HIỆU QUẢ CỦA KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ BẰNG ỐNG THÔNG FOLEY ĐẶT QUA LỖ TRONG CỔ TỬ CUNG Ở THAI ĐỦ TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BÀ RỊA

Nguyễn Thị Lâm Hà*, Võ Minh Tuấn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: *Xác định tỉ lệ khởi phát chuyển dạ (KPCD) thành công đối với thai đủ trưởng thành có chỉ định chấm dứt thai kỳ bằng ống thông Foley với dung tích bóng 80ml đặt qua lỗ trong cổ tử cung (CTC).*

Phương pháp: *Nghiên cứu mô tả loạt ca tiến cứu trên 240 thai phụ có thai đủ trưởng thành ≥ 37 tuần đến khám và nhập viện tại khoa Sản bệnh viện đa khoa Bà Rịa, có chỉ định can thiệp từ 9/2014 đến 5/2015.*

Kết quả: *Tỉ lệ KPCD thành công là 86,3% (KTC95%: 81,9 – 90,6). Các yếu tố tiên lượng khả năng KPCD thành công (P < 0,05) gồm: thai phụ trên 35 tuổi (RR* = 0,80) và sự tự rớt của thông Foley (RR* = 1,29). Tỉ lệ sinh ngả âm đạo sau KPCD bằng thông Foley là 74,6% (KTC95%: 69,0 – 80,1), trong đó nhóm KPCD thành công là 85,5% và chỉ 6,1% cho nhóm khởi phát chuyển dạ thất bại.*

Kết luận: *KPCD bằng ống thông Foley với dung tích bóng 80ml đặt qua lỗ trong CTC là phương pháp gây KPCD an toàn và có hiệu quả cao: 86,3% thai phụ KPCD thành công. Khi khởi phát chuyển dạ thành công tỉ lệ SNÂĐ là 85,5%.*

Từ khóa: *Khởi phát chuyển dạ, ống thông Foley.*

ABSTRACT

EFFECTIVENESS OF LABOUR INDUCTION BY INTRACERVICAL FOLEY'S CATHETER IN FULL-TERM PREGNANCIES AT THE GENERAL HOSPITAL OF BA RIA

Nguyen Thi Lam Ha, Vo Minh Tuan* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 20 - No 1 - 2016: 322 - 327

Objectives: *To determine the rate of successful labor induction in full-term pregnancies treated with 80ml, intracervical Foley's catheter balloon at the General Hospital of Ba Ria.*

Methods: *Case series with 240 full-term pregnancy women examined, hospitalized and treated at Department of Obstetrics, General Hospital of Ba Ria from September 2014 to May 2015.*

Results: *240 full-term pregnancy women treated with 80ml, intracervical Foley's catheter balloon to cause labor induction from September 2014 to May 2015. The rate of successful induction is 86.3% (95% CI: 81.9 – 90.6). Predictors of successful induction (p < 0.05) include: women over 35 years old (RR* = 0.80) and the Foley's catheter slipping out of the cervical itself (RR* = 1.29). The rate of successful vaginal birth is 74.6% (95% CI: 69.0 – 80.1) – 85.5% in group of successful induction and 6.1% in group of failed induction.*

Conclusions: *Labor induction with 80ml, intracervical Foley's catheter balloon is a safely and effective way of induction: 86.3% pregnancy women had achieved successfully induction; 85.5% gave birth vaginally after the successful induction labor.*

Key words: *labor induction, Foley's catheter.*

* Bệnh viện đa khoa Bà Rịa ** Đại học Y Dược Tp.HCM

Tác giả liên lạc: PGS.TS. Võ Minh Tuấn *ĐT*: 090727199 *Email*: drvo_obgyn@yahoo.com.vn

