

KHẢO SÁT TỈ LỆ MỔ LẤY THAI THEO NHÓM PHÂN LOẠI CỦA ROBSON TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG 2016–2017

Đoàn Vũ Đại Nam*, Nguyễn Duy Tài**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hệ thống phân loại mổ lấy thai của Robson ra đời đã được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến khích sử dụng rộng rãi để phân tích tỉ lệ mổ lấy thai ở các cơ sở sản khoa, các quốc gia và vùng lãnh thổ, qua đó giúp đánh giá kết cục thai kì trong bối cảnh can thiệp khác nhau giữa các đơn vị.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ mổ lấy thai của từng nhóm theo phân loại mổ lấy thai của Robson tại bệnh viện Hùng Vương năm 2016 – 2017. Xác định các yếu tố liên quan đến tỉ lệ mổ lấy thai nhóm số 1 theo phân loại của Robson.

Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp cắt ngang mô tả.

Kết quả: Chúng tôi đã phân 4900 sản phụ trong dân số nghiên cứu vào 10 nhóm theo phân loại Robson, sau đó xác định tỉ lệ MLT trong từng nhóm, kích cỡ từng nhóm, cũng như đóng góp vào tỉ lệ MLT chung của từng nhóm. Đóng góp tỉ lệ mổ lấy thai cao nhất là nhóm 5, 1, 2 với tỉ lệ lần lượt 15,1%, 13,9%, 6,2%. Các nhóm 4, 10 có tỉ lệ MLT trong từng nhóm tương đối cao, nhưng kích cỡ mỗi nhóm trong dân số nhỏ, nên đóng góp vào tỉ lệ MLT chung dưới 3%. Nhóm ngôi bất thường, đa thai 6, 7, 8, 9 có tỉ lệ MLT trong từng nhóm rất cao >90%, tuy nhiên kích cỡ nhóm 6, 7, 8, 9 chỉ chiếm 4,6% dân số chung, đóng góp vào tỉ lệ mổ lấy thai chung 4%.

Kết luận: Nhóm 1 chiếm tỉ lệ cao nhất 34,4% theo bảng phân loại Robson, tỉ lệ mổ lấy thai của nhóm này là 40,4%. Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ mổ lấy thai trong nhóm này là nước ối xấu (OR 5,86), oxytocin (OR 7,78), giai đoạn 2 chuyển dạ (OR 6,13)

Từ khóa: Bảng phân loại Robson, mổ lấy thai, sinh ngã âm đạo, oxytocin, giai đoạn 2 chuyển dạ.

ABSTRACT

STUDY ON THE RATE OF CESAREAN SECTION OF EACH GROUP DIVIDED BY ROBSON CLASSIFICATION AT HUNG VUONG HOSPITAL IN 2016-2017

Doan Vu Dai Nam, Nguyen Duy Tai

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Supplement Vol. 22 - No 1- 2018: 86 - 92

Background: The Robson classification for Cesarean sections (CS) was worldwide recommended by the World Health Organization (WHO) to analyze the Cesarean section rates in many obstetric facilities, countries and territories, which help to estimate the outcome of pregnancy in the context of different intervention strategies between medical units.

Objectives: To determine the rate of Cesarean section of each group subdivided by Robson classification at Hung Vuong hospital in 2016 - 2017. To determine factors related to the CS rate of group-1 classified by Robson. Study method: Descriptive cross-sectional method.

Results: We assigned 4900 women in the study population to 10 groups according to Robson classification, then determined the CS rate in each group, the size of each group, as well as the contribution to the overall CS rate of each group. The highest incidence of caesarean section was the group 5, 1, 2 with 15.1%, 13.9%, 6.2% cases,

* Bệnh viện đa khoa Thiện Hạnh- ĐakLak **Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
Tác giả liên lạc: TS.BS. Nguyễn Hồng Hoa ĐT: 0908285186 Email: drhonghoa73@gmail.com

respectively. Groups 4, 10 had a high rate of cesarean sections in each group, but the size of each group was small in population, that contributed less than 3% to the overall rate. Group of abnormal presentations, multiple pregnancies (6, 7, 8, 9) have the rate of cesarean section in each group is very high > 90%, however the group size 6, 7, 8, 9 only accounts for 4.6% of the general population, giving the contribution rate of 4%.

