

SỞ Y TẾ HÀ GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA VỊ XUYÊN



ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ
TÊN ĐỀ TÀI:

“Đánh giá kết quả để chỉ huy bằng phương pháp truyền Oxytocin ở sản phụ có thai đủ tháng ối vỡ sớm tại khoa phụ sản Bệnh viện Đa khoa huyện Vị Xuyên”

Chủ nhiệm đề tài: **Nguyễn Thành Long**

Học hàm, học vị: **Bác sĩ chuyên khoa I**

Chức vụ: **Trưởng khoa Phụ sản**

Đơn vị công tác: **Bệnh viện Đa khoa Vị Xuyên**

Thành viên tham gia:

1. **Bùi Thị Thu Hiền**

Đơn vị công tác: **Bệnh viện Đa khoa Vị Xuyên**

2. **Dương Thị Nhung**

Đơn vị công tác: **Bệnh viện Đa khoa Vị Xuyên**

Người hướng dẫn: **Bác sĩ CK II Tạ Tiến Mạnh**

Vị Xuyên, năm 2023

MỤC LỤC

1. Đặt vấn đề:	1
2. Mục tiêu nghiên cứu.....	2
3. Chương 1. Tổng quan tài liệu	3
1.1. Ồi vỡ sớm và phương pháp xử trí ồi vỡ sớm	3
1.1.1. Ồi vỡ sớm.....	3
1.1.2. Các phương pháp xử trí ồi vỡ sớm đối với thai đủ tháng	5
1.2. Chuyển dạ đẻ.....	5
1.2.1. Khái niệm chuyển dạ đẻ.....	5
1.2.2. Các giai đoạn của cuộc chuyển dạ đẻ.....	6
1.2.3. Nguyên nhân gây chuyển dạ	6
1.2.4. Động lực chính của cuộc chuyển dạ	7
1.2.5. Con co tử cung và bất thường của con co tử cung trong chuyển dạ	7
1.3. Oxytocin và ứng dụng trong sản khoa	9
1.3.1. Nguồn gốc	9
1.3.2. Cấu trúc hoá học.....	9
1.3.3. Điều hoà bài tiết	9
1.3.4. Cơ chế tác dụng.....	10
1.3.5. Dược động học	10
1.3.6. Vai trò của oxytocin trong sản phụ khoa	10
1.4. Chỉ định, chống chỉ định và điều kiện để chỉ huy tĩnh mạch.....	10
1.4.1. Chỉ định	11
1.4.2. Chống chỉ định về phía mẹ.....	11
1.4.3. Chống chỉ định về phía thai và phần phụ của thai	11
1.4.4. Cách truyền để chỉ huy.....	11
1.4.5. Theo dõi và đánh giá kết quả	12
1.4.6. Một số tác dụng phụ và xử trí	12
Chương 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.....	13
2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu	13
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu.....	13
2.1.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	13
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	13
2.2.1. Phương pháp nghiên cứu.....	13
2.2.2. Thiết kế nghiên cứu.....	14
2.2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu nghiên cứu	14
2.2.4. Kỹ thuật truyền oxytocin tại khoa Phụ sản Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên	14
2.2.5. Các biến số và chỉ số nghiên cứu	15
2.2.6. Thu thập và xử lý số liệu.....	19
2.2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	20
Chương 3. Kết quả nghiên cứu	21

3.1. Thực trạng gây chuyển dạ bằng phương pháp truyền oxytocin ở những thai phụ có thai đủ tháng, ối vỡ sớm	21
3.1.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	21
3.1.2. Kết quả truyền Oxytocin	23
3.2. Kết quả đẻ chỉ huy bằng phương pháp truyền Oxytocin	25
Chương 4. Bàn luận.....	28
4.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.....	28
4.1.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu	28
4.1.2. Nghề nghiệp và địa dư của đối tượng nghiên cứu	28
4.1.3. Tiền sử sản khoa.....	28
4.1.4. Thời gian ối vỡ đến khi vào viện	29
4.1.5. Chỉ số Bishop khi vào viện	29
4.2. Kết quả truyền Oxytocin	29
4.2.1. Kết quả truyền Oxytocin tĩnh mạch	29
4.2.2. Tình trạng sơ sinh lúc đẻ	30
4.2.3. Thời gian truyền Oxytocin	30
4.2.4. Tỷ lệ can thiệp khi sổ thai	30
4.2.5. Các chỉ định phẫu thuật lấy thai	30
4.3. Kết quả đẻ chỉ huy bằng phương pháp truyền Oxytocin ở thai phụ có thai đủ tháng ối vỡ sớm	31
4.3.1. Liên quan giữa tuổi của thai phụ với kết quả truyền Oxytocin.....	31
4.3.2. Liên quan giữa số lần đẻ của sản phụ với kết quả truyền Oxytocin	31
4.3.3. Liên quan giữa cân nặng của thai nhi và kết quả truyền đẻ chỉ huy	31
4.3.4. Liên quan giữa thời gian truyền oxytocin với kết quả truyền oxytocin	32
Kết luận	33
1.Đặc điểm của sản phụ được chỉ định truyền đẻ chỉ huy bằng oxytocin trong chuyển dạ.....	33
2. Kết quả truyền Oxytocin và các yếu tố liên quan	33
Kết quả truyền Oxytocin	33
Một số yếu tố liên quan đến kết quả của cuộc đẻ chỉ huy.....	33
Khuyến nghị.....	34
Tài liệu tham khảo.....	35
Phụ lục 1. Phiếu thu thập thông tin mẫu bệnh án điều tra	37
I.Hành chính.....	37
II.Lý do vào viện	37
III. Bệnh sử.....	37
IV. Tiền sử.....	37
V. Xử trí.....	37
Phụ lục 2. Danh sách bệnh nhân điều tra năm 2022 – 2023	39

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1: Thang điểm tính chỉ số Bishop	17
Bảng 2.2. Chỉ số APGAR.....	19
Bảng 3.1. Tiền sử sản phụ khoa	22
Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo chỉ số Bishop trước khi truyền.	23
Bảng 3.3. Tình trạng sơ sinh lúc đẻ	24
Bảng 3.4. Thời gian truyền oxytocin.....	24
Bảng 3.5. Tỷ lệ can thiệp khi sỏ thai.....	24
Bảng 3.6. Lý do của các chỉ định phẫu thuật lấy thai	25
Bảng 3.7. Liên quan giữa tuổi của sản phụ với kết quả truyền Oxytocin.....	25
Bảng 3.8. Liên quan giữa số lần đẻ của sản phụ với kết quả truyền oxytocin.	25
Bảng 3.9. Liên quan giữa thời gian vỡ ối với kết quả truyền oxytocin	26
Bảng 3.10. Liên quan giữa chỉ số Bishop với kết quả truyền Oxytocin	26
Bảng 3.11. Liên quan giữa trọng lượng thai với kết quả truyền Oxytocin	26
Bảng 3.12. Liên quan giữa thời gian truyền Oxytocin với kết quả truyền oxytocin.....	27

DANH MỤC HÌNH

Hình 1. Phiếu truyền Oxytocin	18
Hình 2. CBYT điều chỉnh tốc độ dịch truyền Oxytocin.....	18

Các chữ viết tắt:

CTC: Cổ tử cung

OVS: Ối vớ sớm

TC: Tử cung

CCTC: Cơ co tử cung

PLLT: Phẫu thuật lấy thai

ĐĐAD: Đẻ đường âm đạo

CD: Chuyển dạ

QĐ-BYT: Quyết định bộ y tế

CBYT : Cán bộ y tế

ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỡ ối sớm là một trong những nguyên nhân gây đẻ khó, màng ối bị rách làm mất khả năng bảo vệ của nước ối, dẫn đến nhiễm trùng ối và nhiễm trùng sơ sinh; ngoài ra, còn dẫn đến tình trạng sa dây rốn, ngôi thai bình chỉnh không tốt, cuộc chuyển dạ kéo dài. Việc thúc đẩy chuyển dạ đẻ ở những trường hợp vỡ ối đã được nhiều nhà sản khoa nghiên cứu nhằm rút ngắn thời gian chuyển dạ, tránh biến cố cho mẹ và thai nhi. Chuyển dạ kéo dài là đi đôi với nhiễm khuẩn, chảy máu do đờ tử cung, gây mệt mỏi quá mức cho người mẹ và là sự ra tăng suy thai, ngạt thai, nhiễm khuẩn sơ sinh, tỷ lệ tử vong chu sản và tỷ lệ di chứng nặng nề cho đứa trẻ sau này.

Truyền nhỏ giọt oxytocin tĩnh mạch trong xử trí sản phụ vỡ ối là một biện pháp đang được sử dụng rộng rãi trong sản khoa hiện nay. Nó là phương pháp can thiệp của thầy thuốc sản khoa vào cuộc đẻ với mục đích làm rút ngắn cuộc chuyển dạ mà vì lý do nào đó cuộc chuyển dạ đang có nguy cơ bị đình trệ, bị kéo dài.. Cuộc chuyển dạ càng bị kéo dài thì nguy cơ xảy ra các biến cố nguy hại cho người mẹ và thai nhi càng tăng.

Các chỉ định của đẻ chỉ huy bằng truyền nhỏ giọt tĩnh mạch oxytocin không chỉ được áp dụng cho những trường hợp chuyển dạ kéo dài do vỡ ối hay chuyển dạ kéo dài vì một số nguyên nhân khác, mà còn được chỉ định với các trường hợp gây tê ngoài màng cứng và chỉ định cho các trường hợp chấm dứt thai kỳ chủ động ở các thai nghén nguy cơ cao mà không nhất thiết phải mổ lấy thai, phòng băng huyết sau sinh.

Sự thành công hay thất bại của việc đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng truyền Oxytocin phụ thuộc vào nhiều yếu tố; Nó luôn đòi hỏi người thầy thuốc sản khoa phải có một trình độ nhất định trong việc đánh giá và phân tích các yếu tố tiên lượng trên mỗi trường hợp cụ thể mới có được chỉ định đúng để tác động thích hợp vào cuộc đẻ.

Càng về những năm gần đây tỷ lệ mổ đẻ càng cao do nhiều nguyên nhân khác nhau, trong đó tỷ lệ mổ lấy thai vì đẻ do truyền Oxytocin thất bại ở những trường hợp ối vỡ sớm là khá cao.

Hàng năm tại khoa Phụ sản Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên có khoảng 1.000 trẻ sơ sinh được sinh ra bằng phương pháp đẻ thường và đẻ mổ, Vì vậy đã áp dụng phương pháp truyền oxytocin nhỏ giọt tĩnh mạch trong xử trí sản phụ có thai đủ tháng ối vỡ sớm theo phác đồ của bộ y tế nhiều năm nay với những kết quả nhất định có ý nghĩa lâm sàng. Nhằm đánh giá hiệu quả của truyền Oxytocin trong xử trí đối với sản phụ có thai đủ tháng ối vỡ sớm đến đẻ tại khoa khoa Phụ sản Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá kết quả đẻ chỉ huy bằng phương pháp truyền Oxytocin ở sản phụ có thai đủ tháng ối vỡ sớm tại khoa Phụ sản Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên”** nhằm 2 mục tiêu sau

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả thực trạng gây chuyển dạ bằng phương pháp truyền Oxytocin ở những thai phụ có thai đủ tháng, ối vỡ sớm tại khoa Phụ sản Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên

2. Đánh giá kết quả đẻ chỉ huy bằng phương pháp truyền Oxytocin ở sản phụ có thai đủ tháng ối vỡ sớm tại khoa Phụ sản Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên

Chương 1 **TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

1.1. Ối vỡ sớm và phương pháp xử trí ối vỡ sớm

1.1.1. Ối vỡ sớm

1.1.1.1. Khái niệm ối vỡ sớm.

Ối vỡ sớm (OVS) là trường hợp xảy ra sau hoặc cùng lúc với chuyển dạ, trước khi cổ tử cung mở hết .

OVS là một hiện tượng thường gặp trong thai nghén chiếm tỷ lệ 10% làm tăng tỷ lệ chết chu sinh là một nguyên nhân dẫn đến đẻ khó như chuyển dạ kéo dài, nhiễm trùng ối...Nếu OVS khi thai đủ tháng hoặc gần đủ tháng thì nguy cơ cho mẹ và con ít hơn. Ngược lại, nếu OVS khi tuổi thai càng non tháng thì nguy cơ nhiễm khuẩn, đẻ non và thiếu oxy càng nặng nề. Đứng trước một trường hợp OVS đòi hỏi người thầy thuốc phải có thái độ xử trí tích cực để tránh biến chứng cho sản phụ và thai nhi .

1.1.1.2. Nguyên nhân ối vỡ sớm

Các nghiên cứu đo động lực thực hiện trên màng ối chỉ ra rằng ở trạng thái bình thường sức căng của màng ối lớn hơn nhiều so với áp lực mà nó phải chịu. Chỉ tới khi thai gần đủ tháng người ta mới quan sát được sự giảm độ chun giãn của màng ối để tạo điều kiện ối vỡ tự nhiên.

Theo một số tác giả thì ối vỡ sớm là hậu quả của một trong hai yếu tố hoặc cơ học hoặc nhiễm khuẩn.

Tất cả các yếu tố cản trở sự bình chỉnh của ngôi thai đều có thể là nguyên nhân của ối vỡ non, ối vỡ sớm; ngôi thai bất thường (ngôi ngang, ngôi mông, ngôi đầu cao, đa thai, đa ối...), do rau tiền đạo, hở eo tử cung. Viêm màng ối do các nhiễm trùng ở âm hộ âm đạo, cổ tử cung.

Trong các trường hợp này thì con eo tử cung và nhiễm khuẩn màng ối là nguyên nhân gây vỡ màng ối. Nhiều thai phụ xem nhẹ việc khám phụ khoa và chữa viêm nhiễm trong thai kỳ.

Ngoài ra còn một số yếu tố thuận lợi khác như ối vỡ sớm tăng gấp hai lần ở các trường hợp sản phụ con so lớn tuổi, thiếu vitamin C cũng tạo điều kiện để cho ối vỡ sớm. Tuy nhiên trong một số trường hợp người ta cũng không tìm thấy nguyên nhân.