ĐẶT VẤN ĐỀ VÀ MỤC TIÊU

Hiện tại có nhiều phương pháp để gây khởi phát chuyển dạ (KPCD): phương pháp cơ học và phương pháp dược học. Điểm quan trọng và quyết định sự thành công của KPCD là sự chín mùi của cổ tử cung (CTC) và tạo được cơn co tử cung (TC) phù hợp giúp cho sự xóa mở của CTC[2]. Các biện pháp gây KPCD có thể kể đến như: tách ối và truyền Oxytocin tĩnh mạch, sử dụng Prostaglandin (PGs – gồm 2 loại là PGE1 và PGE2), đặt thông Foley. Tách ối và truyền Oxytocin tĩnh mạch là phương pháp gây KPCD kinh điển và tương đối an toàn, tuy nhiên, năm 2008 trường Cao đẳng Hoàng gia về sản phụ khoa Vương quốc Anh (RCOG) đã chứng minh rằng sử dụng Oxytocin đơn thuần ở các trường hợp CTC không thuận lợi cho hiệu quả không cao[7]. Sử dụng PGE1 tuy rẻ tiền, hiệu quả, dễ sử dụng và bảo quản nhưng lại gây nguy cơ vỡ TC và gây cơn gò cường tính, trong khi PGE2 khắc phục được các nhược điểm này song lại quá đắt tiền và khó bảo quản. Ngày 20/8/2012, Bộ Y tế nước ta đã ra quyết định cấm sử dụng PGE1 để gây chuyển dạ[2].

KPCD bằng thông Foley đặt lỗ trong CTC không những có nhiều ưu điểm như rẻ tiền, phù hợp kinh tế, ít ảnh hưởng đến thai phụ và thai nhi, ít tác dụng phụ toàn thân hơn so với các phương pháp KPCD nội khoa khác mà còn được chứng minh là có hiệu quả cao[9]. Nhiều nghiên cứu đi trước tại Việt Nam đã chứng minh kết quả KPCD thành công của phương pháp này dao động trong từ 66 – 80%[1,3,4,10]. Đặc biệt, phương pháp này đang được áp dụng phổ biến tại hai bệnh viện lớn của thành phố Hồ Chí Minh là Từ Dũ và Hùng Vương.

Tại khoa Sản bệnh viện đa khoa Bà Rịa, các bác sĩ thường cho chỉ định KPCD để tạo cơ hội SNÂĐ cho sản phụ. Tuy nhiên, hiện tại chỉ có hai phương pháp tách ối và sử dụng Oxytocin được sử dụng nên tỉ lệ thất bại vẫn cao dẫn đến tỉ lệ mổ lấy thai (MLT) không giảm. Do đó, chúng tôi muốn áp dụng phương pháp KPCD bằng thông Foley tại bệnh viện đa khoa Bà Rịa nhằm đánh giá lại tính hiệu quả và an toàn của phương pháp này khi áp dụng tại địa phương. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này câu hỏi nghiên cứu: Tỉ lệ KPCD thành công đối với thai đủ trưởng thành có chỉ định chấm dứt thai kỳ bằng ống thông Foley đặt qua lỗ trong CTC là bao nhiêu?

Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu chính

Xác định tỉ lệ KPCD thành công trên thai ≥ 37 tuần có chỉ định chấm dứt thai kỳ bằng ống thông Foley với dung tích bóng 80ml đặt qua lỗ trong CTC.

Mục tiêu phụ

- Xác định các yếu tố tiên lượng đến khả năng khởi phát chuyển dạ thành công.
- Xác định tỉ lệ sinh ngả âm đạo sau khởi phát chuyển dạ bằng ống thông Foley và các yếu tố liên quan.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả loạt ca tiến cứu

Dân số mục tiêu:

Thai phụ nhập viện tại khoa sản BV Đa Khoa Bà Rịa có chỉ định chấm dứt thai kỳ trước khi có chuyển dạ tự nhiên.

