giai đoạn chuyển dạ [10], [12], [13].

Sản phụ có tiền căn mổ lấy thai là thai kỳ nguy cơ cao cho lần mang thai sau và tăng tỷ lệ mổ lấy thai nên khám thai và quản lý thai là vấn đề quan trọng; hiện nay, tỷ lệ mổ lấy thai đang tăng nên việc theo dõi sinh ngã âm đạo sau mổ lấy thai là thách thức cho bác sĩ sản khoa. Tại Bệnh viện Từ Dũ chỉ định mổ lấy thai rất hạn chế cho trường hợp có tiền căn sinh mổ. Kết quả tại bảng 2, chúng tôi có tỷ lệ sinh ngã âm đạo thành công là 28/58 thai phụ chiếm 48,3%. Trong 28 thai phụ sinh ngã âm đạo, có 3,6% sinh thường và 96,4% sinh thường phải cắt tầng sinh môn. Có 5 trường hợp có sử dụng oxytocin để điều chỉnh cơn gò trong quá trình chuyển dạ, chiếm 17,9%. Tham khảo kết quả của Trương Thị Thùy Dương, tỷ lệ sinh ngã âm đạo thành công là 62,04%, trong đó, sinh thường là 51,82% và sinh giúp là 10,22% [2]. Kết quả của chúng tôi có thấp hơn nghiên cứu này nhưng kết quả chúng tôi không có trường hợp sinh giúp ở giai đoạn 2 chuyển dạ nên có thể làm giảm tỷ lệ sinh ngã âm đạo. Kết quả có trường hợp nghi ngờ vỡ tử cung là 1,7% phát hiện qua monitoring liên tục; băng huyết sau sinh là 8,6%; không có trường hợp nào cần truyền máu; không có cắt tử cung; có 1 trường hợp tổn thương đường sinh dục là 1,7%. Các trường hợp này theo dõi cẩn thận và phát hiện sớm nên giảm nguy cơ cho sản phụ và thai nhi; tuy nhiên có 5 trường hợp chảy máu sau sinh do vỡ tử cung và có tổn thương tử cung được phát hiện; các trường hợp

này chỉ điều trị bằng tăng co và khâu lại vết rách là ổn định, không có trường hợp nào cắt tử cung. Đây là kết quả đáng ghi nhận cho sinh ngã âm đạo ở sản phụ có vết mổ lấy thai cũ.

Về thời gian chuyển dạ, trong 28 trường hợp sinh ngã âm đạo được có thời gian trung bình chuyển dạ giai đoạn hoạt động là $151,8 \pm 17,9$ phút (tương đương $2,5 \pm 0,3$ giờ). Thời gian chuyển dạ này phù hợp với biểu đồ Friedman, trung bình là 2,4 giờ đối với con rạ và kết quả này cũng tương tự với thời gian dành cho những trường hợp có giảm đau sản khoa như nghiên cứu của Alexander tại Bệnh viện Parkland, khi có giảm đau sản khoa có chuyển dạ làm kéo dài thời gian chuyển dạ giai đoạn hoạt động của biểu đồ chuyển dạ Friedman thêm 1 giờ [4]. Thời gian chuyển dạ giai đoạn 2 là $40,3 \pm 10,9$ phút (tương đương $0,7 \pm 0,2$ giờ) và phù hợp với thời gian khuyến cáo trong giai đoạn 2.

Để theo dõi các bất thường của chuyển dạ sinh ở sản phụ có vết mổ lấy thai cũ sẽ có đội ngũ nhân viên có kinh nghiệm và monitoring liên tục. Những trường hợp có nguy cơ vỡ tử cung sẽ có monitoring bất thường. Kết quả của chúng tôi theo dõi 58 thai phụ, có 1 trường hợp nghi ngờ vỡ tử cung qua monitoring chiếm 1,7%. Theo khuyến cáo của National Institutes of Health Consensus Development năm 2010, những thai phụ có tiền căn mổ lấy thai được thực hiện theo dõi sinh ngã âm đạo có tỷ lệ vỡ tử cung là 0,78% [8]. Do đó, theo dõi sinh ngã âm đạo trên thai phụ có tiền căn mổ lấy thai, đột ngột xuất hiện nhịp tim thai giảm nhanh, không hồi phục, bác sĩ theo dõi nghĩ ngay đến chẩn đoán vỡ tử cung và nhanh chóng chuyển thai phụ mổ lấy thai cấp cứu. Điều này cũng phù hợp với y văn dấu hiệu phổ biến nhất của vỡ tử cung chính là chậm nhịp tim thai [5]. Thời gian để phát hiện và chẩn đoán là kịp thời.

4.2. Kết quả về thai nhi ở sản phụ có vết mổ lấy thai cũ được giảm đau sản khoa

Kết quả của chúng tôi không có trường hợp nào tử vong sơ sinh, không có nhập khoa Hồi sức tích cực. Đây là tín hiệu đáng mừng, những trường hợp sinh ngã âm đạo có vết mổ lấy thai cũ. Cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh là $3145,7 \pm 369,8$ gram, cân nặng thai nhi nhỏ nhất là 2.300 gram, lớn nhất là 3.900 gram. Trong đó, cân nặng từ 3.000 gram- <3.500 gram là 55,2%, có 22,4% trẻ có trọng lượng trên 3.500 gram. Như vậy, tỷ lệ sinh ngã âm đạo sau mổ lấy thai rất tốt cho trẻ. Điều này cũng thể hiện qua chỉ số Apgar sau sinh, trẻ có chỉ số Apgar <7 ở phút thứ nhất chỉ có 15,5%; đến phút thứ 5 tỷ lệ Apgar dưới 7 điểm còn 1,7% (tương ứng có 1 trường hợp) cần theo dõi trẻ tiếp mà không cần hồi sức tích cực cho trẻ. Tham khảo nghiên cứu Trương Thị Thùy Dương với tỷ lệ là 6,25% [2], thì kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn nhưng không ảnh hưởng đến tình trạng trẻ cần hồi sức. Như vậy, việc theo dõi sinh ngã âm đạo ở sản phụ có vết mổ lấy thai cũ có giảm đau sản khoa bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng không làm tăng nguy cơ bệnh suất và tử suất cho trẻ sơ sinh.