1.1.1.3. Hậu quả của ối vỡ sớm

OVS đôi khi có lợi như trong rau tiền đạo bám thấp, nhờ ối vỡ tự nhiên mà đỡ chảy máu, hoặc trong đa ối thì thai phụ dễ thở hơn, cuộc đẻ có thể bình thường. Nhưng OVS thường đem lại hậu quả tai hại như sa dây rau, đối với thai non tháng chắc chắn sẽ gây đẻ non .

Đầu ối là yếu tố thuận lợi cho việc xóa mở cổ tử cung (CTC), một khi đầu ối không còn nữa, CTC sẽ mở chậm, do đó chuyển dạ kéo dài. Trong ngôi ngược OVS làm cho cuộc chuyển dạ kéo dài thai dễ bị suy. Cuối cùng OVS dễ gây nhiễm khuẩn, có khi chỉ 2 giờ sau khi ối vỡ là thai đã ở trong tình trạng nhiễm khuẩn tuy người mẹ chưa có biểu hiện sốt.

Nhiễm trùng ối là nhiễm trùng nước ối và màng ối. Màng ối có tác dụng ngăn cản không cho vi khuẩn xâm nhập từ âm đạo, âm hộ lên. Khi màng ối vỡ tác dụng bảo vệ này không còn nữa sẽ dẫn đến nguy cơ bị nhiễm trùng ối. Tỷ lệ nhiễm trùng ối càng cao khi thời gian vỡ ối càng lâu. Nhiễm trùng ối sẽ dẫn đến nhiễm trùng thai, thai suy làm tăng tỷ lệ tử vong cho thai. Người ta đã tìm thấy những mầm bệnh trong đường hô hấp và dạ dày của trẻ sơ sinh sau đẻ, trong máu dây rốn thấy bạch cầu tăng. Chứng tỏ thai dễ bị nhiễm khuẩn khi OVS. Với người mẹ, trong thời kỳ hậu sản dễ bị nhiễm trùng hậu sản ở các mức độ khác nhau, nếu nặng có thể dẫn đến viêm phúc mạc hoặc nhiễm khuẩn huyết.

1.1.1.4. Chẩn đoán ối vỡ sớm

Không phải lúc nào cũng dễ dàng

- Lâm sàng:

+ Bệnh sử ra nước âm đạo: Đợt ngọt ra nước nhiều, loãng, màu trong hoặc hơi đục.

+ Khám bằng mỏ vịt thấy nước ối nhiều trong âm đạo, thấy nước ối chảy ra từ lỗ cổ tử cung, trong trường hợp không rõ ràng có thể bảo sản phụ ho hoặc rặn sẽ thấy nước ối chảy ra.

+ Khám âm đạo bằng tay khi CTC đã mở, cho ngón tay vào không sờ thấy màng ối, khi đẩy nhẹ đầu thai lên có thể thấy nước ối chảy ra.

- Cận lâm sàng:

Theo Nguyễn Hữu Cốc (2002) nếu trên lâm sàng khó xác định thì cần phải làm một số xét nghiệm

+ Soi ối dùng ống soi ối sẽ không thấy màng ối mà thấy tóc thai nhi (trong ngôi chỏm) đồng thời thấy nước ối chảy ra.

+ Chứng nghiệm Nitrazine dựa vào sự khác nhau giữa pH âm đạo (4 - 4,5) và pH của dịch nước ối (6,5 - 7,5). Dùng giấy thử đặt vào cùng đồ sau nếu pH kiềm thì chứng tỏ đã vỡ ối. Chứng nghiệm này sai lệch khi ối vỡ đã lâu, khi nhiễm khuẩn âm đạo, hoặc sản phụ đã dùng kháng sinh, hoặc trong âm đạo có lẫn nước tiểu.

+ Test dương xỉ: dùng tăm bông phết dịch nước ối lên lam kính để khô rồi soi dưới kính hiển vi sẽ cho hình ảnh giống cây dương xỉ do trong nước ối có natriclorua. Kết quả chính xác nếu như trong nước ối không lẫn máu.

+ Tìm các thành phần trong nước ối: soi dưới kính hiển vi tìm thấy chất gầy, lông tóc của thai nhi hoặc nhuộm với các phẩm nhuộm đặc biệt như xanh Nil, vàng acridin để tìm các tế bào biểu bì của thai.

+ Định lượng DAO (diamin oxydase) do rau khi tiết ra, phương pháp này chính xác tới 90%.

Đối với các trường hợp khó chẩn đoán có thể cho sản phụ nằm nghỉ ngơi và đóng khổ theo dõi.

+ Chẩn đoán phân biệt ·

+ Són đái thường không ra nhiều nước và cũng không rỉ rả liên tục như trong vỡ ối.

+ Ra khi hư đôi khi nhiều cũng có thể nhầm lẫn với vỡ ối.

+ Ra nhầy ở cổ tử cung khi bắt đầu chuyển dạ, chất nhầy ở cổ tử cung sẽ bị bật ra thông thường có lẫn một ít máu hồng.

+Tinh dịch.

+ Rò bàng quang, âm đạo.

1.1.2. Các phương pháp xử trí ối vỡ sớm đối với thai đủ tháng

Ối vỡ sớm có hậu quả là nhiễm khuẩn ối, nhiễm khuẩn thai, làm cho con co tử cung bị rối loạn, cổ tử cung mở chậm, chuyển dạ kéo dài. Vì vậy đứng trước một trường hợp ối vỡ phải có sự cân nhắc ngay từ đầu khi thai phụ mới vào bệnh viện, tiên lượng xem có khả năng đẻ đường âm đạo hay phẫu thuật lấy thai ·

1.1.2.1. Chỉ định phẫu thuật lấy thai

Chỉ định phẫu thuật lấy thai cho những trường hợp không có chỉ định đẻ đường âm đạo:

- Sa dây rau, thai còn sống.

- Sẹo mổ cũ ở thân tử cung: mổ lấy thai, mổ bóc nhân xơ, phẫu thuật tạo hình tử cung, mổ cắt góc tử cung trong chửa ở góc sừng tử cung, mổ khâu lỗ thủng tử cung do vỡ tử cung, thủng tử cung, hoặc sẹo mổ đoạn dưới tử cung khi mổ lấy thai từ 2 lần trở lên hoặc lần đầu chưa được 24 tháng

- Ngôi bất thường: ngôi ngang, ngôi mông, ngôi trán, ngôi mặt.

- Thai to, bất tương xứng khung chậu và thai.

- Nhiễm trùng ối.

1.1.2.2. Chỉ định theo dõi đẻ đường âm đạo

- Theo dõi chuyển dạ tự nhiên để kết thúc với những trường hợp: tiên lượng có thể đẻ đường âm đạo, cuộc chuyển dạ tiến triển thuận lợi, con co tử cung phù hợp với giai đoạn chuyển dạ, cổ tử cung tiến triển tốt.

1.2. Chuyển dạ đẻ

1.2.1. Khái niệm về chuyển dạ đẻ

- Chuyển dạ là quá trình sinh lý làm cho thai và phần phụ của thai được đưa ra khỏi đường sinh dục của người mẹ.

- CCTC là động lực chính của cuộc chuyển dạ tạo nên hiện tượng xoá, mở CTC, thành lập đoạn dưới TC, làm thay đổi đáy chậu, đồng thời đẩy thai và rau từ trong buồng tử cung ra ngoài.

1.2.2. Các giai đoạn của cuộc chuyển dạ đẻ

- Giai đoạn I: giai đoạn xóa mở CTC. Tính từ khi bắt đầu chuyển dạ đến khi CTC mở hết, đây là giai đoạn dài nhất của cuộc chuyển dạ. Thời gian trung bình là 15 giờ, bao gồm 2 pha:

+ Pha 1a (pha tiềm tàng): từ lúc CTC bắt đầu xóa đến khi mở 3cm thời gian trung bình là 8 giờ.

+ Pha 1b (pha tích cực): từ lúc CTC mở 3cm đến khi 10cm (mở hết), thời gian trung bình 5-7 giờ.

- Giai đoạn II : giai đoạn sổ thai. Tính từ khi CTC mở hết đến khi thai sổ xong. Thời gian trung bình từ 30 - 60 phút.

- Giai đoạn III: giai đoạn sổ rau. Bắt đầu từ khi thai sổ ra ngoài đến khi rau bong và sổ xong. Thời gian: 15 - 30 phút .

1.2.3. Nguyên nhân gây chuyển dạ

1.2.3.1. Nguyên nhân cơ học

Các tác giả cho rằng sự căng giãn quá mức của cơ tử cung đến một thời điểm nào đó sẽ phát sinh chuyển dạ. Trên lâm sàng chúng ta thấy phá thai to theo phương pháp đặt túi nước (Kovacs cải tiến) là ví dụ minh họa cho giả thuyết này.

1.2.3.2. Nguyên nhân nội tiết

- Các hormon steroid :

+ Estrogen có vai trò làm cho sợi cơ tử cung phát triển và trở nên mềm cảm hơn với các tác nhân gây co tử cung, đặc biệt là đối với oxytocin.

+ Progesteron có tác dụng ức chế sự co bóp tử cung. Nồng độ progesteron giảm ở cuối thời kỳ thai nghén làm thay đổi tỷ lệ Estrogen/Progesteron là tác nhân gây chuyển dạ.

- Các chất Prostaglandin: có vai trò làm thay đổi hoạt tính co bóp của tử cung do chúng tác dụng lên chất Collagen có trong cơ tử cung.

- Oxytocin: người ta đã xác định có sự tăng tiết oxytocin ở thùy sau tuyến yên của người mẹ trong quá trình chuyển dạ đẻ. Các đỉnh liên tiếp nhau của oxytocin có tần số tăng lên trong quá trình chuyển dạ và đạt tối đa khi rặn đẻ.

1.2.3.3. Nguyên nhân thần kinh

- Vỏ não: cơ tử cung co bóp ngoài ý muốn của thai phụ, không chịu tác động của các trung tâm tại vỏ não.

- Tủy sống: tủy sống không có ảnh hưởng đối với CCTC, khi phá hủy tủy sống thực nghiệm ở động vật, thì sự chuyển dạ đẻ vẫn diễn ra bình thường.

- Hệ thống thần kinh tự động của TC: TC có thể tự điều khiển cơn co của nó, mặc dù các trung tâm điều khiển tự động vẫn còn chưa được biết đầy đủ.

- Các phản xạ thần kinh: stress và tâm lý cũng có thể phát sinh chuyển dạ.

1.2.3.4. Các nguyên nhân khác

- Yếu tố thai nhi: thai vô sọ hoặc thai bị giảm sản tuyến thượng thận thì thai nghén bị kéo dài. Ngược lại, nếu tăng sản tuyến thượng thận thì sẽ đẻ non.

- Kích thích cơ học: bấm ối, tách cực dưới của túi ối có thể gây nên một sự tăng tổng hợp các PG mạnh mẽ vào thời kỳ cuối của thai nghén.

1.2.4. Động lực chính của cuộc chuyển dạ

Cơn co tử cung là động lực chính của cuộc chuyển dạ, nếu không có cơn co tử cung thì không có chuyển dạ .

- Đối với mẹ: cơn co tử cung làm xóa mở cổ tử cung, thành lập đoạn dưới tử cung và những thay đổi ở đáy chậu khi sỏ thai.

- Đối với thai nhi: cơn co tử cung tạo áp lực để đẩy thai nhi từ trong tử cung ra ngoài qua các giai đoạn: lọt, xuống, quay và sỏ.

- Đối với phần phụ của thai: cơn co tử cung tạo áp lực thành lập đầu ối. Sau khi sỏ thai thì tiếp tục cho rau bong và đẩy rau cùng màng sau sỏ ra ngoài.

1.2.5. Cơn co tử cung và bất thường của cơn co tử cung trong chuyển dạ

1.2.5.1. Cách xác định và đánh giá cơn co tử cung

- Các phương pháp xác định cơn co tử cung: có nhiều phương pháp đánh giá CCTC tuy nhiên hiện nay có hai phương pháp hay được sử dụng là:

+ Phương pháp đặt lòng bàn tay lên bụng sản phụ, khi có cơn co thấy TC gò lên, cứng lại và khi hết cơn co TC mềm trở lại. Đây là một phương pháp dễ áp dụng, tuy nhiên còn phụ thuộc nhiều vào chủ quan của người đo và không đánh giá chính xác cường độ CCTC.

+ Phương pháp theo dõi tim thai - CCTC bằng máy monitoring sản khoa, cho phép chúng ta đánh giá được chính xác cường độ, tần số và cả trương lực cơ bản của TC qua các giai đoạn của CD.

- Các yếu tố đánh giá CCTC:

+ Cường độ của cơn co là số đo ở thời điểm áp lực TC cao nhất.

+ Tần số cơn co là số cơn co trong 10 phút

+ Trương lực cơ bản của cơ TC: bình thường ngoài cơn co, cơ TC vẫn trong tình trạng hơi co gọi là trương lực cơ bản. Trung bình áp lực này là 10mmHg (5 - 15mmHg).

+ Hiệu lực cơn co là hiệu số của cường độ cơn co trừ đi trương lực cơ bản

+ Hoạt độ cơn co bằng tích của tần số cơn co nhân cường độ cơn co. Đơn vị UM (Monte Video).

1.2.5.2 Đặc điểm cơn co tử cung lúc chuyển dạ

- CCTC xuất hiện một cách tự nhiên ngoài ý muốn của sản phụ. Điểm xuất phát của CCTC nằm ở một trong hai sừng của TC và thường ở sừng phải.