Dân số nghiên cứu:

Thai phụ mang thai sống 37 tuần chưa chuyển dạ. Nhập viện tại Khoa sản BV Đa Khoa Bà Rịa từ tháng 9/2014 đến tháng 5/2015.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Thai đủ trưởng thành ≥ 37 tuần có chỉ định chấm dứt thai kỳ (thiểu ối, thai chậm tăng trưởng trong TC, thai quá ngày dự sinh, mẹ đái tháo đường trong thai kỳ, tiền sản giật).
- Đơn thai, ngôi đầu.
- Điểm số Bishop ≤ 3, CTC không thuận lợi để lóc ối.
- Non stress test có đáp ứng.

- Không có chống chỉ định SNÂĐ.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không nhớ chính xác ngày kinh cuối, không siêu âm trước 3 tháng đầu.
- Mẹ có sẹo mổ cũ trên TC, bất xứng đầu chậu, ngôi bất thường, Herpes sinh dục đang tiến triển, bất thường bánh nhau, dây rốn.
- Đã KPCD thất bại bằng phương pháp khác.
- Viêm nhiễm đường sinh dục cấp.
- Ước lượng cân thai trên 3800gr.
- Ối vỡ.

Cỡ mẫu

Với thiết kế mô tả loạt ca tiến cứu, chúng tôi lấy toàn bộ mẫu trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu:

Lấy toàn bộ mẫu trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp tiến hành:

Thời gian nghiên cứu

Từ 9/2014 đến 05/2015

Địa điểm

Tại khoa Sản bệnh viện đa khoa Bà Rịa.

Quy trình thực hiện nghiên cứu

Bước 1: Sàng lọc đối tượng, tư vấn, khám lâm sàng – cận lâm sàng. Kí phiếu đồng thuận.

Bước 2: Chuẩn bị trước thủ thuật.

Bước 3: Tiến hành thủ thuật: Đặt thông Foley 01 lần trước 9g sáng, kiểm tra vị trí bằng siêu âm.

Bước 4: Chuyển thai phụ đến phòng chờ sinh. Theo dõi sau thủ thuật. Đánh giá sau khi rớt hoặc rút ống thông Foley 12 giờ.

Bước 5: Đánh giá hiệu quả KPCD. Ghi monitor tim thai, cơn gò tử cung.

+ Dưới 03 cơn gò trong 10 phút: truyền Oxytocin.
+ Đủ 03 cơn gò trong 10 phút: theo dõi chuyển dạ.
+ Theo dõi sát các biến chứng và xử lý kịp thời nếu:
  - Xuất hiện cơn co cường tính (trên 5 cơn trong 10 phút) thì rút thông, giảm co. Nếu không giảm co hoặc theo dõi biểu đồ tim thai bằng monitor, nếu xuất hiện nhịp bất thường như: nhịp chậm < 100 l/p hoặc nhanh > 180 l/p, nhịp tim thai có dao động nội tại < 5 nhịp/phút, nhịp giảm sâu và kéo dài thì MLT.
  - Ối vỡ: rút thông, đánh giá lại nếu thuận lợi thì có thể tăng co bằng Oxytocin hay không thuận lợi thì MLT.
  - Suy thai: MLT
  - Đau bụng nhiều, khó chịu không hợp tác thì rút thông.
  - Xuất hiện biến chứng: nhau bong non, vỡ TC thì phẫu thuật hở.

Những tình huống này được xem là thất bại.

Bước 6: Ghi nhận kết quả, kết thúc nghiên cứu.

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê STATA 10.0. Phân tích gồm 2 bước: bước 1 mô tả, bước 2 phân tích đơn biến, dùng mô hình hồi quy đa biến nhằm kiểm soát các yếu tố gây nhiễu và tính RR hiệu chỉnh cho các biến số. Các phép kiểm được thực hiện với độ tin cậy 95%.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 9/2014 đến tháng 5/2015 tại Khoa Sản – BV Bà Rịa có 5.012 trường hợp ≥ 37 tuần nhập viện để sinh, chiếm 69% tổng số thai phụ nhập viện, trong đó:

- 1.169 trường hợp có chỉ định KPCD, chiếm 23% trong số 5.012 trường hợp CD sinh ≥ 37 tuần nhập viện.