Conclusion: Group 1 accounted for the highest rate of 34.4% according to Robson classification, CS rate of this group was 40.4%. Factors related to the rate of caesarean section in this group were abnormal amniotic fluid (OR 5,86), oxytocin (OR 7.78), second stage of labor (OR 6,13).

Keywords: Robson classification, Cesarean section, vaginal delivery, oxytocin, second stage of labour.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phân loại mổ lấy thai của Robson, xuất bản năm 2001, không chú trọng vào chỉ định mổ lấy thai, thay vào đó phân loại này dựa trên các đặc điểm riêng của từng sản phụ giúp phân các sản phụ vào các nhóm, qua đó cho phép đánh giá tỉ lệ mổ lấy thai ở từng nhóm. Hệ thống phân loại mổ lấy thai của Robson ra đời đã được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến khích sử dụng rộng rãi để phân tích tỉ lệ mổ lấy thai ở các cơ sở sản khoa, các quốc gia và vùng lãnh thổ, qua đó giúp đánh giá kết cục thai kì trong bối cảnh can thiệp khác nhau giữa các đơn vị.

Bệnh viện Hùng Vương là một bệnh viện chuyên ngành sản phụ khoa, hằng năm có khoảng 30000 – 40000 trường hợp sinh. Năm 2009 có 37000 trường hợp sinh, tỉ lệ MLT chiếm 33%. Năm 2010 có 32103 trường hợp sinh, tỉ lệ mổ lấy thai là 38%. Năm 2012 có 52053 trường hợp sinh, tỉ lệ mổ lấy thai là 44%. Năm 2015 có 39817 trường hợp sinh, tỉ lệ mổ lấy thai là 42%. Tỉ lệ mổ lấy thai tại bệnh viện Hùng Vương có xu hướng ngày càng tăng, hiện dao động trong khoảng 40 – 50%. Việc tìm nguyên nhân, đưa ra giải pháp giúp giảm tỉ lệ mổ lấy thai tại bệnh viện Hùng Vương là cần thiết. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Khảo sát tỉ lệ mổ lấy thai theo nhóm phân loại của Robson tại bệnh viện Hùng Vương 2016–2017”.

Mục tiêu nghiên cứu:

Xác định tỉ lệ mổ lấy thai của từng nhóm theo phân loại mổ lấy thai của Robson tại bệnh viện Hùng Vương năm 2016 – 2017 (**Bảng 1**).

Xác định các yếu tố liên quan đến tỉ lệ mổ lấy thai nhóm số 1 theo phân loại của Robson.

Bảng 1. Phân loại 10 nhóm MLT theo Robson

STT	Nhóm
1	Con so, đơn thai ngôi đầu, ≥37 tuần, chuyển dạ tự nhiên
2	Con so, đơn thai ngôi đầu, ≥ 37 tuần, khởi phát chuyển dạ, hoặc MLT trước chuyển dạ
3	Con rạ (không có VMC), đơn thai ngôi đầu, ≥37 tuần, chuyển dạ tự nhiên
4	Con rạ (không có VMC), đơn thai ngôi đầu, ≥ 37 tuần, khởi phát chuyển dạ hoặc MLT trước chuyển dạ
5	Con rạ, có ít nhất 1 VMC, đơn thai ngôi đầu, ≥37 tuần
6	Tất cả con so, đơn thai, ngôi mông
7	Tất cả con rạ, đơn thai, ngôi mông (bao gồm có VMC)
8	Tất cả trường hợp đa thai (bao gồm VMC)
9	Tất cả ngôi bất thường (bao gồm VMC)
10	Tất cả đơn thai, ngôi đầu ≤36 tuần (bao gồm VMC)

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu

Cắt ngang mô tả.

Đối tượng nghiên cứu

Sản phụ đến sinh tại bệnh viện Hùng Vương 09/2016 – 04/2017, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Sản phụ đến sinh tại bệnh viện Hùng Vương trong khoảng thời gian từ tháng 09/2016 đến tháng 04/2017, tuổi thai ≥ 28 tuần.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Vị thành niên.
- Không biết tiếng Việt.
- Mắc bệnh tâm thần.
- Thai lưu.

Cỡ mẫu

Dựa vào công thức xác định cỡ mẫu của nghiên cứu cắt ngang mô tả:

$$N = Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)/d^2$$

α : Xác suất sai lầm loại I, $\alpha = 0,05$

Z từ phân phối chuẩn, $Z^2_{1-\alpha/2} = (1,96)^2$

P là tỉ lệ mô lấy thai ước lượng trong quần thể

d là độ chính xác tuyệt đối mong muốn, $d=0,01$

Chọn P = 0,15 là tỉ lệ MLT theo Tổ chức Y tế thế giới đề nghị.