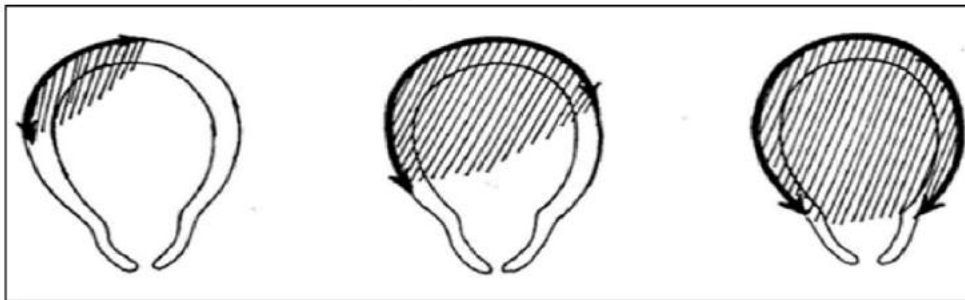
- CCTC có tính chất chu kỳ đều đặn, sau một thời gian co bóp là một khoảng thời gian nghỉ rồi lại tiếp tục vào một chu kỳ khác. Càng về sau thời gian mỗi CCTC càng dài dần ra và khoảng cách giữa các cơn co ngắn lại. Bắt đầu chuyển dạ cơn co chỉ tần số 2, thực sự vào giai đoạn I, cơn co tần số 3 - 4 và cuối giai đoạn I cơn co tần số 4 - 5.

- Cường độ CCTC cũng tăng dần lên. Áp lực cơn co lúc mới bắt đầu chuyển dạ từ 30 - 35mmHg, tăng dần lên đến 50 - 55mmHg ở cuối giai đoạn I và giai đoạn sô thai cơn co có thể lên đến 60 - 70mmHg.

- CCTC gây đau, ngưỡng đau phụ thuộc vào từng sản phụ nhưng thường khi cơn co đạt tới 25 - 30mmHg thì sản phụ mới có cảm giác đau.

- CCTC có tính chất ba giảm: áp lực cơn co giảm dần từ trên xuống dưới. Áp lực cao nhất ở đáy TC rồi giảm dần xuống dưới và đến lỗ ngoài cổ TC thì áp lực bằng không. Thời gian co bóp của TC cũng giảm dần từ trên xuống dưới, ở thân TC co bóp dài hơn đoạn dưới, còn ở đoạn dưới TC thì thời gian co bóp dài hơn ở cổ TC. Sự lan truyền của cơn co TC cũng theo hướng từ trên xuống dưới. Cơn co xuất phát từ sừng bên phải lan ra đáy TC rồi xuống đến thân TC, đoạn dưới và cổ TC. Tốc độ lan truyền cơn co khoảng 1-2 cm/giây.

- Số lượng CCTC trong một cuộc chuyển dạ thay đổi từ 70 đến 180, phụ thuộc vào số lần đẻ, dễ đẻ hay khó và chất lượng cơ TC.



Hình 1.1: Sự lan truyền của cơn co tử cung

(Nguồn: sách “Bài giảng sản phụ khoa Hà Nội” tập 1 trang 87)

1.2.5.3. Các bất thường của cơn co tử cung trong chuyển dạ

- Rối loạn tăng CCTC: cơn co mạnh là CCTC tăng cường độ, cơn co mau là CCTC tăng tần số, cơn co mau và mạnh là CCTC tăng cả tần số và cường độ.

- Rối loạn giảm CCTC: cơn co yếu là CCTC giảm cường độ, cơn co thưa là CCTC giảm tần số, cơn co thưa yếu là CCTC giảm cả về tần số và cường độ.

- Rối loạn tăng trương lực cơ bản TC: thường gặp trong rau bong non, đa ối, đa thai [12].

1.3. Oxytocin và ứng dụng trong sản khoa

1.3.1. Nguồn gốc

- Oxytocin là hormon được tổng hợp từ nhân cận não thất của vùng dưới đồi, dự trữ ở thùy sau tuyến yên.

- Gen tổng hợp oxytocin nằm trên nhiễm sắc thể thứ 20. Người ta cũng tìm thấy gen tổng hợp oxytocin ở màng rụng, do vậy rất có thể màng rụng là nơi sản xuất ra oxytocin trong thời kỳ thai nghén.

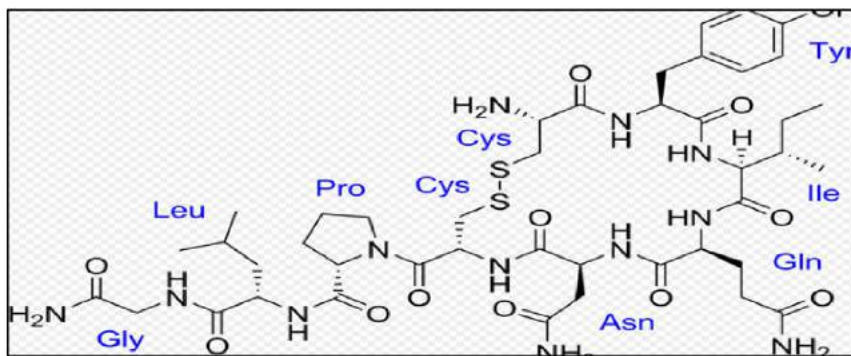
- Năm 1953 Duvigneaud tổng hợp được Oxytocin và đưa vào sử dụng. Ưu điểm của loại này là không có tác dụng phụ như tính chất của hormon thùy sau tuyến yên là gây co mạch, giữ nước và tăng huyết áp [20].

1.3.2. Cấu trúc hóa học

- Oxytocin là một peptid gồm 9 acid amin. Giữa hai axit amin Cystein ở vị trí số 1 và 6 có cầu nối disulfua .

- Công thức hóa học: $C_{43}H_{66}N_{12}O_{12}S_2$

- Trọng lượng phân tử là 1007 gam/mol



Hình 1.2: Cấu tạo phân tử Oxytocin
(Nguồn: <http://vi.wikipedia.org/wiki/Oxytocin>)

1.3.3. Điều hòa bài tiết

- Kích thích cơ học: khi kích thích trực tiếp vào núm vú như động tác mút núm vú của trẻ hay vê đầu vú, tạo thành những tín hiệu kích thích theo dây thần kinh III, IV, V về tủy sống rồi lên vùng dưới đồi làm kích thích các neuron cận não thất và nhân trên thị. Những tín hiệu này được truyền xuống thùy sau tuyến yên gây bài tiết oxytocin.

- Kích thích tâm lý hoặc kích thích hệ giao cảm: tác dụng vào vùng dưới đồi qua tín hiệu từ hệ limbic làm tăng bài tiết oxytocin .

- Ở người, sự giải phóng oxytocin theo chu kỳ, cứ 10 phút có 3 lần giải phóng oxytocin và được khuếch đại dần lên trong quá trình chuyển dạ. .

1.3.4. Cơ chế tác dụng

- Oxytocin tác dụng vào receptor màng tế bào cơ bằng cách tăng số lượng các cửa vào cho natri thông qua chất trung gian là AMP vòng, nó làm mở kênh canxi phụ thuộc điện thế làm tăng nồng độ canxi tự do trong tế bào, làm hoạt hóa men kinase ở chuỗi nhẹ myosin và kết quả làm co cơ.

1.3.5. Dược động học

- Oxytocin có thể dùng đường tiêm bắp, truyền tĩnh mạch chậm hay tiêm trực tiếp lên cơ cổ TC. Sau truyền tĩnh mạch chậm, nồng độ cao nhất trong máu đạt sau 30 giây đến 1 phút.

- Trong huyết thanh, oxytocin chủ yếu ở dạng tự do vì ái lực của nó rất thấp. Phân bố trong và ngoài tế bào, được thải trừ qua gan và thận.

- Thời gian bán hủy của oxytocin là 5 - 17 phút, trung bình là 10 phút.

- Độ thanh thải của oxytocin là 21,5 ml/kg/phút .

- Oxytocin chuyển hóa trong hệ thống tuần hoàn và ở bánh rau dưới tác dụng của men oxytocinase rau thai. Nồng độ men này tăng cao cùng với thời gian thai nghén làm tăng phá hủy oxytocin, tạo nên cơ chế bảo vệ TC khỏi bị kích thích quá mức khi nồng độ oxytocin cao.

1.3.6. Vai trò của oxytocin trong sản phụ khoa

1.3.6.1. Với tác dụng làm co cơ TC: Oxytocin có vai trò rất quan trọng đối với điều trị trong sản phụ khoa.

+ Trong phụ khoa: oxytocin dùng để cầm máu do các nguyên nhân từ tử cung như u xơ TC, rong kinh hoặc băng kinh.

+ Trong sản khoa:

- Thúc đẩy CD cho những trường hợp CD kéo dài hay cần phải rút ngắn cuộc CD. Gây chuyển dạ trong những trường hợp cần chấm dứt thai kỳ.
- Cầm máu và dự phòng chảy máu trong giai đoạn III của cuộc chuyển dạ.
- Kích thích bài tiết sữa do tác dụng làm co cơ biểu mô ở ống tuyến sữa.

1.3.6.2. Tác dụng không mong muốn

- Cơ co không có hiệu lực với chuyển dạ: cơ co bề ngoài có vẻ tốt nhưng không làm cho CTC tiến triển được và cuộc chuyển dạ buộc phải kết thúc.

- Cơ co cường tính: nồng độ oxytocin đưa vào quá liều làm CCTC trở nên mau mạnh gây đau quá mức, làm cho CTC trở nên co thắt, khó giãn nở.

- Vỡ tử cung.

- Ngoài ra, thuốc còn có thể gây tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim, giảm bài niệu, ứ nước, nhức đầu, buồn nôn nếu truyền kéo dài và quá nhanh .

1.4. Chỉ định, chống chỉ định và điều kiện để chỉ huy tĩnh mạch

1.4.1. Chỉ định

- Ối vỡ non, ối vỡ sớm >6 giờ mà cơn co TC thưa, ngắn so với giai đoạn chuyển dạ.
- Thai quá ngày sinh
- Ối giảm có chỉ định đình chỉ thai nghén
- Thai chậm phát triển trong tử cung có chỉ định đình chỉ thai nghén
- Thai bất thường có chỉ định đình chỉ thai nghén
- Thai lưu
- Bệnh lý của mẹ cần đình chỉ thai nghén: ung thư, tiền sản giật, tăng huyết áp, đái tháo đường ...

1.4.2. Chống chỉ định về phía mẹ

- Chống chỉ định tuyệt đối
 - + Khung chậu hẹp.
 - + Sẹo mổ cũ ở thân tử cung.
 - + Herpes sinh dục đang hoạt động.
 - + Bệnh lý mạn tính trầm trọng.
- Chống chỉ định tương đối
 - + Ung thư cổ tử cung.
 - + Sẹo mổ lấy thai ngang đoạn dưới tử cung.
 - + Đa thai.
 - + Đẻ nhiều lần .

1.4.3. Chống chỉ định về phía thai và phần phụ của thai

- Chống chỉ định tuyệt đối
 - + Ngồi vai.
 - + Thai suy.
 - + Rau tiền đạo.
- Chống chỉ định tương đối
 - + Ngồi mông.
 - + Thai to.
 - + Rau bám thấp .

1.4.4. Cách truyền để chỉ huy

- Sử dụng oxytocin bằng đường truyền tĩnh mạch và tốt nhất là bằng bơm tiêm điện để điều chỉnh số giọt cho chính xác và dễ dàng. Tuy nhiên, nếu không có bơm tiêm điện cần chỉnh số giọt oxytocin trước khi đưa dịch vào cơ thể mẹ.

- Pha 500ml dung dịch Glucose 5% với 5UI Oxytocin. Như vậy, mỗi ml dung dịch sẽ có 10mUI oxytocin.

- Liều khởi đầu là 4mUI/phút tương đương với 8 giọt/phút (liều thấp là 2mUI/phút và liều cao là 4 - 6mUI/phút).

- Sau mỗi 15 phút đánh giá lại cơn co tử cung, nếu cơn co tử cung chưa phù hợp với giai đoạn chuyển dạ thì tăng liều. Cách tăng liều Oxytocin mỗi lần là 4mUI/ml tương đương với 8 giọt.

- Liều tối đa để đạt được cơn co tử cung tùy thuộc vào từng sản phụ. Người ta đã nghiên cứu thấy với liều trên 36mUI/phút không tăng tỷ lệ đẻ đường âm đạo.

1.4.5. Theo dõi và đánh giá kết quả

- Nên cho sản phụ nằm ngửa, theo dõi chặt chẽ mạch, huyết áp, cơn co tử cung và nhịp tim thai trong lúc truyền với tần suất 15 phút/lần và tốt nhất là theo dõi trên máy monitoring.

- Thăm khám âm đạo, theo dõi sự xóa mở CTC và độ lọt của ngôi thai 1 - 2h một lần .

- Ghi lại kết quả quan sát trên biểu đồ chuyển dạ 15 phút/lần.

+ Tốc độ truyền oxytocin.

+ Thời gian và tần số các cơn co TC.

+ Nhịp tim thai: nghe mỗi 30 phút, nghe ngay sau mỗi CCTC. Nếu nhịp tim thai dưới 120 nhịp/phút thì ngừng truyền và mổ lấy thai ngay.

- Đánh giá kết quả:

+ Tiến triển tốt nếu sau 2 giờ: CTC mở thêm 1 - 1,5cm ở người con so hoặc 2 - 3 cm ở người con rạ.

+ Để chỉ huy không kết quả: nếu sau 6h theo dõi cổ tử cung không xóa mở thêm hay phù nề, ngôi thai không xuống, đầu có bướng huyết thanh .

1.4.6. Một số tác dụng phụ và xử trí

- Một số trường hợp sau khi truyền, tử cung đáp ứng quá mức với oxytocin gây CCTC mau (quá 5 cơn co trong 10 phút hoặc quá 7 cơn co trong 15 phút) hay giảm nhịp tim thai thì phải ngừng truyền, cho sản phụ nằm nghiêng trái và thở oxy.

- Những trường hợp này nên theo dõi sát nhịp tim thai bằng monitoring, nếu tim thai phục hồi nhanh, CCTC giảm có thể truyền lại với số giọt bằng 1/2 liều khởi đầu trước đó sao cho phù hợp. Còn nếu CCTC không giảm, tim thai không phục hồi thì cần được mổ lấy thai .