- 290 trường hợp được tư vấn KPCD bằng thông Foley đặt qua lỗ trong CTC chiếm 24,8%.
- 240 trường hợp đồng ý ký tham gia nghiên cứu.

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Thai phụ tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 27,2 ± 5,5, phần lớn sinh sống tại các huyện (chiếm 74,2%), có nghề nghiệp là công nhân viên hoặc làm nội trợ (chiếm 73,8%). Thai phụ có độ tuổi từ 35 trở lên chiếm 9,2% tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu (22 người).

Bảng 1. *Đặc điểm sản khoa của đối tượng nghiên cứu*

Đặc điểm	Tổng số (n=240)	Tỉ lệ (%)
Chỉ số khối cơ thể		
18,5 – < 23,0	38	15,8
23,0 – < 25	61	25,4
≥ 25	141	58,8
Tiền thai		
Con so	136	56,7
Con rạ	104	43,3
Tuổi thai		
≤ 40	64	26,7
> 40 – < 41	41	17,1
≥ 41	135	56,2
Chỉ định KPCD		
Thai quá ngày	128	53,3
Thiểu ối	83	34,6
Tiền sản giật	10	4,2
Thai chậm tăng trưởng	19	7,9
Ước lượng cân thai		
< 3500 gr	171	71,3
≥ 3500 gr	69	28,7
Điểm Bishop trước KPCD		
0 – 1 điểm	95	39,6
2 – 3 điểm	145	60,4

Thai phụ tham gia nghiên cứu có chỉ số khối cơ thể đạt 25,3 ± 3,4, tuổi thai trung bình đạt 41 tuần, nhóm thai từ 41 tuần trở lên chiếm 56,2%. ULCT của 240 thai phụ tham gia nghiên cứu đạt 3255 ± 386 gram, trong đó đa số thai phụ có ULCT dưới 3500 gram (171 trường hợp, chiếm 71,3%). Nhóm thai phụ có ULCT từ 3500 gram trở lên chiếm 28,7% số thai phụ tham gia nghiên cứu (69 trường hợp). Có 104 thai phụ đã từng sinh con trước khi tham gia nghiên cứu. Thai quá ngày và thiểu ối là 2 nguyên nhân chủ yếu được chỉ định KPCD, tỉ lệ lần lượt là 53,3% và 34,6%. Điểm số Bishop trước KPCD của thai phụ tham gia nghiên cứu đạt từ 2 điểm trở lên (145 trường hợp, chiếm 60,4%).

Kết quả KPCD

Tỉ lệ KPCD thành công

Bảng 2. *Tỉ lệ KPCD thành công*

Kết quả KPCD	Tổng số (n=240)	Tỉ lệ (%)	KTC 95%
Thành công	207	86,3	81,9 - 90,6
Thất bại	33	13,7	9,4 – 18,1

Tỉ lệ KPCD thành công của nghiên cứu đạt 86,3% (KTC 95%: 81,9 - 90,6).

Phân tích hồi qui đa biến các yếu tố tiên lượng khả năng KPCD thành công

Bảng 3. *Các yếu tố tiên lượng khả năng KPCD thành công*

Đặc điểm	Thành công n=207 (%)	Thất bại n=33 (%)	RR*	KTC 95%*	P
Tuổi mẹ					
< 35	192 (88,1)	26 (11,9)	1		0,008
≥ 35	15 (68,2)	7 (31,8)	0,80	0,47–0,97	
Thông Foley					
Rút	75 (73,5)	27 (26,5)	1		0,023
Tự rớt	132 (95,6)	6 (4,4)	1,29	1,03 – 1,71	