Theo công thức trên, thay các giá trị vào công thức, ta có:

$$N = 1,96^2 \times 0,15 \times (1-0,15) / 0,01^2$$

→ N = 4898,04. Do đó chọn N = 4900 sản phụ.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã thu thập được 4900 sản phụ sinh tại bệnh viện Hùng Vương thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu dựa vào danh sách sản phụ tại khoa phòng sinh. Qua xử lý và phân tích số liệu, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

Đặc điểm dịch tễ dân số

-Nhóm 1 tỉ lệ mô lấy thai 40,4%, kích cỡ nhóm 34,4%

-Nhóm đa thai, ngôi bất thường (6-7-8-9) với tỉ lệ MLT từ 85 đến 100%

-Nhóm có tuổi thai ≤ 36 tuần (nhóm 10) có tỉ lệ MLT 39,8%.

-Nhóm 3 có tỉ lệ MLT thấp nhất trong dân số nghiên cứu là 13,1%.

Về kích cỡ các nhóm trong dân số:

-Nhóm 1 chiếm tỉ lệ đông nhất trong dân số với 34,4%.

-Các nhóm 6, 7, 8, 9 chiếm tỉ lệ thấp nhất, với kích cỡ mỗi nhóm dưới 2%.

Đóng góp của từng nhóm vào tỉ lệ MLT chung:

-Đóng góp tỉ lệ mô lấy thai cao nhất là nhóm 5, 1, 2 với tỉ lệ lần lượt 15,1%, 13,9%, 6,2%.

-Nhóm 4, 10 có tỉ lệ MLT trong từng nhóm tương đối cao, nhưng kích cỡ mỗi nhóm trong dân số nhỏ, nên đóng góp vào tỉ lệ MLT chung dưới 3%.

-Nhóm ngôi bất thường, đa thai 6, 7, 8, 9 có tỉ lệ MLT trong từng nhóm rất cao >90%, tuy nhiên kích cỡ nhóm 6, 7, 8, 9 chỉ chiếm 4,6% dân số chung, đóng góp vào tỉ lệ mô lấy thai chung 4%.

Bảng 2. Tỉ lệ các nhóm theo phân loại MLT của Robson

Nhóm	Số MLT	Tần số N=4900	Tỉ lệ MLT nhóm (%)	Tỉ lệ kích cỡ nhóm (%)	Đóng góp vào tỉ lệ MLT chung (%)
1	682	1687	40,4	34,4	13,9
2	302	415	72,8	8,5	6,2
3	164	1255	13,1	25,6	3,4
4	97	147	66	3	2
5	742	828	89,6	16,8	15,1
6	50	53	94,3	1,1	1
7	84	86	97,7	1,8	1,7
8	40	47	85,1	1	0,8
9	33	33	100	0,7	0,7
10	139	349	39,8	7,1	2,8
Tổng	2333	4900		100	47,6

Yếu tố liên quan MLT

Các yếu tố tuổi, nghề nghiệp, học vấn, tình trạng hôn nhân, tiền căn sảy thai, tiền căn MLT, số lượng thai, ngôi thai khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm sinh ngã AĐ và nhóm MLT, $p < 0,05$, KTC 95% (**Bảng 3**).

Bảng 3. Mối liên quan của các yếu tố với tỉ lệ MLT chung qua hồi quy đơn biến

Đặc điểm	MLT N ₁ =2333	Sinh AĐ N ₂ =2567	OR	KTC 95%	P*
Tuổi					
< 35 tuổi	1928(46)	2262(54)	1	1,21-2,21	
≥ 35 tuổi	405(57)	305(43)	1,56		0,001
Nơi cư ngụ					
TPHCM	1106(49,9)	1109(50,1)	1,19	0,97-1,47	0,1
Tỉnh khác	1227(45,7)	1458(54,3)	1		
Nghề nghiệp					
Nội trợ	592(40,8)	858(59,2)	1	1,04-1,67	0,021
Công nhân viên	1741(50,5)	1709(50,5)	1,48		
Học vấn					
Dưới cấp III	894(43,4)	1164(56,6)	1	1,09-1,67	0,006
Cấp III và sau III	1439(50,6)	1403(49,4)	1,34		
Tình trạng hôn nhân					
Sống với chồng	2319	2512	1	1,24-11,41	0,012
Không sống với chồng	14	55	3,63		
Tiền căn sảy thai				1,11-	