- Có thể gây vỡ TC do truyền oxytocin gây cơn co mau, mạnh mà không điều chỉnh được lượng truyền, do không theo dõi sát. Cần mổ cấp cứu lấy thai để cứu mẹ và con .

- Suy thai do cơn co cường tính và kéo dài.

- Ngoài ra, oxytocin còn có tác dụng kháng lợi niệu nên khi dùng với liều từ 20mUI trở lên, độ thanh thải cầu thận giảm đáng kể.

- Cần lưu ý có thể tai biến do lượng dịch đưa vào cơ thể trong lúc truyền oxytocin quá nhiều khi tăng liều gây co giật, hôn mê và thậm trí tử vong.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu là những trường hợp thai phụ có thai đủ tháng được chẩn đoán ối vỡ sớm theo tiêu chuẩn lựa chọn đến đẻ tại khoa Phụ sản Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên.

- Các hồ sơ bệnh án có khai thác đầy đủ những thông tin phục vụ cho nghiên cứu.

2.1.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu

- Sản phụ được chẩn đoán trên lâm sàng là OVS

- Tuổi thai ≥ 37 tuần đến hết 41 tuần

- Một thai

- Ngôi chỏm

- Tim thai bình thường

- Mẹ không mắc bệnh mạn tính như: tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường, basedow...

- Không bất tương xứng khung chậu và thai

- Con co tử cung thưa hoặc thưa yếu không tương xứng với giai đoạn chuyển dạ.

- Không có biểu hiện của nhiễm trùng ối

2.1.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tuổi thai dưới 37 tuần và >41 tuần

- Thai to, ngôi bất thường, khối u tiền đạo, u xơ tử cung

- Tử cung có sẹo mổ cũ, tử cung dị dạng

- Rau tiền đạo

- Thai dị dạng

- Tiền sử dị ứng với Oxytocin

- Đối tượng nghiên cứu không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa khoa Phụ sản Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên, từ tháng 01/2022 - 06/2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu

Trong nghiên cứu này chúng tôi áp dụng phương pháp nghiên cứu định lượng, số liệu thu thập được để trình bày kết quả nghiên cứu và kết luận.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu nghiên cứu

2.2.3.1. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chúng tôi lấy toàn bộ thai phụ thỏa tiêu chí chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01 đến 01 năm 2022 đến 15/06/2023

2.2.3.2. Cách chọn mẫu

Chọn mẫu có chủ đích là tất cả thai phụ, ối vỡ sớm có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu và được chỉ định truyền oxytocin.

2.2.4. Kỹ thuật truyền oxytocin tại khoa khoa Phụ sản Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên

2.2.4.1. Quy trình kỹ thuật áp dụng cho nghiên cứu.

Sau khi đã được lựa chọn qua thăm khám trên lâm sàng và các thăm dò cận lâm sàng. Các sản phụ được đưa vào phòng đẻ và tiến hành như sau:

- Xác định được chỉ định truyền oxytocin.
- Đánh giá lại toàn trạng sản phụ: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Đặt máy monitoring: theo dõi tim thai và CCTC.
- Dùng thuốc:

+ Pha 5 UI oxytocin vào 500ml Glucose 5%, truyền tĩnh mạch khởi đầu 0,25ml/phút (5 giọt/phút).

+ Sau 30 phút điều chỉnh số giọt một lần, mỗi lần điều chỉnh thêm 5 giọt để đạt tần số CCTC phù hợp với độ mở CTC và giai đoạn của chuyển dạ.

- Theo dõi chuyển dạ:

+ Toàn trạng sản phụ: mạch, nhiệt độ, huyết áp 2 giờ/lần.

+ Thăm âm đạo: để đánh giá tiến triển của ngôi và chỉ số Bishop 2 giờ/lần.

+ Con co tử cung và tim thai: theo dõi 15 phút/lần bằng thăm khám trên thành bụng, nghe tim thai bằng ống nghe gỗ hoặc theo dõi trên monitoring sản khoa.

- Kết quả thăm khám được ghi trên biểu đồ chuyển dạ.

2.2.4.2. Xử trí những diễn biến bất thường.

- Con co tử cung quá mức: giảm tốc độ truyền hoặc ngừng ngay và cho thuốc giảm cơn co như papaverin, atropin, nifedipin, salbutamol...tùy theo từng mức độ và tình trạng của người bệnh.

- Có suy thai: ngừng truyền để hồi sức tim thai tùy theo mức độ suy thai. Nếu sau 15 phút hồi sức tim thai không kết quả thì phải PTLT.

- Con co tử cung không đều, không điều hòa do tâm lý sản phụ quá lo lắng và kém chịu đựng, có thể giảm tốc độ truyền hoặc ngừng truyền.

2.2.4.3. Đánh giá kết quả

- Có kết quả: cuộc chuyển dạ tiến triển tốt lên và mọi diễn biến bình thường cho đến khi có thể kết thúc bằng việc ĐĐAĐ sỏ thai thường, đẻ can thiệp ventouse, đẻ can thiệp forceps.

- Không có kết quả: cuộc chuyển dạ không có tiến triển đáng kể so với thời gian dự kiến cho phép, hoặc có tiến triển nhưng kèm theo là sự xuất hiện các sự cố có nguy cơ cho mẹ và thai vv...thì phải chấm dứt bằng chỉ định PTLT.

- Đánh giá tình trạng sơ sinh sau đẻ dựa vào chỉ số Apgar.

2.2.4.4. Một số phương tiện phục vụ cho nghiên cứu

- Thước dây: đo chiều cao tử cung và vòng bụng để ước tính trọng lượng thai nhi.

- Ống nghe gõ: theo dõi tim thai.

- Nhiệt kế: đo nhiệt độ sản phụ, lấy nhiệt độ ở vùng nách.

- Ống nghe tim phổi, máy đo huyết áp: đo huyết áp sản phụ.

- Máy monitoring: theo dõi nhịp tim thai liên quan đến CCTC.

+ Phân tích tim thai trên monitoring

+ Phân tích về tần số nhịp tim thai.

+ Phân tích cơn co tử cung trên monitoring sản khoa

Cơn co tử cung được coi là động lực của cuộc chuyển dạ, nó đóng vai trò quan trọng trong chuyển dạ, không có CCTC thì sẽ không có chuyển dạ và sẽ không có cuộc đẻ.

- Máy siêu âm: dùng để lựa chọn đối tượng nghiên cứu nhằm xác định: thai phụ ối vỡ sớm có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu

- Bình oxy: phục vụ hồi sức tim thai và cấp cứu sơ sinh khi cần thiết.

- Dung dịch Glucose 5%, oxytocin 5UI/ml, nifedipin 10mg, salbutamol viên nén 2mg (4mg) hoặc salbutamol 0,5mg/ml, dịch truyền Natriclorua 0,9 %, Ringerlactac, papaverin, atropin, seduxen, methylergometrine, dolcontral ...cần trong truyền oxytocin và xử trí những diễn biến bất thường.

2.2.5. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

2.2.5.1. Các chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

+ Tuổi

+ Nghề nghiệp

+ Địa dư.

+ Tiền sử sản khoa: Số lần sinh con (đủ tháng và non tháng) và số lần sảy thai.

+ Tiền sử điều trị viêm nhiễm phụ khoa

+ Thời gian vỡ ối

+ Chỉ số Bishop

- Kết quả cuộc đẻ chỉ huy và nhận xét các yếu tố liên quan
- + Tỷ lệ ĐĐAĐ, tỷ lệ PTLT
- + Thời gian truyền oxytocin
- + Tỷ lệ đẻ đường âm đạo theo cách sổ thai.
- + Tỷ lệ nguyên nhân phẫu thuật lấy thai
- + Tỷ lệ đáp ứng đáp ứng của cơ tử cung với truyền oxytocin
- + Trọng lượng sơ sinh sau đẻ
- + Chỉ số Apgar sau đẻ
- + Liên quan giữa tuổi sản phụ và phương pháp đẻ.
- + Liên quan giữa số lần sinh với kết quả truyền đẻ chỉ huy
- + Liên quan giữa trọng lượng sơ sinh và phương pháp sinh
- + Liên quan giữa chỉ số Bishop và kết quả truyền đẻ chỉ huy

2.2.5.2. Định nghĩa một số biến số nghiên cứu

- Ngôi chòm: là ngôi trong đó thai nhi nằm xuôi, nghĩa là trục của thai nhi song song với trục của tử cung, đầu ở dưới, đầu cúi cho thóp sau trình diện giữa eo trên và giữa CTC khi mở. Đó là ngôi thuận nhất và hay gặp nhất có tỷ lệ 95% trong tổng số các ngôi thai.

- Thai đủ tháng: là có tuổi thai từ 37 đến hết 41 tuần.

- Tỷ lệ đẻ đường âm đạo: được tính là số sản phụ đẻ được đường âm đạo chia cho tổng số sản phụ được truyền oxytocin nhân với 100.

- Tỷ lệ phẫu thuật lấy thai: được tính là số sản phụ được phẫu thuật lấy thai chia cho tổng số sản phụ được truyền oxytocin nhân với 100.

- Tuổi của sản phụ: được tính theo năm dương lịch, chia làm 3 nhóm: <20 tuổi, ≥ 20 - < 35 tuổi, ≥ 35 tuổi.

- Nghề nghiệp: chia làm 4 nhóm nghề chính: cán bộ viên chức, công nhân, làm ruộng, nghề khác.

- Địa dư: địa dư của sản phụ được phân chia thành hai nhóm là:

+ Thành thị

+ Nông thôn

- Tiền sử sản khoa của sản phụ gồm có:

+ Số lần sinh (ĐĐAĐ):

• Chưa sinh lần nào

• Từ 1 lần trở lên

+ Tiền sử nạo hút thai:

• Không nạo hút thai

• nạo hút thai ≥ 1 lần

- Tiền sử điều trị viêm nhiễm sinh dục: chia làm 3 nhóm:
 - Không viêm
 - Viêm CTC
 - Các bệnh viêm sinh dục khác.
- Thời gian ối vỡ tới khi vào viện: được tính bằng giờ, tính từ khi vỡ ối đến khi vào viện thăm khám thấy rách màng ối, chia ký thành 2 nhóm: ≤ 6 giờ và > 6 giờ.
 - Chỉ số Bishop:
 - + Chỉ số này tính đến chiều dài, độ mờ, mật độ của CTC, mức độ xuống của đầu thai nhi và tư thế CTC để đánh giá tình trạng CTC qua mỗi thời điểm.
 - + Cách tính điểm như sau:

Điểm	0	1	2	3
Độ mở CTC (cm)	0	< 2	2 - 4	> 4
Độ xóa CTC (%)	0 - 30	40 - 50	60 - 70	≥ 80
Vị trí ngôi thai	-3	-2	-1; 0	+1; +2
Mật độ CTC	Cứng	Vừa	Mềm	
Tư thế CTC	Sau	Trung gian	Trước	

Bảng 2.1: Thang điểm tính chỉ số Bishop

(Nguồn: BỘ Y TẾ SỐ: 1377/QĐ-BYT, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản trang 51)

- Chỉ số Bishop ≥ 6 điểm tiên lượng đẻ đường âm đạo thuận lợi.
- Chỉ số Bishop càng thấp tiên lượng đẻ đường âm đạo càng khó khăn.
- Thời gian truyền oxytocin: được tính bằng giờ, tính từ khi bắt đầu truyền oxytocin đến khi thai sổ nếu ĐĐAĐ hoặc chỉ định PTLT.
 - Theo dõi cơn co tử cung: đặt tay ở trên thành bụng vị trí đáy tử cung xác định thời gian một cơn co tính bằng giây, khoảng cách giữa 2 cơn co tính bằng phút, tần số cơn co là số cơn co trong 10 phút, kết hợp theo dõi CCTC trên monitoring sản khoa.
 - Theo dõi tim thai: nghe bằng ống nghe gỗ tại vị trí mỏm vai, đánh giá tiếng tim rõ hay mờ, nhịp tim đều hay không đều, tần số nhịp tim thai đếm trong 1 phút, kết hợp theo dõi trên monitoring sản khoa: nhịp tim thai và CCTC được thể hiện trên giấy, đánh giá được nhịp tim thai liên quan đến CCTC. Đánh giá: tần số, nhịp tim thai đều hay không đều, tiếng tim thai rõ hay mờ.
 - Theo dõi cơn co tử cung bằng thăm khám trên thành bụng, tính thời gian, khoảng cách, tần số CCTC.
 - Theo dõi tim thai và CCTC trên máy monitoring sản khoa.
 - Cách đẻ đường âm đạo: được phân làm 2 nhóm:

+ Sổ thai thường: để cắt khâu tầng sinh môn, kiểm soát tử cung.

+ Đẻ can thiệp forceps

- Lý do phẫu thuật lấy thai: được phân làm 4 nhóm:



Hình 1. Phiếu truyền Oxytocin Hình 2. CBYT điều chỉnh tốc độ dịch truyền Oxytocin (nguồn tác giả)

+ **Cổ TC không tiến triển:** Là sau 2 giờ dùng thuốc tăng cơ mà CTC không mở thêm.

+ **Thai suy:** chẩn đoán thai suy khi trên monitoring xuất hiện DIP II, tim thai nhanh, chậm không đều hoặc không tương ứng với CCTC.

+ **Ngôi không lọt:** Chẩn đoán ngôi không lọt khi CTC mở hết 1 giờ, cơn co tử cung đạt cả về tần số và cường độ mà ngôi không lọt thì chỉ định PTLT.

+ **Cơn co TC cường tính:** Là tần số CCTC mau hơn và cường độ CCTC mạnh hơn.

• Trong pha tiềm tàng có ≥ 4 CCTC trong 10 phút.

• Trong pha tích cực có ≥ 6 CCTC trong 10 phút.

- **Tai biến khi đẻ:** Được phân làm 4 nhóm:

+ Không có tai biến

+ Chảy máu sau đẻ

+ Rách cổ tử cung

+ Vỡ tử cung

- **Trọng lượng sơ sinh sau đẻ:** được tính bằng gram, cân ngay sau đẻ.