** *Hồi quy Poisson đa biến.*

Để kiểm soát các yếu tố gây nhiễu và đồng tác, chúng tôi đưa ra 02 biến số có giá trị p < 0,25 trong phân tích đơn biến vào hồi quy đa biến. Tuổi mẹ và sự rút/rớt thông Foley đều có liên quan đến khả năng khởi phát chuyển dạ thành công:

- Tuổi thai phụ càng cao thì khả năng khởi phát chuyển dạ thành công càng giảm; RR* = 0,80,

tăng 14% so với phân tích đơn biến. Như vậy thai phụ ≥ 35 tuổi có khả năng khởi phát chuyển dạ thành công thấp hơn 20% so với thai phụ < 35 tuổi.

- Khả năng khởi phát chuyển dạ thành công liên quan với sự rút/rớt thông Foley; RR* = 1,29, hầu như không đổi so với phân tích đơn biến. Vậy thai phụ ở nhóm thông Foley tự rớt có khả năng khởi phát chuyển dạ thành công cao hơn 29% so với thai phụ có chỉ định rút thông Foley với p < 0,05.

***Bảng 4**. Kết cục sinh*

Kết cục sinh	Tổng số (n=240)	Tỉ lệ (%)	KTC 95%
Sinh ngả âm đạo	179	74,6	69,0 – 80,1
Sinh mổ	61	25,4	19,9 – 31,0

Trong số 240 thai phụ tham gia nghiên cứu có 179 thai phụ sinh ngả âm đạo thành công, chiếm 74,6% (KTC 95%: 69,0% - 80,1%). Tỉ lệ thai phụ được chỉ định mổ lấy thai đạt 25,4% (61 trường hợp, đã trừ 2 trường hợp KPCD thất bại nhưng sinh thường).

Tỉ lệ thai phụ sinh ngả âm đạo thành công

***Bảng 5.** Các yếu tố tiên lượng khả năng SNÂĐ thành công*

Đặc điểm	Thành công n=179 (%)	Thất bại n=61 (%)	RR*	KTC 95%*	p
Tuổi mẹ					
< 35	168 (77,1)	50 (22,9)	1		0,014
≥ 35	11 (50,0)	11 (50,0)	0,77	0,42 – 0,95	
Tiền thai					
Con so	93 (68,4)	43 (31,6)	1		0,018
Con rạ	86 (82,7)	18 (17,3)	1,17	1,07 – 1,59	
Ước lượng cân thai (grs)					
< 3500	135 (79,0)	36 (21,0)	1		0,021
≥ 3500	44 (63,8)	25 (36,2)	0,83	0,59 – 0,98	
Kết quả KPCD					
Thất bại	2 (6,1)	31 (93,9)	1		0,001
Thành công	177 (85,5)	30 (14,5)	13,24	3,27 – 53,51	

** Hồi quy Poisson đa biến.*

Để kiểm soát các yếu tố gây nhiễu và đồng tác, chúng tôi đưa ra 04 biến số có giá trị p < 0,25 trong phân tích đơn biến vào hồi quy đa biến. Các yếu tố này gồm: yếu tố tuổi mẹ, yếu tố tiền thai, yếu tố ước lượng cân thai và yếu tố kết quả KPCD:

- Tuổi thai phụ càng cao thì khả năng sinh ngả âm đạo thành công càng giảm; RR* = 0,77, tăng 18% so với phân tích đơn biến. Như vậy, thai phụ ≥ 35 tuổi có khả năng sinh ngả âm đạo thành công thấp hơn 23% so với thai phụ < 35 tuổi, với p < 0,05.

- Yếu tố tiền thai liên quan với khả năng sinh ngả âm đạo thành công; RR* = 1,17 không thay đổi nhiều so với phân tích đơn biến. Khả năng sinh ngả âm đạo thành công ở nhóm thai phụ sinh con rạ cao hơn 17% so với nhóm thai phụ sinh con so, với p < 0,05.