Đặc điểm	MLT N ₁ =2333	Sinh AĐ N ₂ =2567	OR	KTC 95%	P*
Có	594(45,1)	503(45,9)	1,4	1,77	0,005
Không	1739(45,7)	2064(54,3)	1		
Tiền căn sinh con					
Con so	1110(45,9)	1310(54,1)	0,87	0,7-1,07	0,18
Con rạ	1223(49,3)	1257(50,7)	1		
Tiền căn MLT					
Có	854(83,4)	170(16,6)	10,09	7,03-14,48	0,001
Không	1479(38,2)	2397(61,8)	1		
Số lượng thai					
Đơn thai	2293(47,2)	2560(52,8)	1	1,21-8,55	0,02
Đa thai	40(85,1)	7(14,9)	6,38		
Ngôi thai					
Đầu	2126(45,4)	2555(54,6)	1	4,8-30,01	0,001
Ngôi bất thường	207(94,5)	12(5,5)	20,73		
Tuổi thai					
≥ 37 tuần	2153(47,9)	2341(52,1)	1,15	0,83-1,62	0,389
< 37 tuần	180(44,3)	226(55,7)	1		
KPCD					
-Không	2154(47,6)	2374(52,4)	1	0,69-1,49	0,949
-Có	179(48,1)	193(51,9)	1,02		

Bảng 4. Phân tích hồi qui đa biến các yếu tố liên quan tỉ lệ MLT

Đặc điểm	OR**	KTC 95%	P*
Tuổi			
< 35 tuổi	1		
≥ 35 tuổi	1,54	1,04-2,27	0,03
Nơi cư ngụ			
TPHCM	1,02	0,79-1,32	0,863
Tỉnh khác	1		
Nghề nghiệp			
Nội trợ	1		
Công nhân viên	1,36	1,02-1,85	0,038
Học vấn			
Dưới cấp III	1		
Cấp III và sau III	1,24	0,95-1,61	0,112
Tình trạng hôn nhân			
Sống với chồng	1		
Không sống với chồng	2,34	0,76-7,22	0,139

Bảng 5. Phân tích mô hình liên quan đến tỉ lệ MLT của nhóm 1

Đặc điểm	MLT n ₁ =682	Sinh AĐ n ₂ =1005	OR	KTC 95%	P*
Chiều cao:					
≤ 150cm	75(51,7)	70(48,3)	1,65	0,35-7,93	0,524
> 150cm	607(39,4)	935(60,6)	1		
Chuyển dạ:					
Hoạt động	16(16,7)	80(83,3)	1		
Tiền thời	666(41,9)	925(58,1)	3,6	0,38-33,72	0,234
Tình trạng ối vỡ					
Ới vỡ < 18 giờ	154(33,2)	309(66,8)	0,66	0,24-1,81	0,418
Ới còn	528(43,1)	696(56,9)	1		
Thể tích nước ối:					
Thiếu ối	17(44,7)	21(55,3)	1,2	0,07-19,78	0,901
Bình thường	665(40,3)	984(59,7)	1		
Màu sắc nước ối:					
Ới xấu	249(77,3)	73(22,7)	,34	1,91-28,63	0,001
Trắng đục	433(31,7)	932(68,3)	1		

TC sảy thai			
Có	1,56	1,18-2,1	0,002
Không	1		
TC sinh con			
Không(con so)	3,41	2,25-4,6	0,001
Có	1		
TC MLT			
Có	22,63	14,82-34,54	0,001
Không	1		
Số lượng thai			
Đơn thai	1		
Đa thai	18,52	3,01-111,12	0,002
Ngôi thai			
Đầu	1		
Ngôi bất thường	50,6	11,98-213,73	0,001

* Hồi qui đa biến, ** OR hiệu chỉnh

-Tuổi mẹ trên 35 tuổi tăng nguy cơ MLT lên 1,54 lần, KTC 95% (1,04-2,27).

-Nghề nghiệp CN-VC tăng nguy cơ MLT lên 1,36 lần KTC 95% (1,02-1,85).

-Sân phụ có TC sảy thai tăng nguy cơ MLT lên 1,56 lần, KTC 95% (1,18-2,1).