+ **Chỉ số Apgar:**

• Là phương pháp đơn giản và có thể thực hiện lặp lại để đánh giá nhanh chóng tình trạng sức khỏe của trẻ sơ sinh ngay sau sinh. Chỉ số này được một nữ bác sĩ gây mê người Mỹ là Virginia Apgar phát minh vào năm 1952.

• Chỉ số Apgar được đánh giá thông qua 5 tiêu chuẩn đơn giản với thang điểm từ 0 đến 2 cho mỗi tiêu chuẩn. Các điểm này sau đó được cộng lại, do đó chỉ số Apgar được tính từ 0 đến 10 điểm.

Dấu hiệu	2	1	0
Hô hấp	Khóc to, thở bình thường	Khóc yếu, rên	Không thở
Tim	≥ 100 l/p	< 100 l/p	Không có
Màu da	Hồng	Tím	Tái nhợt
Trương lực	Tốt	Yếu	Nhèo
Phản xạ	Cử động tốt	Nhấn mặt	Không

Bảng 2.2: Chỉ số APGAR

(Nguồn: BỘ Y TẾ SỐ: 315/QĐ-BYT 2015, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, trang 228)

Đánh giá:

8-10: bình thường

6-7 : ngạt nhẹ

4-5 : ngạt nặng

≤ 3 : ngạt rất nặng

Thời điểm đánh giá: 1, 5, 10 phút ngay sau sinh.

2.2.5.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả truyền đẻ chỉ huy.

- Các yếu tố liên quan đến kết quả truyền đẻ chỉ huy: tuổi của thai phụ, tiền sử số lần sinh, thời gian ối vỡ, thời điểm truyền đẻ chỉ huy, trọng lượng thai, chỉ số Bishop.

2.2.6. Thu thập và xử lý số liệu

2.2.6.1. Thu thập số liệu

- Chuẩn bị công cụ và thống nhất phương pháp truyền oxytocin.

- Thử nghiệm truyền oxytocin và điều tra thử.

- Thảo luận chỉnh sửa công cụ thu thập số liệu và thống nhất kỹ thuật truyền oxytocin.

- Áp dụng truyền oxytocin và lập phiếu điều tra.

- Kết quả thu được: lấy toàn bộ thai phụ OVS được truyền oxytocin theo đúng phương pháp để đánh giá kết quả.

2.2.6.2. Xử lý số liệu

- Làm sạch số liệu.

- Nhập liệu bằng excel và phân tích số liệu bằng stata 12.0.

- Số liệu thu thập được sử lý theo phương pháp thống kê y học: tính tỷ lệ % và so sánh, tính trung bình cộng và độ lệch chuẩn, tính tỷ suất chênh.

- Kết quả có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$).

2.2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được sự đồng ý của Hội đồng thông qua đề cương khoa Phụ sản Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên Tỉnh Hà Giang

- Đối tượng nghiên cứu đồng ý tham gia gia nghiên cứu, được cung cấp đầy đủ các thông tin cần thiết về nghiên cứu. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được mã hóa và đảm bảo bí mật.

- Nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích bảo vệ sức khỏe cho bà mẹ, chăm sóc sức khỏe trẻ sơ sinh và nâng cao sức khỏe cộng đồng mà không nhằm bất cứ một mục đích nào khác.

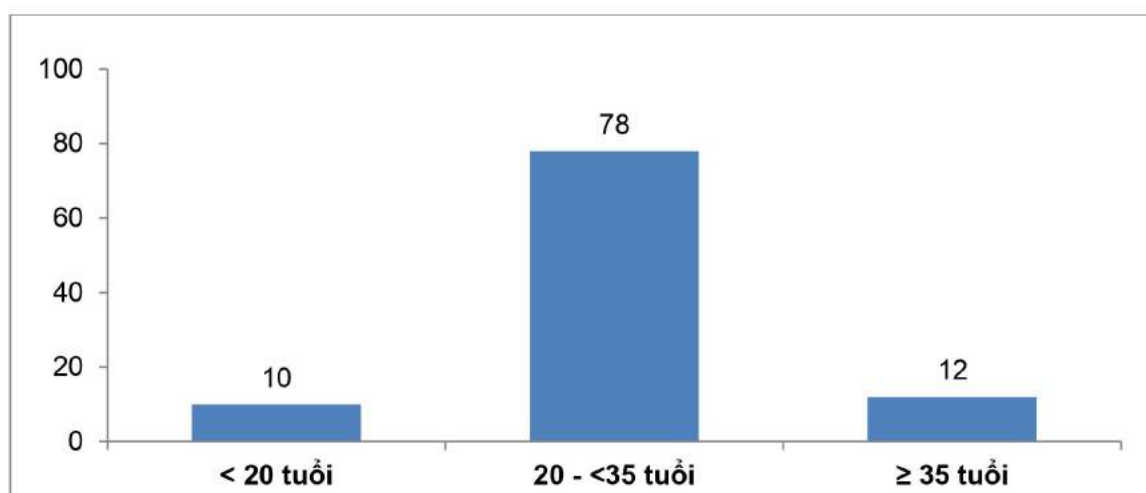
Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2022 đến 6/2023, chúng tôi đã thu thập được 50 sản phụ có đủ tiêu chuẩn lựa chọn để tiến hành nghiên cứu tại Khoa Phụ sản bệnh viện đa khoa Huyện Vị Xuyên.

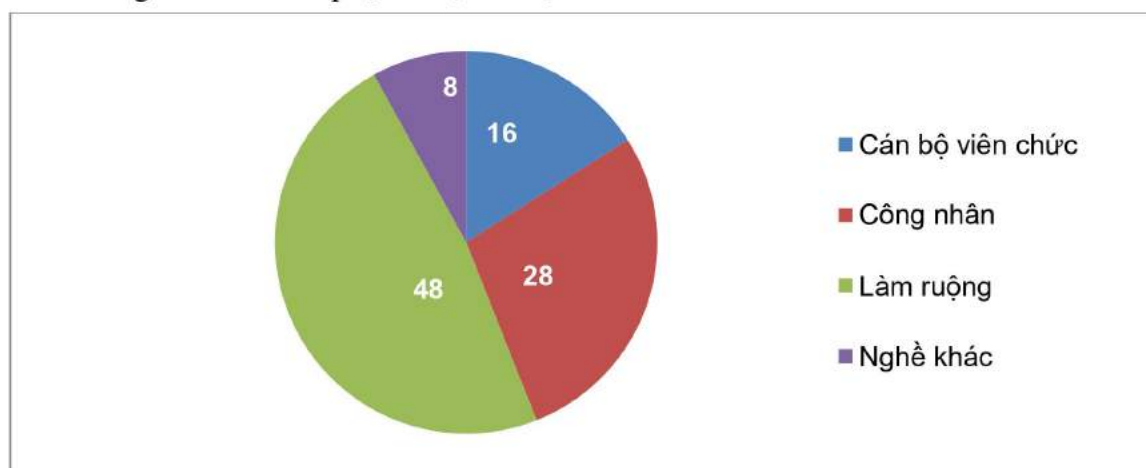
3.1. Thực trạng gây chuyển dạ bằng phương pháp truyền Oxytocin ở những thai phụ có thai đủ tháng, ôi vỡ sớm

3.1.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu



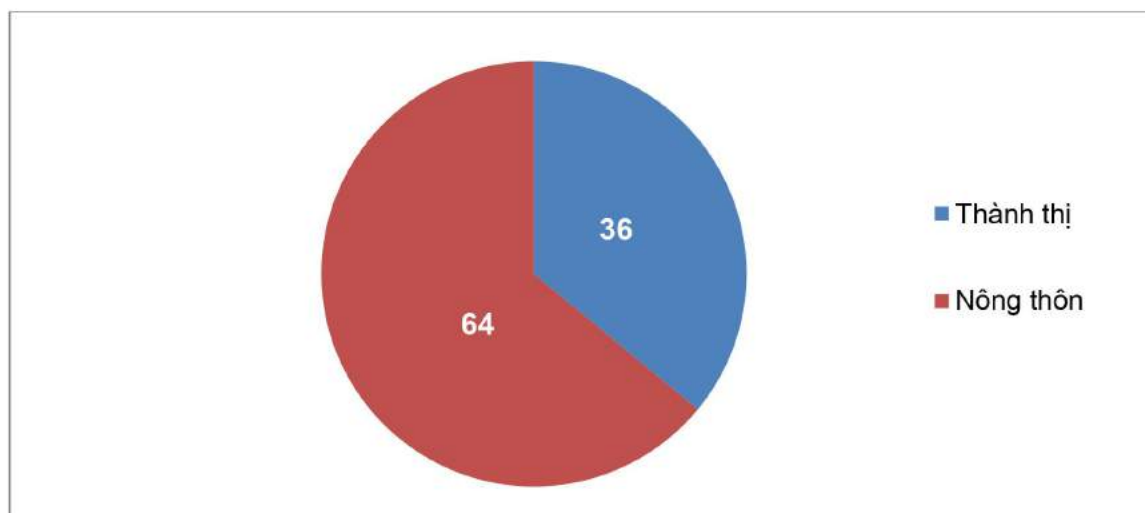
Biểu đồ 3.1. Phân bố nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Nhóm tuổi của sản phụ phân bố chủ yếu từ 25 đến <35 tuổi chiếm tỷ lệ 78,0%, tiếp đó là nhóm tuổi <25 chiếm 10,0%. Nhóm tuổi từ ≥35 tuổi chiếm 12,0%. Tuổi trung bình của sản phụ là $26,52 \pm 5,0$ tuổi.



Biểu đồ 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp

Nhận xét: Tỷ lệ sản phụ làm ruộng chiếm 48,0%, số sản phụ làm công nhân chiếm 28,0%, số sản phụ làm cán bộ viên chức chiếm 16,0%. Còn lại 8,0% sản phụ làm các nghề khác.



Biểu đồ 3.3. Vị trí địa lý của đối tượng nghiên cứu

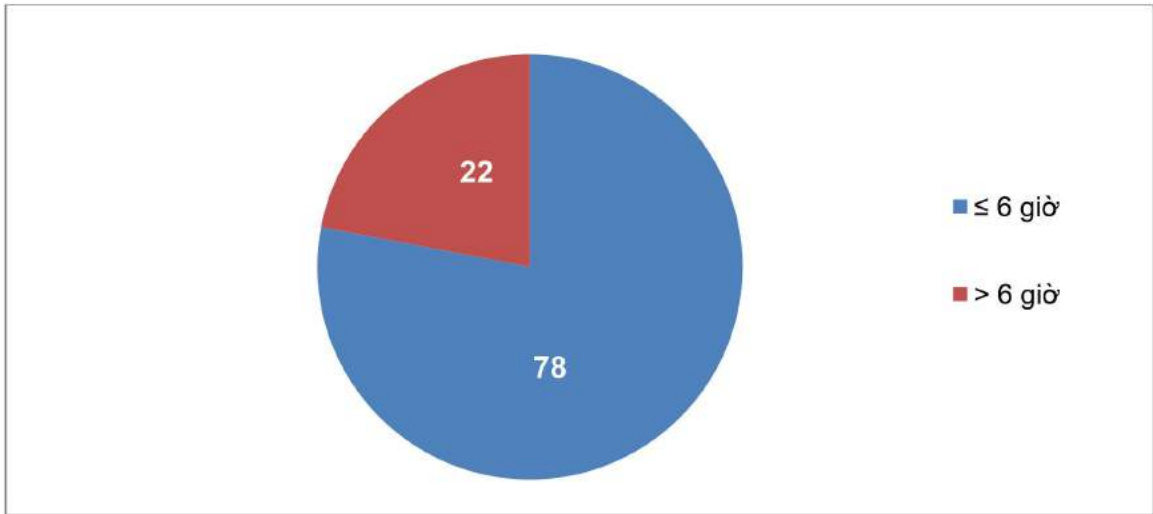
Biểu đồ 3.4. Nhận xét: Tỷ lệ sản phụ ở nông thôn chiếm 64,0% và ở thành thị chiếm 36,0%.

Bảng 3.1. Tiền sử sản khoa

Tiền sử sản khoa		Số lượng	Tỷ lệ %
Số lần sinh	0 lần	31	62,0
	≥1 lần	19	38,0
	Tổng	50	100,0
Tiền sử nạo, hút, sảy thai	0 lần	36	72,0
	≥1 lần	14	28,0
	Tổng	50	100,0
Tiền sử viêm sinh dục	Không viêm	15	30,0
	Viêm cổ tử cung	32	64,0
	Viêm sinh dục khác	3	6,0
	Tổng	50	100,0

Nhận xét:

- Tỷ lệ sản phụ lần đầu sinh là 62,0%; sinh từ lần thứ 2 trở lên là 38,0%.
- Tỷ lệ sản phụ nạo hút, sảy thai từ 1 lần trở lên có 14 trường hợp chiếm 28,0%.
- Tiền sử viêm sinh dục có 35 trường hợp, trong đó 64,0% viêm cổ tử cung và 6,0% viêm sinh dục khác.



Biểu đồ 3.5. Thời gian ối vỡ đến khi can thiệp truyền oxytocin

Nhận xét: Tỷ lệ sản phụ có ối vỡ ≤ 6 giờ tính đến khi có can thiệp truyền oxytocin chiếm 78,0%, số sản phụ có ối vỡ > 6 giờ 22,0%.