- Ước lượng cân thai càng nặng, khả năng sinh ngả âm đạo thành công càng thấp; RR* = 0,83, tăng không đáng kể so với phân tích đơn biến. Vậy thai phụ có ước lượng cân thai ≥ 3500 gr có khả năng sinh ngả âm đạo thành công chỉ bằng 83% so với thai phụ có ước lượng cân thai < 3500 gr, với p < 0,05.

- Kết quả KPCD là yếu tố liên quan mạnh với khả năng sinh ngả âm đạo thành công; RR* = 13,24, giảm 7% so với phân tích đơn biến. Vậy thai phụ có kết quả KPCD thành công có khả năng sinh ngả âm đạo thành công cao gấp 13,24 lần so với thai phụ KPCD thất bại, với p < 0,001.

KẾT LUẬN

- Tỉ lệ khởi phát chuyển dạ thành công bằng ống thông Foley đặt qua lỗ trong CTC (đặt 1 lần trong 12 giờ) là 86,3% (KTC 95%: 81,9 - 90,6).

- Tuổi mẹ ≥ 35/<35 so và ống thông Foley tự rớt/rút là 2 yếu tố liên quan đến sự thành công của KPCD lần lượt là: (RR*= 0,80 [0,47 – 0,97] và RR* = 1,29 [1,03 – 1,71]).

- Tỉ lệ sinh ngả âm đạo thành công là sau KPCD là 74,6%; trong đó nhóm KPCD thành công là 85,5% và chỉ 6,1% cho nhóm khởi phát chuyển dạ thất bại. Các yếu tố liên quan đến khả năng sinh ngả âm đạo thành công bao gồm: Tuổi mẹ ≥ 35 tuổi/<35 (RR*= 0,77; KTC95%: 0,42 – 0,95), tiền thai con rạ/con so (RR*= 1,17; KTC95%: 1,07 – 1,59), ước lượng cân thai ≥ 3500g/<3500g (RR*= 0,83; KTC95%: 0,59 – 0,98), KPCD thành công/thất bại (RR*= 13,24; KTC95%: 3,27 – 53,51).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Báo cáo tổng kết cuối năm (2014). "Kỷ yếu - Phòng kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Bà Rịa.
2. Bộ Y tế (2012), "QĐ số 5443/BYT-BMTE v/v sử dụng prostaglandin gây chuyển dạ".
3. Hồ Thái Phong (2013). "Hiệu quả khởi phát chuyển dạ của thông Foley đặt lỗ trong cổ tử cung ở thai quá ngày tại Bệnh viện đa khoa An Giang", Luận án chuyên khoa II, ĐHYD Tp.HCM, tr. 47 – 56.
4. Lê Thị Hồng Vân (2014). "Hiệu quả ống thông Foley trong khởi phát chuyển dạ ở thai phụ có tiền căn mổ lấy thai", Luận văn Bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược Tp.HCM, tr. 39 – 52.
5. Nguyễn Bá Mỹ Ngọc (2012). "So sánh hiệu quả khởi phát chuyển dạ của prostaglandin E2 và ống thông ở thai > 37 tuần thiểu ối", Luận án chuyên khoa II, ĐH Y Dược TP Hồ Chí Minh, tr. 51 – 64.
6. Nguyễn Thị Hướng (2013). "Hiệu quả khởi phát chuyển dạ thai đủ trưởng thành bằng thông Foley tại bệnh viên đa khoa Đồng Tháp", Luận án Chuyên khoa II, Đại học Y Dược Tp.HCM, tr. 43 – 58.
7. RCOG (2001) Induction of labor - Evidence-based Clinical Guideline Number 9.
8. Saleem S (2006). "Efficecyof dinoprostol, intracervical foley and misoprostol in labor induction". JCPSP, 16(4), pp 276-279.
9. Stonge RD, Connors GT (1985). "Preinduction cervical ripening a comparison of intracervical PGE2gel versus the foley catheter". Am j obstet gynecol, pp 172-176.
10. Trần Thị Lợi, Nguyễn Duy Tài (2011). "Khởi phát chuyển dạ", Thực hành sản phụ khoa. Nhà xuất bản Y học TP Hồ Chí Minh, tr.50 – 56.