-Sân phụ có tiền căn MLT tăng nguy cơ MLT lên 22,63 lần KTC 95% (14,82-34,54).

-Sân phụ sinh con so tăng nguy cơ MLT lên 3,41 lần KTC 95% (2,25-4,6).

-Sân phụ mang đa thai tăng nguy cơ MLT lên 18,52 lần KTC 95% (3,01-111,12).

-Sân phụ mang ngôi bất thường tăng nguy cơ MLT lên 50,6 lần KTC 95% (11,98-213,73).

-Màu sắc nước ối, sử dụng oxytocin trong chuyển dạ, thời gian giai đoạn 2 chuyển dạ khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa nhóm mổ lấy thai và nhóm sinh ngã AĐ, p<0,05.

Đặc điểm	MLT n ₁ =682	Sinh AĐ n ₂ =1005	OR	KTC 95%	P *
Kiểu thể thai: Ngang- Sau Trước	392(38,6) 290(43,2)	623(61,4) 382(56,8)	0,83 1	0,34-2,01	0,674
GĐSK: Có Không	436(35,5) 246(53,6)	792(64,6) 213(46,4)	0,48 1	0,18-1,29	0,139
Thời gian PS ≥ 20 giờ < 20 giờ	249(59,7) 433(34,1)	168(40,3) 837(65,9)	2,87 1	0,998-8,2	0,06
Dùng oxytocin Có Không	230 452	55 950	8,79 1	1,82-43,31	0,002
Giai đoạn 2 CD 1-2 giờ <1 giờ	104 67	203 802	6,13 1	1,41-30,92	0,01

* Hồi qui đơn biến

Bảng 6. Phân tích hồi qui đa biến các yếu tố liên quan tỉ lệ MLT nhóm 1

Đặc điểm	MLT n ₁ =682	Sinh AĐ n ₂ =1005	OR**	KTC 95%	P *
Chuyển dạ Hoạt động Tiềm thời	16(16,7) 666(41,9)	80(83,3) 925(58,1)	1 3,17	0,26-37,04	0,359
Màu sắc nước ối Ồi xấu Trắng đục	249(77,3) 433(31,7)	73(22,7) 932(68,3)	5,86 1	1,39-24,71	0,016
GĐSK Có Không	436(35,5) 246(53,6)	792(64,6) 213(46,4)	0,51 1	0,16-1,65	0,258
Thời gian phòng sinh ≥ 20 giờ < 20 giờ	249(59,7) 433(34,1)	168(40,3) 837(65,9)	2,04 1	0,58-7,13	0,264
Dùng oxytocin Có Không	230(80,7) 452(32,2)	55(19,3) 950(67,8)	7,78 1	1,32-45,72	0,023

* Hồi qui đa biến, ** OR hiệu chỉnh

- Nước ối xấu làm tăng tỉ lệ MLT 5,86 lần so với nước ối trắng đục, p=0,016<0,05, KTC 95% (1,39 – 24,71).

- Sử dụng oxytocin trong chuyển dạ làm tăng tỉ lệ MLT lên 7,78 lần so với không sử dụng oxytocin, p=0,023<0,05, KTC 95% (1,32 – 45,72).

BÀN LUẬN

Theo bảng phân loại của Robson, nhóm 1 có tỉ lệ mổ lấy thai 40,4%, tỉ lệ này có thể thay đổi được nếu nhân viên y tế tăng cường theo dõi sát chuyển dạ

Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ MLT chung

- Tuổi mẹ >35 tăng nguy cơ MLT 1,54 lần, KTC 95% (1,04-2,27), phù hợp với qui luật tự nhiên do mẹ càng lớn tuổi càng tăng nguy cơ bệnh lý kèm theo và khả năng sinh ngã âm đạo khó khăn.

- Nghề nghiệp: CNV tăng nguy cơ MLT 1,36 lần, KTC 95% (1,02-1,85) so với phụ nữ nội trợ, có thể do làm việc có thu nhập cao hơn, có điều kiện cho việc chăm sóc thai kì và lựa chọn phương pháp sinh theo ý muốn.

- Tiền căn sinh con: sinh con so tăng nguy cơ MLT 3,41 lần, KTC 95% (2,25-4,6), nguyên nhân

có thể do sản phụ con so lo lắng về cuộc chuyển dạ dễ đưa đến rối loạn chuyển dạ bình thường.