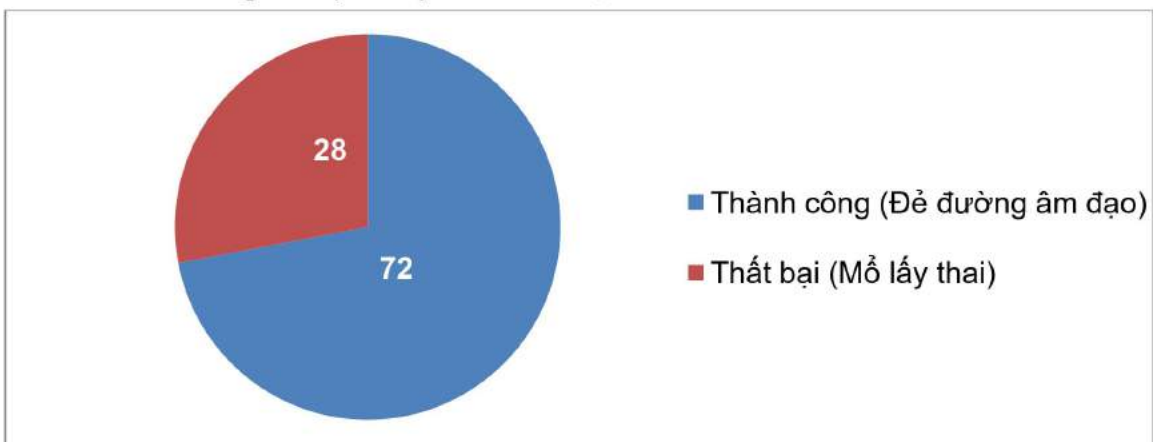
Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo chỉ số Bishop trước khi truyền

Chỉ số Bishop	Số lượng	Tỷ lệ %
<3 điểm	3	6,0
3 - 6 điểm	19	38,0
>6 điểm	28	56,0
Tổng	50	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ chỉ số Bishop < 3 điểm chiếm 6,0%. Tỷ lệ chỉ số Bishop từ 3 – 6 điểm chiếm 38,0%. Tỷ lệ chỉ số Bishop > 6 điểm chiếm 56,0%.

3.1.2. Kết quả truyền oxytocin

3.1.2.1. Kết quả truyền oxytocin tĩnh mạch



Biểu đồ 3.6. Kết quả truyền oxytocin tĩnh mạch

Nhận xét: Sau khi truyền oxytocin tỷ lệ thành công tức là sản phụ đẻ đường âm

đạo chiếm 72,0%; tỷ lệ thất bại hay sản phụ mổ lấy thai chiếm 28,0%.

3.1.2.2. Tình trạng sơ sinh lúc đẻ

Bảng 3.3. Tình trạng sơ sinh lúc đẻ

Tiền sử sản khoa		Số lượng	Tỷ lệ %
Trọng lượng (gram)	2500 - 3400	38	76,0
	≥ 3500	12	24,0
	Tổng	50	100
Apgar (điểm) 1 phút sau sinh	<7	0	0,0
	≥7	50	100
	Tổng	50	100,0

Nhận xét: Trong số các thai nhi được sinh ra do mẹ ối vỡ sớm được truyền oxytocin, tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng từ 2500 - 3400gram chiếm tỉ lệ lớn nhất 76,0%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng từ 3500 gram trở lên chiếm 24,0%. Tình trạng apgar của trẻ từ 7 điểm trở lên chiếm 100%.

3.1.2.3. Theo dõi truyền oxytocin

Bảng 3.4. Thời gian truyền oxytocin

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ %
≤2 giờ	10	20,0
3 – 4 giờ	13	26,0
5 – 6 giờ	24	48,0
>6 giờ	3	6,0
Tổng	50	100,0

Nhận xét: Thời gian truyền oxytocin 5 – 6 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất 48,0%. Thời gian truyền oxytocin từ 3 – 4 giờ chiếm tỷ lệ 26,0%. Thời gian truyền oxytocin từ ≤2 giờ chiếm tỷ lệ 20,0%. Thời gian truyền oxytocin > 6 giờ chiếm tỷ lệ ít nhất 6,0%

Bảng 3.5. Tỷ lệ can thiệp khi sổ thai

Cách đẻ đường âm đạo	Số lượng	Tỷ lệ %
Sổ thai thường	36	100
Cắt tầng sinh môn Forceps	0	0

Nhận xét: Trong 36 trường hợp truyền oxytocin đẻ đường âm đạo, 100% sản phụ sổ thai và không có trường hợp nào dùng phương pháp Forceps.

Bảng 3.6. Lý do của các chỉ định phẫu thuật lấy thai

Lý do phẫu thuật lấy thai	Số lượng	Tỷ lệ %
Cổ tử cung không tiến triển	6	42,9
Thai suy	2	14,3
Ngôi không lọt	5	35,7
Rối loạn cơ co tử cung	1	7,1
Tổng	14	100

Nhận xét: Trong các chỉ định phải phẫu thuật lấy thai, lý do cổ tử cung không tiến triển chiếm tỷ lệ cao chiếm 42,9%; chỉ định ngôi không lọt chiếm 35,7% và thai suy chiếm 14,3%. Còn lại 7,1% sản phụ bị rối loạn cơ co tử cung.

3.2. Kết quả đẻ chỉ huy bằng phương pháp truyền Oxytocin

Bảng 3.7. Liên quan giữa tuổi của sản phụ với kết quả truyền oxytocin

Tuổi	Kết quả	Đẻ đường âm đạo		Mổ lấy thai		P
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
<35		34	94,4	10	71,4	<0,05
≥35		2	5,6	4	28,6	
Tổng		36	100	14	100	

Nhận xét: Tỷ lệ thành công sản phụ đẻ đường âm đạo có tuổi từ < 35 chiếm 94,4%, nhóm tuổi ≥ 35 chiếm 5,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ thất bại sản phụ mổ lấy thai có tuổi < 35 chiếm 71,4%, nhóm tuổi ≥ 35 chiếm 28,6%.

Bảng 3.8. Liên quan giữa số lần đẻ của sản phụ với kết quả truyền oxytocin

Số lần đẻ	Kết quả	Đẻ đường âm đạo		Mổ lấy thai		P
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Con so		19	52,8	12	85,7	<0,05
Con rạ		17	47,2	2	14,3	
Tổng		36	100	14	100	

Nhận xét: Tỷ lệ thành công sản phụ đẻ đường âm đạo con so chiếm 52,8% ; con rạ chiếm 47,2%. Tỷ lệ thất bại sản phụ mổ lấy thai con so chiếm 85,7% ; con rạ chiếm 14,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 3.9. Liên quan giữa thời gian vỡ ối với kết quả truyền oxytocin

Thời gian ối vỡ	Đẻ đường âm đạo		Mổ lấy thai		P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
≤6 giờ	32	82,1	7	17,9	<0,05
>6 giờ	4	36,4	7	63,6	
Tổng	36	72,0	14	28,0	

Nhận xét: Tỷ lệ thành công sản phụ đẻ đường âm đạo có thời gian ối vỡ ≤ 6 giờ chiếm 82,1%, MLT 17,9%. Tỷ lệ thất bại sản phụ đẻ đường âm đạo có thời gian ối vỡ > 6 giờ trở lên chiếm 36,4%, MLT chiếm 63,6%. Sự khác biệt đáng kể có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Bảng 3.10. Liên quan giữa chỉ số Bishop với kết quả truyền oxytocin

Bishop (điểm)	Đẻ đường âm đạo		Mổ lấy thai		P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
≤6 điểm	12	54,5	10	45,5	<0,05
>6 điểm	24	85,7	4	12,3	
Tổng	36	100	14	100	

Nhận xét: Tỷ lệ thành công sản phụ đẻ đường âm đạo có chỉ số Bishop ≤6 điểm chiếm 54,5%, thất bại tức là mổ lấy thai chiếm 45,5%. Tỷ lệ thành công sản phụ đẻ đường âm đạo có chỉ số Bishop > 6 điểm chiếm 85,7%, mổ lấy thai chiếm 12,3%. Sự khác biệt đáng kể có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Bảng 3.11. Liên quan giữa trọng lượng thai với kết quả truyền oxytocin

Trọng lượng sơ sinh (gram)	Đẻ đường âm đạo		Mổ lấy thai		P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
<3500 gram	27	75,0	11	78,6	>0,05
≥3500 gram	9	25,0	3	21,4	
Tổng	36	72,0	14	28,0	

Nhận xét: Ở nhóm đẻ đường âm đạo trẻ có trọng lượng dưới 3500 gram chiếm tỷ lệ 75,0% và cân nặng ≥ 3500 gram chiếm tỷ lệ 25,0%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.12. Liên quan giữa thời gian truyền oxytocin với kết quả truyền oxytocin

Thời gian (giờ)	Kết quả		Đẻ đường âm đạo		Mổ lấy thai		P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
≤2 giờ	8	80,0	2	20,0	>0,05		
3 – 4 giờ	10	76,9	3	23,1			
5 – 6 giờ	15	62,5	9	37,5			
>6 giờ	3	100,0	0	0,0			
Tổng	36	72,0	14	28,0			

Nhận xét: Thời gian truyền oxytocin ≤ 2 giờ tỷ lệ thất bại mổ lấy thai chiếm 20,0%, tỷ lệ thành công đẻ đường âm đạo chiếm 80,0%. Thời gian truyền oxytocin 3 - 4 giờ tỷ lệ thất bại mổ lấy thai chiếm 23,1%, tỷ lệ thành công đẻ đường âm đạo chiếm 76,9%. Thời gian truyền oxytocin 5 - 6 giờ tỷ lệ thất bại mổ lấy thai chiếm 37,5%, tỷ lệ thành công đẻ đường âm đạo chiếm 62,5%.

Chương 4 **BÀN LUẬN**

4.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu

Qua biểu đồ 3.1: Nhóm có tỷ lệ cao nhất là từ 20 đến dưới 35 tuổi chiếm tỷ lệ 78%. Do đây là lứa tuổi sinh sản, người phụ nữ đã trưởng thành và đủ điều kiện có con theo mong muốn của bản thân. Điều này phù hợp với đối tượng nghiên cứu là sản phụ con so cao hơn sản phụ con rạ và số sản phụ con so hầu hết nằm trong lứa tuổi này.

Với nhóm tuổi <20 là lứa tuổi học đường nên tỷ lệ sinh đẻ trong nhóm tuổi này thấp. Nhóm từ 35 tuổi trở lên là độ tuổi sinh con có thể có nhiều dị tật cao nên ít người chọn độ tuổi này đẻ sinh con. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tuổi là hoàn toàn phù hợp với thực tế.

4.1.2. Nghề nghiệp và địa dư của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm về nghề nghiệp trong nghiên cứu của chúng tôi khá đa dạng. Chúng tôi phân ra làm 4 nhóm nghề nghiệp chính bao gồm: Cán bộ viên chức, công nhân, làm ruộng và nghề nghiệp khác.

Qua biểu đồ 3.2 và 3.3: Cho chúng tôi thấy nhóm sản phụ thuộc nhóm làm ruộng chiếm tỷ lệ cao nhất 48%. Tỷ lệ sản phụ ở nông thôn chiếm 64,0% và ở thành thị chiếm 36,0%. Điều này phù hợp với thực tế: Hà Giang là 1 tỉnh miền núi phía bắc, phát triển kinh tế đa dạng với cơ cấu Nông lâm nghiệp - Công nghiệp – Dịch vụ. Cũng nói lên tại huyện Vị Xuyên, phụ nữ ở nông thôn, làm ruộng chiếm đa số. Đây là một đối tượng mà ngành y tế cần phải quan tâm và chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng.

4.1.3. Tiền sử sản khoa

Từ bảng 3.1. Cho chúng tôi thấy: Tiền sử sản khoa của các sản phụ theo nghiên cứu của chúng tôi có sản phụ sinh con lần đầu chiếm tỷ lệ cao nhất là 62,0%, có 38,0% sản phụ sinh con lần thứ 2 trở lên.

Ta thấy tỷ lệ đẻ chỉ huy ở những sản phụ sinh con so cao hơn con rạ. Điều này có thể do những người sinh con lần đầu tử cung chưa từng được thử thách nên sự giãn nở của âm đạo và các cơ quan vùng đáy chậu kém, sự xóa mở cổ tử cung kém và dài hơn, vì thế tiền lượng cuộc đẻ cũng khó khăn hơn. Hơn nữa, kinh nghiệm đẻ lần đầu bao giờ cũng lo lắng, mong mỏi nhiều hơn và khả năng chịu đựng cuộc chuyển dạ cũng kém hơn.

Có 36 người không hút thai lần nào (chiếm 72%), 14 người hút thai từ 1 lần trở lên (chiếm 28%), hút thai có phải là nguyên nhân gây ối vỡ sớm hay không thì cần một nghiên cứu sâu hơn về vấn đề này. Chúng tôi cho rằng đây là triệu chứng cơ năng do bệnh nhân cung cấp nên không đánh giá được hết nguy cơ của nạo hút thai đối với ối vỡ sớm. Nhưng nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng hút thai là một yếu tố nguy cơ đối với phụ nữ khi sinh bị ối vỡ sớm.

Nghiên cứu cũng cho chúng tôi thấy tỷ lệ sản phụ không viêm sinh dục có tỷ lệ 30%, viêm cổ tử cung và viêm sinh dục khác chiếm 70%. Viêm cổ tử cung có ảnh hưởng đến độ xóa mờ của cổ tử cung khi chuyển dạ không thì chưa có nghiên cứu nào sâu về vấn đề này, nhưng qua tổng kết một số nghiên cứu thấy rằng viêm cổ tử cung là yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sự xóa mờ cổ tử cung khi chuyển dạ.

4.1.4. Thời gian ối vỡ đến khi vào viện

Biểu đồ 3.4: Cho chúng tôi thấy tỷ lệ thai phụ có ối vỡ ≤ 6 giờ tính đến khi có can thiệp truyền oxytocin chiếm 78,0%, số thai phụ có ối vỡ > 6 giờ 22,0%. Việc khảo sát thời gian ối vỡ đến khi vào viện rất quan trọng trong việc tiên lượng cuộc đẻ, với những trường hợp vào viện sau 6 giờ vỡ ối khả năng nhiễm trùng ối là rất cao gây ra nhiều biến chứng cho mẹ và thai nhi, đòi hỏi người thầy thuốc phải thăm khám kỹ lưỡng và có trình độ nhất định để tiên lượng cuộc đẻ, đưa ra chỉ định phù hợp cho từng sản phụ; có nên phẫu thuật lấy thai ngay hay theo dõi chuyển dạ đẻ đường âm đạo, nguy cơ thế nào cho sản phụ và thai.