Ngày nhận bài báo: *12/11/2015*

Ngày phản biện nhận xét bài báo: *20/11/2015*

Ngày bài báo được đăng: *20/01/2016*

KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG VẾT MỔ THÀNH BỤNG TRÊN SẢN PHỤ MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Quỳnh Chi, Võ Minh Tuấn**, Vũ Xuân Thọ*,*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: *Xác định mối liên quan giữa tình trạng lành vết mổ thành bụng sau mổ lấy thai ở ngày 4 hậu phẫu với các yếu tố như: (1) chuyển dạ kéo dài,(2) ối vỡ sớm,(3) số lần thăm khám âm đạo trước mổ và (4) thời gian mổ tại bệnh viện Từ Dũ.*

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: *Nghiên cứu bệnh chứng (1:2). Các sản phụ được mổ lấy thai tại bệnh viện Từ Dũ từ 01/02/2015 đến 10/06/2015 chia thành 2 nhóm: 1) nhóm bệnh: sản phụ có vết thương lành kém, 2) nhóm chứng: sản phụ có vết thương lành tốt.*

Kết quả: *Khảo sát 384 trường hợp, có 128 trường hợp có vết thương lành kém và 256 trường hợp có vết thương lành tốt. Không ghi nhận liên quan giữa thời gian mổ và tình trạng ối vỡ đến quá trình lành vết thương thành bụng (p > 0,05). Tuy nhiên, số liệu chỉ ra liên quan có ý nghĩa thống kê của chuyển dạ kéo dài, khám âm đạo ≥ 5 lần, tuổi thai lúc mổ, tiền sản giật, bạch cầu cao trước mổ, rạch da đường dọc với tình trạng lành vết mổ (p<0,05).*

Kết luận: *Tình trạng vết thương lành kém liên quan nhiều yếu tố. Việc tìm ra và kiểm soát những yếu tố này là một nhu cầu thiết yếu tại bệnh viện Từ Dũ.*

Từ khóa: *mổ lấy thai, yếu tố nguy cơ, nhiễm khuẩn vết mổ.*

ABSTRACT

RISK FACTORS FOR WOUND HEALINGFOLLOWING CESAREAN SECTION IN TU DU HOSPITAL: A CASE-CONTROL STUDY

Nguyen Quynh Chi, Vo Minh Tuan,Vu Xuan Tho

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 20 - No 1 – 2016: 328 - 333

Objective: *To investigate if there are relations between wound healing and prolonged labor, surgical time, multiple vaginal examinations, premature rupture of membranes.*

Methodology: *A case-control study conducted from February 1st, 2015 to June 10th, 2015. All women undergoing cesarean section at Tu Du Hospital were devised into 2 groups: 1) Cases: Women with disturbance of wound healing, 2) Controls: Women with satisfactory wound healing.*

Result: *Investigated 384 women, 128 women with disturbance of skin wound healing, 256 women with satisfactory skin wound healing. No relation was found among premature rupture of membranes and surgical time with wound healing following cesarean section (p>0.05). However, data indicated the significant relation among prolonged duration of labor, 5 or more vaginal examinations, gestational age, preeclampsia, leukocyte count previous to cesarean, vertical skin incision with wound healing following cesarean section (p<0.05).*

Conclusion: *Wound healing was commonly associated with multiple factors. Strategies to control these factors are urgently needed at Tu Du hospital.*

Keywords: *cesarean section, wound healing, risk factors.*

* BV Từ Dũ ** Bộ môn Sản, Đại học Y Dược Tp. HCM

Tác giả liên lạc: PGS.TS. Võ Minh Tuấn . *ĐT*: 0909727199 *Email*: drvo_obgyn@yahoo.com.vn