-Tiền căn MLT: tiền căn mổ lấy thai tăng nguy cơ MLT 22,63 lần, KTC 95% (14,82-34,54). Do đó mổ lấy thai không chỉ tăng tỉ lệ MLT chung trong giai đoạn hiện tại, mà còn góp phần làm tăng tỉ lệ MLT cộng dồn trong tương lai. Đặt ra vấn đề rất được quan tâm hiện nay là khuyến khích sản phụ theo dõi sinh ngã AĐ trên VMC mổ lấy thai. Đây là vấn đề rất khó khăn, nguy cơ rủi ro cao, đặc biệt là vỡ tử cung trong chuyển dạ.

-Tiền căn nạo sảy thai: tiền căn nạo sảy thai tăng nguy cơ MLT 1,56 lần, KTC 95% (1,18-2,1), có thể do sản phụ có tiền căn nạo sảy thai nhiều lần sẽ mong con, sản phụ và bác sĩ sản khoa đều mong muốn thai kì này diễn ra an toàn, dẫn đến tăng tỉ lệ MLT.

-Số lượng thai của sản phụ: đa thai tăng nguy cơ MLT 18,52 lần KTC 95% (3,01 – 111,12), có thể do song thai là thai kì nguy cơ cao, sinh song thai có nguy cơ tai biến cho thai thứ 2 nên các bác sĩ và sản phụ có xu hướng chọn MLT nhằm giảm bệnh suất, tử suất chu sinh.

-Ngôi thai: ngôi bất thường trong nghiên cứu của chúng tôi tăng nguy cơ MLT 50,6 lần KTC 95% (11,98-213,73), đây là những trường hợp sinh khó nên tăng nguy cơ MLT.

Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ MLT ở nhóm 1

Ối xấu: Trong nghiên cứu có 322 trường hợp sản phụ ối xấu, 246 trường hợp mổ lấy thai. Sau khi phân tích đa biến chúng tôi ghi nhận nước ối xấu tăng nguy cơ MLT 5,86 lần, KTC 95% (1,39-24,71). Kết quả tương tự nghiên cứu của S.M. Ziadeh, thực hiện trên 2 nhóm ối xấu và ối bình thường, mỗi nhóm 400 sản phụ. cho thấy tỉ lệ MLT trong nhóm ối xấu cao hơn trong nhóm chúng 11,8% so với 7%, OR=1,8, p=0,001<0,05.

Tỉ lệ MLT trong nhóm ối xấu ở nghiên cứu của chúng tôi là 76,4%, cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của S.M. Ziadeh là 11,8%, nghiên cứu của Elahed Ouladsahebmadarek 14%. Nguyên nhân sự khác biệt này có thể do việc

quản lý tỉ lệ MLT trong nghiên cứu của S.M. Ziadeh tốt hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi và S.M. Ziadeh đều ghi nhận rằng màu sắc nước ối xấu làm tăng nguy cơ mổ lấy thai.

Giai đoạn 2 chuyển dạ: chúng tôi giai đoạn 2 chuyển dạ kéo dài làm tăng nguy cơ MLT 6,13 lần, p=0,01<0,05, KTC 95% (1,41-30,92). Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Wei-Hong Li và cộng sự. Điều này cũng phù hợp xu hướng hiện nay, do theo dõi giai đoạn 2 chuyển dạ càng kéo dài sẽ càng làm tăng các biến chứng lên sản phụ như nhiễm trùng, tiểu không kiểm soát, khối máu tụ tầng sinh môn.

Mổ sinh trong giai đoạn 2 chuyển dạ nguyên nhân chủ yếu do sự không xuống của đầu thai, hoặc đôi khi tình trạng tim thai không đảm bảo để có thể theo dõi thêm. Khi vào giai đoạn 2 chuyển dạ, trong trường hợp ngôi thai đã lọt, có thể lựa chọn thủ thuật giúp sinh bằng Forceps hoặc giác hút nhằm làm giảm bớt tỉ lệ MLT. Tuy nhiên đây là thủ thuật xâm lấn. Đồng thời một số trường hợp đánh giá độ lọt của ngôi thai gặp khó khăn như khi có búi huyết thanh to, lọt bất đối xứng, khi đó việc đánh giá can thiệp vô cùng khó khăn.