4.1.5. Chỉ số Bishop khi vào viện

Bảng 3.2: Các đối tượng nghiên cứu có chỉ số Bishop tập trung ở nhóm 3 - 6 điểm và >6 điểm có tỷ lệ là 29.4% và 43.1%. Điều này là rất tốt nó sẽ hạn chế được các tai biến, biến chứng có thể có trong cuộc chuyển dạ.

Việc khảo sát chỉ số Bishop trước khi truyền oxytocin có ý nghĩa quan trọng trong việc tiên lượng cuộc đẻ hoặc khởi phát chuyển dạ, nhằm rút ngắn thời gian chuyển dạ đẻ, hạn chế biến chứng cho sản phụ và thai nhi.

Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ lựa chọn đối tượng cổ tử cung mà không lựa chọn đối tượng ối vỡ non nên chỉ số Bishop khi vào viện cao hơn nghiên cứu của Vũ Thị Phương nhóm chỉ số Bishop ≥ 5 chiếm 67% [18].

4.2. Kết quả truyền oxytocin

4.2.1. Kết quả truyền Oxytocin tĩnh mạch.

Qua nghiên cứu 50 sản phụ ối vỡ sớm được truyền oxytocin để rút ngắn chuyển dạ, chúng tôi có kết quả là 36 thai phụ đẻ được đường âm đạo có tỷ lệ là 72% và 14 sản phụ phải chỉ định phẫu thuật lấy thai có tỷ lệ là 28%. So sánh tỷ lệ đẻ đường âm đạo của chúng tôi so với các tác giả khác có sự chênh lệch không đáng kể. Sự khác nhau đó có thể do tiêu chuẩn chọn cỡ mẫu ở các nghiên cứu không giống nhau.

Tác giả	Đẻ thường (%)	Đẻ forceps(%)	Mổ lấy thai (%)
Bùi Đức Linh [21]	77,4	6,6	17,7
Võ Tá Trung [20]	79,5	8,4	12,1
Tào Thị Quyên [19]	72,3	1,6	26,3

Tại khoa Phụ sản Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên đã áp dụng truyền oxytocin nhỏ giọt tĩnh mạch trong thúc đẩy chuyển dạ ở những trường hợp ối vỡ non, ối vỡ sớm, chuyển dạ kéo dài, gây chuyển dạ cho những trường hợp thai quá ngày sinh, trường hợp cần đình chỉ thai nghén ở thai sống đủ tháng, qua nhiều năm áp dụng phương pháp này chúng tôi không ghi nhận được trường hợp nào vỡ tử cung, tử vong sơ sinh do truyền oxytocin. Nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa khẳng định vai trò của oxytocin trong rút ngắn chuyển dạ ở sản phụ có thai đủ tháng ối vỡ sớm.

4.2.2. Trình trạng sơ sinh lúc đẻ

Trong số các thai nhi được sinh ra do mẹ ối vỡ sớm được truyền oxytocin, tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng từ 2500 - 3400gram là chiếm tỉ lệ cao nhất: 76,0%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng từ 3500 gram trở lên chiếm 24,0%. Nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy tất cả các trẻ sơ sinh đẻ đường âm đạo hay mổ lấy thai đều có chỉ số Apgar từ 7 điểm trở lên ở phút đầu tiên và trên 10 điểm ở phút thứ 5.

Từ các kết quả trên chúng ta có thể đánh giá đẻ chỉ huy bằng truyền oxytocin tĩnh mạch là một phương pháp an toàn cho sản phụ và thai nhi.

4.2.3. Thời gian truyền oxytocin

Bảng 3.4. Cho chúng tôi thấy thời gian truyền oxytocin hay gặp nhất là nhóm 5 – 6 giờ có tỷ lệ là 48%, thời gian truyền trên 6 giờ là 6%. Quá trình theo dõi chuyển dạ trong nghiên cứu của chúng tôi được ghi trên biểu đồ chuyển dạ, chúng tôi căn cứ vào kết quả này để có hướng xử trí tiếp theo. Chúng tôi cho rằng: nếu sau 6 giờ truyền oxytocin mà vẫn chưa đẻ thì cần phải thăm khám, tiên lượng để quyết định có nên theo dõi tiếp hay chỉ định mổ lấy thai.

4.2.4. Tỷ lệ can thiệp khi sổ thai

Bảng 3.5. Cho chúng tôi thấy sản phụ sổ thai thường có tỷ lệ cao nhất là 100%, không có trường hợp nào can thiệp forceps.

4.2.5. Các chỉ định phẫu thuật lấy thai

Bảng 3.6. Cho chúng tôi thấy phẫu thuật lấy thai vì nguyên nhân cổ tử cung không tiến triển có tỷ lệ cao nhất là 42.9% (6/14 ca), nguyên nhân do ngôi không lọt có tỷ lệ 35.7% (5/14 ca), thai suy có tỷ lệ là 14.3% (2/14 ca), rối loạn cơn co tử cung có tỷ lệ 7.1% (1/14 ca)

Tỷ lệ mổ lấy thai vì cổ tử cung không tiến triển của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao nhất có thể do nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là thai đủ tháng ối vỡ sớm, chính điều đó đã làm chậm quá trình tiến triển của cổ tử cung trong chuyển dạ. Tỷ lệ mổ lấy thai vì thai suy chiếm tỷ lệ thấp, điều này có thể giải thích trong quá trình truyền đẻ chỉ huy, các sản phụ được truyền đúng chỉ định và liều lượng. Đặc biệt, tim thai được theo

đôi liên tục bằng máy monitoring đã làm giảm được tỷ lệ rối loạn của con co tử cung dẫn đến suy thai phải đi mổ.

4.3. Kết quả đẻ chỉ huy bằng phương pháp truyền Oxytocin ở thai phụ có thai đủ tháng ối vỡ sớm

4.3.1. Liên quan giữa tuổi của thai phụ với kết quả truyền oxytocin

So sánh giữa các lứa tuổi và tỷ lệ đẻ chỉ huy thành công chúng tôi thấy: Tỷ lệ thành công sản phụ đẻ đường âm đạo có tuổi từ < 35 chiếm 94,4%, nhóm tuổi ≥ 35 chiếm 5,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ thất bại sản phụ mổ lấy thai có tuổi < 35 chiếm 71,4%, nhóm tuổi ≥ 35 chiếm 28,6%.

Điều này có thể giải thích vì độ tuổi sinh đẻ là độ tuổi mà thể chất và sức khỏe sinh sản là tốt nhất, khả năng chịu đựng với những khó khăn trong chuyển dạ là cao nhất. Bên cạnh đó, tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm trên 35 tuổi còn khá cao, điều này có thể là do khi tuổi càng cao thì mật độ cơ tử cung dai chắc hơn nên khi truyền đẻ chỉ huy thường tỷ lệ thành công không cao.

Như vậy, kết quả trên cho thấy thật cần nhắc khi quyết định truyền đẻ chỉ huy ở nhóm sản phụ trên 35 tuổi.

4.3.2. Liên quan giữa số lần đẻ của sản phụ với kết quả truyền oxytocin

Theo bảng 3.8: Nghiên cứu của chúng tôi thấy: Tỷ lệ thành công sản phụ đẻ đường âm đạo con so chiếm 52,8% ; con rạ chiếm 47,2%. Tỷ lệ thất bại sản phụ mổ lấy thai con so chiếm 85,7% ; con rạ chiếm 14,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tỷ lệ thành công ở những sản phụ sinh con rạ cao hơn những sản phụ sinh con so có thể do ở những người con rạ, ổng đẻ của họ đã được thử thách và giãn nở ở những lần sinh con trước vì thế những lần sinh con sau này, họ dễ dàng đáp ứng và vượt qua hơn những người sinh con so. Một điều nữa là những người sinh con rạ đã có kinh nghiệm ở những lần đẻ trước nên tâm lý ổn định hơn, thoải mái hơn và yên tâm theo dõi chuyển dạ hơn ở những người con so, chính vì thế làm cho cuộc chuyển dạ diễn ra thuận lợi và sinh lý hơn.

4.3.3. Liên quan giữa cân nặng của thai nhi và kết quả truyền đẻ chỉ huy

Theo bảng 3.11: Ở nhóm đẻ đường âm đạo trẻ có trọng lượng dưới 3500 gram chiếm tỷ lệ 75,0% và cân nặng ≥ 3500 gram chiếm tỷ lệ 25,0%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Qua kết quả này nói lên rằng trọng lượng thai cũng ảnh hưởng đến kết quả của cuộc đẻ chỉ huy. Những trường hợp thai to trên 3500g được chỉ định truyền đẻ chỉ huy có tỷ lệ đẻ đường âm đạo thấp hơn. Điều này là do khi trọng lượng thai nhi lớn làm cho

sự bình chỉnh của thai nhi không tốt, quá trình lọt, xuống khó khăn hơn, ảnh hưởng xấu đến sự tiến triển của cổ tử cung, dẫn đến khả năng thất bại phải mổ lấy thai cao hơn.

Vì vậy, trọng lượng thai được xem như một yếu tố có tính tiên lượng đến kết quả cuộc đẻ chỉ huy. Việc ước tính trọng lượng thai trên lâm sàng qua bề cao tử cung, vòng bụng và trên siêu âm là cần thiết trước khi chỉ định truyền đề chỉ huy và cần cân nhắc những trường hợp có trọng lượng thai trên 3500g.

4.3.4. Liên quan giữa thời gian truyền oxytocin với kết quả truyền oxytocin

Chúng tôi quan sát thấy ở nhóm truyền từ dưới 2 giờ, tỷ lệ đẻ đường âm đạo cao nhất chiếm tỷ lệ 80% và bắt đầu giảm dần khi thời gian truyền đề tĩnh mạch kéo dài, ở nhóm truyền từ trên 5 - 6 giờ chỉ còn 62,5% theo dõi đẻ đường âm đạo, và 37,5% phải mổ lấy thai. Trên 6h, có 3 thai phụ, tỷ lệ đẻ đường âm đạo đạt 100%, %. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sự khác biệt này trên thực tế chưa phù hợp, có thể do tiêu chuẩn chọn cỡ mẫu của chúng tôi.

Chúng tôi cho rằng 6 giờ là khoảng thời gian đủ để đánh giá hiệu quả của truyền oxytocin, nếu sau 6 giờ cơn co tử cung không đáp ứng, cổ tử cung không mở thêm hay mở không đáng kể thì nên kết thúc bằng phẫu thuật lấy thai. Nếu sau 6 giờ cuộc chuyển dạ tiến triển thuận lợi thì tiếp tục theo dõi đẻ đường âm đạo.

Điều này phù hợp và dễ hiểu bởi đối với con so quá trình chuyển dạ thường kéo dài hơn và có nhiều nguy cơ, rủi ro hơn so với con rạ. Sự đáp ứng với oxytocin ở con rạ tốt hơn ở con so bởi những sản phụ sinh con rạ cổ tử cung và âm đạo đã có sự co giãn trước đó rồi, khi chuyển dạ được truyền oxytocin để có cơn co tử cung phù hợp thì cổ tử cung sẽ vừa xóa vừa mở rất nhanh nhất là giai đoạn Ia được rút ngắn xuống rất nhiều. Chính vì thế mà tổng thời gian từ lúc truyền đến lúc đẻ thành công đã được rút ngắn rất nhiều, đây cũng là mục đích chính của chỉ định truyền đề chỉ huy mà chúng ta mong muốn đạt được cho các sản phụ.

Từ bảng trên ta thấy tỷ lệ thành công khi truyền đề chỉ huy cao với thời gian truyền đến lúc đẻ là ≤ 6 giờ và giảm dần ở các trường hợp truyền đề chỉ huy kéo dài > 6 giờ.

Có thể kết luận, thời gian đẻ chỉ huy càng kéo dài chứng tỏ cuộc chuyển dạ tiến triển chậm hoặc không tiến triển. Cũng có thể hiểu là sự tác động để gây cơn co tử cung và thúc đẩy chuyển dạ của việc đẻ chỉ huy bằng oxytocin coi như kém hiệu quả dẫn đến khả năng thành công là thấp mà chủ yếu là sự thất bại phải mổ lấy thai.

Do vậy mà những trường hợp đẻ chỉ huy kéo dài cả ở con so và con rạ ≥ 6 giờ mà chưa kết thúc và không có dấu hiệu của sự thành công, kèm theo có ối vỡ sớm trên 12 tiếng nên có chỉ định dùng kháng sinh sớm và đưa ra quyết định phù hợp để kết thúc chuyển dạ, tránh nguy cơ cho sản phụ và thai nhi

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 50 thai phụ có thai đủ tháng ối vỡ sớm đến đẻ tại khoa Phụ sản Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên được xử trí bằng truyền oxytocin tĩnh mạch, chúng tôi đưa ra kết luận như sau:

1. Đặc điểm của sản phụ được chỉ định truyền để chỉ huy bằng oxytocin trong chuyển dạ

- Tuổi của sản phụ chủ yếu từ 20 – dưới 35 tuổi chiếm tỷ lệ 78%.
- Nhóm sản phụ thuộc nhóm làm ruộng chiếm tỷ lệ cao nhất 48%. Tỷ lệ sản phụ ở nông thôn chiếm 64,0% và ở thành thị chiếm 36,0%.
- Sản phụ sinh con so có tỷ lệ 62% và con rạ là 38%.
- Thời gian ối vỡ đến khi vào viện từ dưới 6 giờ chiếm 78%.
- Chỉ số Bishop tập trung ở nhóm 3 - 6 điểm và > 6 điểm có tỷ lệ là 29.4% và 43.1%.

2. Kết quả truyền Oxytocin và các yếu tố liên quan

Kết quả truyền Oxytocin

- Tỷ lệ thai phụ đẻ đường âm đạo là 72% và mổ lấy thai là 28%. Trong đó, chỉ định mổ lấy thai vì cổ tử không tiến triển là 42,9%, cổ tử cung mở hết đầu không lọt là 35,7% và thai suy là 14,3%, rối loạn cơn co tử cung là 7,1%.