Đây là một nghiên cứu quan sát trên dân số các thai phụ có tiền căn mổ lấy thai được giảm đau sản khoa khi thực hiện theo dõi sinh ngã âm đạo nhưng có giới hạn về số lượng mẫu trong quá trình theo dõi. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại một cơ sở y tế có đủ điều kiện về cơ sở vật chất và có quy trình điều dưỡng theo dõi chuyển dạ một cách nghiêm ngặt. Việc chăm sóc, theo dõi và ra chỉ định sử dụng oxytocin điều chỉnh cơn gò, hay chỉ định cách thức sinh đều thống nhất theo quy trình nên kết quả này cho thấy quá trình đánh giá cuộc sinh của sản phụ có vết mổ lấy thai cũ rất quan trọng và đúng chỉ định theo dõi nên nghiên cứu có giá trị ứng dụng cao, đặc biệt là các cơ sở y tế có phẫu thuật cần tăng cường theo dõi sinh ngã âm đạo sau mổ lấy thai. Tuy nhiên, là một nghiên cứu quan sát chúng tôi chỉ có thể mô tả kết quả đạt được sau quá trình theo dõi từ đầu nghiên cứu,

chưa ghi nhận được mối quan hệ nhân quả. Cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ có thể không đại diện hết cho toàn dân số và vì vậy chúng tôi chưa đủ năng lực mẫu để kết luận chắc chắn về các yếu tố liên quan đến kết cục sinh ở các thai phụ có tiền căn mổ lấy thai được giảm đau sản khoa khi thực hiện theo dõi sinh ngã âm đạo nên cần có nghiên cứu lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Sản phụ có vết mổ cũ mổ lấy thai 1 lần có thể sinh ngã âm đạo với giảm đau sản khoa gây tê ngoài màng cứng chiếm tỉ lệ cao 48,3%, trong đó tai biến sản khoa như vỡ tử cung, tổn thương đường sinh dục chiếm 1,7%; băng huyết sau sinh là 8,6% nhưng không có trường hợp truyền máu và cắt tử cung. Đây là điều đáng mừng ở những sản phụ có vết mổ cũ mà sinh ngã âm đạo. Trẻ sơ sinh: có sức khỏe tốt sau khi sinh ngã âm đạo trong đó cân nặng trung bình là 3150 ± 387 gram. Nhóm trẻ sơ sinh từ 3.000gram- <3.500gram là 55,2%. Không có trường hợp sơ sinh tử vong và nhập khoa hồi sức tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Từ Dũ, (2019), Nghiệm pháp sinh ngã âm đạo trên thai phụ có sẹo mổ lấy thai, *Phác đồ Điều trị Sản Phụ khoa 2019*, Nhà xuất bản Thanh Niên, tr.153-154.
2. Trương Thị Thùy Dương (2019), Kết cục thai kỳ của những sản phụ có vết mổ cũ mổ lấy thai được tăng co bằng oxytocin tại Bệnh viện Từ Dũ, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
3. Abrão KC, Miyadahira S, Francisco RPV (2009), Elevation of uterine basal tone and fetal heart rate abnormalities after labor analgesia: a randomized controlled trial, *Obstet Gynecol*, 113(1), pp.41-47.
4. Alexander JM, Sharma SK, McIntire DD, (2002), Epidural analgesia lengthens the Friedman active phase of labor, *Obstet Gynecol*, 100(1), pp.46-50.
5. ACOG Practice Bulletin #54 (2004), Vaginal Birth After Previous Cesarean, *Obstetrics & Gynecology*, 104 (1), pp.203-212.
6. Ban CT, Adam MD, Brendan TF, (2008), Managing Adverse Outcomes during Regional Anesthesia, *Anesthesiology*, pp.1053-1080.
7. Leighton BL, Halpern SH, (2002), The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: a systematic review, *Am J Obstet Gynecol*, 186 (5): pp.S69-77.
8. National Institutes of Health Consensus Development conference statement, (2010), Vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, *Obstet Gynecol*, 115(6), pp.1279-1295.
9. Molloy BG., Sheil O, Duignan NM, (1987), Delivery after caesarean section: review of 2176 consecutive cases, *Br Med J*, 294 (6588), pp.1645-1647.
10. Ohel G, Gonen R, Vaida S, (2006), Early versus late initiation of epidural analgesia in labor: does it increase the risk of cesarean section? A randomized trial, *Am J Obstet Gynecol*, 194(3), pp.600-605.
11. Uppington J, (1983), Epidural analgesia and previous Caesarean section, *Anaesthesia*, 38(4), pp.336-341.
12. Wang F, Shen X, Gou X, (2009), Epidural analgesia in the latent phase of labor and the risk of cesarean delivery: a five-year randomized controlled trial, *Anesthesiology*, 111(4), pp.871-880.
13. Wong CA, McCarthy RJ, Sullivan JT, (2009), Early compared with late neuraxial analgesia in nulliparous labor induction: a randomized controlled trial, *Obstet Gynecol*, 113(5), pp. 1066-1074.

(Ngày nhận bài: 21/7/2021 – Ngày duyệt đăng: 5/8/2021)