Sử dụng oxytocin: Trong nghiên cứu có 285 sản phụ được sử dụng oxytocin, trong đó 208 sản phụ MLT với các nguyên nhân gò cứng tính, thai trình ngưng tiến, ối xấu dọa suy thai, chèn ép rốn, suy thai. Chúng tôi ghi nhận việc sử dụng oxytocin tăng nguy cơ MLT 7,78 lần, với p=0,023<0,05, KTC 95%(1,32-45,72). Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của L.Selin và cs nghiên cứu trên 617 sản phụ con so, tỉ lệ MLT khi sử dụng oxytocin là 8,7%, tỉ lệ MLT khi không sử dụng oxytocin là 1,2%, việc sử dụng oxytocin tăng tỉ lệ MLT lên 7,9 lần, KTC 95% (1,9-33,1). Trong quá trình chuyển dạ cần theo dõi, đánh giá chính xác giai đoạn chuyển dạ, tình trạng màng ối, nhằm hạn chế việc sử dụng oxytocin.

KẾT LUẬN

Khảo sát 4900 sản phụ đến sinh tại BV Hùng Vương, tỉ lệ MLT theo nhóm phân loại của Robson ghi nhận:

Tỉ lệ MLT 10 nhóm theo bảng phân loại Robson:

-Nhóm 1: tỉ lệ MLT là 40,4%, kích cỡ nhóm lớn nhất trong dân số là 34,4%.

-Nhóm 2: tỉ lệ MLT là 72,8%.

-Nhóm 3: tỉ lệ MLT thấp nhất trong dân số là 13,1%.

-Nhóm 4: tỉ lệ MLT là 66%.

-Nhóm 5: tỉ lệ MLT là 89,6%, đóng góp nhiều nhất vào tỉ lệ MLT chung 15,1%.

-Nhóm 6-7-8-9: Sản phụ mang thai ngôi bất thường hoặc đa thai có tỉ lệ MLT trên 90%, đóng góp rất ít vào tỉ lệ MLT chung < 4%.

-Nhóm 10: tỉ lệ MLT là 39,8%.

Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ MLT chung:

-Tuổi mẹ trên 35, nghề nghiệp CN-VC, sản phụ có tiền căn sảy thai, tiền căn MLT, sinh con so, đa thai, sản phụ mang ngôi bất thường

Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ MLT ở nhóm 1:

-Nước ối xấu làm tăng tỉ lệ MLT 5,86 lần, KTC 95%(1,39-24,71).

-Sử dụng oxytocin trong chuyển dạ làm tăng tỉ lệ MLT 7,78 lần, KTC 95% (1,32-45,72).

-Giai đoạn 2 chuyển dạ kéo dài tăng tỉ lệ MLT 6,13 lần, KTC 95% (1,41-30,92).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG (2016). "Practice Bulletin No. 173: Fetal Macrosomia". *Obstetrics & Gynecology*, 128(5):pp.195-e209.
2. Al Busaidi I, Al-Farsi Y, Ganguly S, Gowri V, et al (2012). "Obstetric and non-obstetric risk factors for cesarean section in Oman". *Oman Medical Journal*, 27(6):pp.478-481.
3. Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gülmezoglu AM, Torloni MR, et al (2014). "A systematic review of the Robson classification for caesarean section: what works, doesn't work and how to improve it". *PloS one*, 9(6):pp.97769.
4. Farine D, Shepherd D, Robson M, et al (2012). "Classification of caesarean sections in Canada: the modified robson criteria". *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(10):pp.976-979.
5. Girija KM (2014). "Correlation of amniotic fluid index and color of liquor with perinatal outcome". *Journal of Global Biosciences*, 3(2):pp.578-581.
6. Lê Nguyễn Thy Thy (2013). "Hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng ống thông Foley kết hợp oxytocin truyền tĩnh mạch ở thai trường thành thiếu ối". *Tạp Chí Y Học*, 17(55).
7. Lê Quang Thanh (2016). "Chiến lược giảm tỉ lệ mổ lấy thai". Hội nghị sản phụ khoa Việt-Pháp, 16:pp.33-49.
8. Nguyễn Duy Tài (2014). Sản khoa, pp.148. Nhà xuất bản y học, TP HCM.
9. Nguyễn Thảo Quyên (2016). "Mổ lấy thai chủ động". *Nội San Y Học Sinh Sản*. 38(19).
10. Vũ Thị Nhung (2014). "Lợi ích và nguy cơ mổ lấy thai". *Thời Sự Y Học*, pp.23.

Ngày nhận bài báo: 17/07/2017

Ngày phân biện nhận xét bài báo: 20/10/2017

Ngày bài báo được đăng: 15/03/2018