- Kết quả sơ sinh đẻ ra có cân nặng từ 2500 - 3400gram là chiếm 76,0%, trẻ sơ sinh có cân nặng từ 3500 gram trở lên chiếm 24,0%. 100% trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar trên 7 điểm.

- Thời gian truyền oxytocin hay gặp nhất là nhóm 5 – 6 giờ có tỷ lệ là 48%, thời gian truyền trên 6 giờ là 6%.

- Sản phụ sỏ thai thường có tỷ lệ cao nhất là 100%, không có trường hợp nào can thiệp forceps.

- Phẫu thuật lấy thai vì nguyên nhân cổ tử cung không tiến triển có tỷ lệ cao nhất là 42.9% (6/14 ca), nguyên nhân do ngôi không lọt có tỷ lệ 35.7% (5/14 ca), thai suy có tỷ lệ là 14.3% (2/14 ca), rối loạn cơn co tử cung có tỷ lệ 7.1% (1/14 ca)

Một số yếu tố liên quan đến kết quả của cuộc đẻ chỉ huy

- Nghiên cứu ghi nhận: Tỷ lệ thành công sản phụ đẻ đường âm đạo có tuổi từ < 35 chiếm 94,4%, nhóm tuổi \geq 35 chiếm 5,6%. Tỷ lệ thất bại sản phụ mổ lấy thai có tuổi < 35 chiếm 71,4%, nhóm tuổi \geq 35 chiếm 28,6%.

- Tỷ lệ thành công sản phụ đẻ đường âm đạo con so chiếm 52,8% ; con rạ chiếm 47,2%. Tỷ lệ thất bại sản phụ mổ lấy thai con so chiếm 85,7%

- Ở nhóm đẻ đường âm đạo trẻ có trọng lượng dưới 3500 gram chiếm tỷ lệ 75,0% và cân nặng \geq 3500 gram chiếm tỷ lệ 25,0%.

-Tỷ lệ đẻ đường âm đạo cao nhất ở nhóm truyền từ dưới 2 giờ, chiếm tỷ lệ 80% và bắt đầu giảm dần khi thời gian truyền để tĩnh mạch kéo dài, ở nhóm truyền từ trên 5 - 6 giờ chỉ còn 62,5% theo dõi đẻ đường âm đạo, và 37,5% phải mổ lấy thai. Trên 6h, có 3 thai phụ, tỷ lệ đẻ đường âm đạo đạt 100%.

KHUYẾN NGHỊ:

Từ những kết luận được rút ra trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi đưa ra bàn luận sau:

Nên chỉ định truyền oxytocin thúc đẩy chuyển dạ với những trường hợp có chỉ số Bishop khi vào viện từ 3 điểm trở lên, những trường hợp có chỉ số Bishop dưới 3 điểm nên hạn chế chỉ định truyền oxytocin.

Xác Nhận Của Hội Đồng Khoa Học Bệnh Viện

Chủ nhiệm đề tài

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Cốc, “Ồi vỡ non- Ổi vỡ sớm”, *Bài giảng Sản phụ khoa* [2002], 129-132.
2. Vương Tiến Hòa, “Đẻ khó”, *Sản khoa và sơ sinh*, [2005], 170.
3. Nguyễn Đức Vy, “Những yếu tố tiên lượng một cuộc đẻ”, *Bài giảng sản phụ khoa* ([2005], 7-13.
4. Trần Ngọc Can, “Đẻ khó do nước ối và mang thai”, *Sản phụ khoa*, [1978], 168-172.
5. Bộ Y tế - Bệnh viện Phụ sản Trung ương (2012), *Các phương pháp thăm dò trong sản khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
6. Bộ Y Tế, “Sử dụng Oxytocin”, *Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*, [2009].
7. Bộ Y Tế, “Quyết định số 1531/1999/QĐYT ngày 4/5/1999 về đề chỉ huy.”, [1999].
8. Lê Hồng Cẩm, “Ồi vỡ non”, *Bài giảng Sản khoa*, [2014], 148-155.
9. Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Hà Nội (2000), *Thủ thuật sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học, tr 59 - 60.
10. Phạm Thị Minh Đức (1998), “Sinh lý nội tiết”, *Sách sinh lý học*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội năm 2017, tr 287 - 306.
11. Nguyễn Việt Hùng (1998), “Sinh lý chuyển dạ”, *Bài giảng sản phụ khoa Y Hà Nội tập I*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội năm 2016, tr 44 - 50.
12. Nguyễn Ngọc Minh (2002), “Đẻ khó do bất thường con co tử cung”, *Bài giảng sản phụ khoa Y Hà Nội tập II*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội năm 2011, tr 19 - 29.
13. Phạm Thiện Ngọc (2006), “Hóa sinh hormon”, *Sách hóa sinh*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội năm 2012, tr 222 - 224.
14. Nguyễn Thị Kiều Oanh (2015), *Nghiên cứu hiệu quả gây chuyển dạ ở thai phụ có tuổi thai trên 40 tuần trong 2 năm 2004 và 2014 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*, Luận văn bác sỹ Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.(14)
15. Đào Văn Phan (2012), “Thuốc tác dụng trên cơ bóp tử cung”, *Sách dược lý học lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr 643 - 651.
16. Trần Việt Phương (2003), “Sinh lý chuyển dạ”, *Tài liệu giảng dạy sản phụ khoa trường đại học Y Dược Hải Phòng tập I*, tr 44 - 50.
17. Bộ Y Tế, Số: 1377/QĐ-BYT “ Quyết định về việc ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản”- tr50 - 52.
18. Trần Thị Phương, “Nghiên cứu kết quả đẻ chỉ huy bằng oxytocin có phối hợp spasfon làm mềm cổ tử cung”, *Luận văn Bác sỹ chuyên khoa II*, [2000].

19. Tào Thị Quyên, “Nhận xét về tình hình đẻ chỉ huy bằng oxytocin trong chuyển dạ tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2003”, *Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú*, [2004].

20. Võ Tá Trung (2015), *Nghiên cứu về xử trí sản khoa và tác dụng không mong muốn trên sản phụ giảm đau trong chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*, Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.

21. Bùi Đức Linh, “Nghiên cứu kết quả đẻ chỉ huy truyền oxytocin trên sản phụ đẻ đủ tháng tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương”, *Luận văn thạc sỹ y học*, [2017].

22. Lại Thị Nguyệt Hằng (2001), *Đánh giá tác dụng của Misoprostol trong việc gây chuyển dạ ở những thai phụ ối vỡ non*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

Phụ lục 1
PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN
MẪU BỆNH ÁN ĐIỀU TRA

I. Hành chính

1. Số bệnh án:
2. Họ và tên: Tuổi
3. Địa chỉ:
4. Nghề nghiệp:
- a. Nông dân:
- b. Cán bộ công nhân viên:
- c. Công nhân:
- d. Nghề khác:
5. Vào viện: ngày tháng năm 2022

II. Lý do vào viện:

Thai tuần, con lần , ối vỡ sớm

III. Bệnh sử:

1. Thời gian tính từ khi vỡ ối đến khi vào viện: giờ
2. Thời gian ối vỡ khi nằm viện: giờ
3. Chỉ số Bishop khi vào viện/ thời điểm ối vỡ sớm: điểm
4. Cơ sở tử cung:
- Thừa:
- Tần số 1-2:

IV. Tiền sử:

1. Tiền sử sản khoa: PARA:
- | | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

2. Tiền sử nạo hút thai:
- a. Nạo hút thai bao nhiêu lần:
- b. Tiền sử viêm sinh dục.
- Viêm CTC:
 - CTC không viêm:
 - Viêm sinh dục khác:

V. Xử trí:

1. Thời gian ối vỡ đến khi truyền Oxytocin: giờ
2. Chỉ số Bishop điểm

3. Kết thúc thai nghén bằng phương pháp:
- a. Phẫu thuật lấy thai:
- b. Đẻ đường âm đạo:
4. Thời gian bắt đầu truyền Oxytocin tới khi kết thúc cuộc đẻ: _____ giờ
5. Can thiệp khi sỏ thai thường:
- a. Sỏ thai thường
- b. Foocxép
6. Lý do mổ:
- a. CTC không tiến triển
- b. Thai suy
- c. Đầu không lọt
- d. Rối loạn cơ cơ tử cung
7. Tim thai: tần số: _____ lần/ phút
- a. Bình thường:
- b. Nhịp tim thai biến đổi:
8. Đáp ứng của cơ tử cung khi truyền Oxytocin:
- a. Đồng bộ
- b. Cường tính
- c. Tăng trương lực
- d. Không đồng bộ
9. Tai biến của phương pháp truyền Oxytocin:
- a. Không có tai biến
- b. Vỡ tử cung
- c. Rách cổ tử cung
- d. Chảy máu sau đẻ
10. Tình trạng sơ sinh:
- a. Cân nặng: _____ gram
- b. Apgar:
- Phút thứ 1: _____ điểm
- Phút thứ 5: _____ điểm
- c. Tử vong chu sinh:
- Có
- Không

Ngày tháng năm 2022

Người thu thập thông tin

Phụ Lục 2
DANH SÁCH BỆNH NHÂN ĐIỀU TRA Năm 2022 - 2023

STT	Mã Bn	Họ Và Tên	Tuổi	Ngày vào viện	Chẩn đoán ra viện
1	2200224	Bàn Thị P	35	08/01/2022	Hậu sản thường
2	2200562	Lù Thị H	29	22/01/2022	Hậu sản thường
3	2200743	Lý Thị H	33	02/02/2022	Hậu sản thường
4	2201902	Nguyễn Thị Nh	29	17/03/2022	Hậu sản thường
5	2202159	Phàn Thị Y	28	24/03/2022	Hậu sản thường
6	2203083	Sạch Thị Th	32	23/04/2022	Hậu sản thường
7	2203509	Hoàng Thị Nh	24	09/05/2022	Hậu phẫu lấy thai
8	2203898	Vàng Thị Kh	27	21/05/2022	Hậu sản thường
9	2205239	Đặng Thị S	28	02/07/2022	Hậu sản thường
10	2205608	Hoàng Thị Ch	29	12/07/2022	Hậu sản thường
11	2206279	Đặng Thị Th	17	28/07/2022	Hậu phẫu lấy thai
12	2206184	Phàn Thị Th	29	26/07/2022	Hậu sản thường
13	2206433	Mã Thị H	35	01/08/2022	Hậu sản thường
14	2206894	Đặng Thị D	27	12/08/2022	Hậu sản thường
15	2208113	Lý Thị H	21	12/09/2022	Hậu phẫu lấy thai
16	2207638	Bố Thị N	34	14/09/2022	Hậu sản thường
17	2208319	Bàn Thị N	26	15/09/2022	Hậu sản thường
18	2209167	Vương Thị L	31	06/10/2022	Hậu sản thường
19	2209187	Lâm Thanh H	31	06/10/2022	Hậu sản thường
20	2209444	Hoàng Thị L	35	14/10/2022	Hậu phẫu lấy thai
21	2210092	Giàng Thị V	32	01/11/2022	Hậu phẫu lấy thai
22	2210149	Triệu Mùi M	26	02/11/2022	Hậu sản thường

STT	Mã Bn	Họ Và Tên	Tuổi	Ngày vào viện	Chẩn đoán ra viện
23	2210188	Bùi Thị U	40	03/11/2022	Hậu sản thường
24	2210192	Lý Thị L	32	04/11/2022	Hậu sản thường
25	2210272	Lèng Thị Minh Á	25	06/11/2022	Hậu phẫu lấy thai
26	2210464	Vàng Thị H	33	11/11/2022	Hậu sản thường
27	2210465	Bế Thị H	26	11/11/2022	Hậu sản thường
28	2210440	Chương Thị N	25	11/11/2022	Hậu sản thường
29	2210590	Triệu Thị V	19	15/11/2022	Hậu phẫu lấy thai
30	2210941	Sùng Thị H	29	25/11/2022	Hậu phẫu lấy thai
31	2211120	Nguyễn Thị T	35	30/11/2022	Hậu phẫu lấy thai
32	2211345	Đặng Thị S	36	06/12/2022	Hậu sản thường
33	2211452	Lò Thị L	27	10/12/2022	Hậu sản thường
34	2211641	Phàn Thị B	25	15/12/2022	Hậu sản thường
35	2211637	Hầu Thị L	19	15/12/2022	Hậu phẫu lấy thai
36	2211678	Phàn Thị S	41	17/12/2022	Hậu sản thường
37	2211992	Lý Thị S	28	28/12/2022	Hậu sản thường
38	2211982	Bế Thị T	25	27/12/2022	Hậu sản thường
39	2212043	Tài Thị L	43	29/12/2022	Hậu phẫu lấy thai
40	2211956	Phàn Thị G	25	26/12/2022	Hậu sản thường
41	2300108	Hoàng Thị Th	21	04/01/2023	Hậu sản thường
42	2300126	Hoàng Thị H	26	05/01/2023	Hậu sản thường
43	2300229	Đặng Thị S	34	08/01/2023	Hậu phẫu lấy thai
44	2300265	Lý Thị C	27	09/01/2023	Hậu sản thường
45	2300439	Vương Thị Ch	25	14/01/2023	Hậu sản thường
46	2300497	Đinh Thị Nh	28	16/01/2023	Hậu sản thường

STT	Mã Bn	Họ Và Tên	Tuổi	Ngày vào viện	Chẩn đoán ra viện
47	2300607	Lù Thị Ng	20	22/01/2023	Hậu phẫu lấy thai
48	2300684	Nguyễn Duy Th	34	26/01/2023	Hậu sản thường
49	2300652	Đặng Thị L	33	25/03/2023	Hậu sản thường
50	2300767	Nguyễn Thị Th	30	23/04/2023	Hậu phẫu lấy thai

Xác nhận của phòng Kế Hoạch tổng hợp

Chủ nhiệm đề tài