

EVALUATION OF RELATED FACTORS AND OUTCOME IN FULL-TERM PREGNANCY WOMAN WITH PREVIOUS C-SECTION AT HAU GIANG OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Dao Thuy Anh¹, Nguyen Thi Diem Thuy^{2*}, Tran Do Thanh Phong¹

¹ Vo Truong Toan University – Highway 1A, Tan Phu Thanh, Chau Thanh A, Hau Giang, Vietnam

² Vo Truong Toan University Hospital – Highway 1A, Tan Phu Thanh, Chau Thanh A, Hau Giang, Vietnam

Received: 24/04/2024

Revised: 23/05/2024; Accepted: 22/06/2024

ABSTRACT

Objective: (1) Determine the rate of cesarean section and vaginal birth in pregnant women with old cesarean section at Hau Giang Obstetrics and Pediatrics Hospital; (2) Survey some factors related to indications for cesarean section and vaginal birth in the above subjects.

Research subjects and methods: cross-sectional descriptive study on 100 pregnant women with old cesarean section treated at Hau Giang Provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital.

Results: Caesarean section is the most commonly performed method with a rate of 96%, including elective surgery 52% and emergency surgery 44%. There are many factors related to the indication of birth method, including: history of previous vaginal birth ($p = 0.002$; 95% CI), cervical dilatation at the beginning of labor ($p < 0.001$, 95% CI), amniotic state at the beginning of labor ($p < 0.001$, 95% CI), old surgical wound pain ($p = 0.003$; 95% CI). The average hospital stay of pregnant women with old cesarean section is ($6,16 \pm 0,8$ days). Vaginal birth had the shortest time ($5 \pm 1,4$ days), followed by the emergency surgery group ($6,05 \pm 0,75$ days) and the proactive surgery group ($6,34 \pm 0,71$ days). The choice of birth method is related to the number of days in hospital ($p=002$, 95% CI).

Conclusion: In most cases, cesarean section after an old incision is chosen over vaginal birth. There are many factors related to the method of birth, including: history of previous vaginal birth, previous surgical wound pain, amniotic fluid status, and cervical dilatation at the beginning of labor. The method of birth is related to the number of days in the hospital. The vaginal delivery group had a shorter hospital stay and lower treatment costs than the cesarean section group.

Keywords: Previous cesarean section, vaginal birth after cesarean section, treatment results, related factors.

* Corresponding author
E-mail: ntdthuy@vttu.edu.vn
Phone number: (+84) 908 292 757
<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD5.1259>

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở THAI PHỤ ĐỦ THÁNG CÓ VẾT MỔ LẤY THAI CŨ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH HẬU GIANG

Đào Thuý Anh¹, Nguyễn Thị Diễm Thuý^{2*}, Trần Đỗ Thanh Phong¹

¹ Trường Đại học Võ Trường Toản – QL1A, Tân Phú Thạnh, Châu Thành A, Hậu Giang, Việt Nam

² Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản – QL1A, Tân Phú Thạnh, Châu Thành A, Hậu Giang, Việt Nam

Ngày nhận bài: 24/04/2024

Chỉnh sửa ngày: 23/05/2024; Ngày duyệt đăng: 22/06/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả tỷ lệ mổ lấy thai và sinh đường âm đạo ở thai phụ có vết mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện Sản Nhi Hậu Giang năm 2023; (2) Khảo sát một số yếu tố liên quan đến chỉ định mổ lấy thai và sinh đường âm đạo ở đối tượng trên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 100 thai phụ có vết mổ lấy thai cũ điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hậu Giang.

Kết quả: Mổ lấy thai là phương pháp được thực hiện nhiều nhất với tỷ lệ 96%, bao gồm mổ chủ động 52% và mổ cấp cứu 44%. Có nhiều yếu tố liên quan đến chỉ định phương pháp sinh gồm: tiền sử sinh đường âm đạo trước đó ($p=0,002$; 95% KTC), độ mở cổ tử cung lúc bắt đầu chuyển dạ ($p < 0,001$, 95% CI), tình trạng ối lúc bắt đầu chuyển dạ ($p < 0,001$, 95% CI), đau vết mổ cũ ($p=0,003$; 95% CI). Thời gian nằm viện trung bình của thai phụ có vết mổ lấy thai cũ là ($6,16 \pm 0,8$ ngày). Sinh đường âm đạo có thời gian ngắn nhất ($5 \pm 1,4$ ngày), tiếp theo đến nhóm mổ cấp cứu ($6,05 \pm 0,75$ ngày) và nhóm mổ chủ động ($6,34 \pm 0,71$ ngày). Việc lựa chọn phương pháp sinh có liên quan đến số ngày nằm viện ($p=0,002$, KTC 95%).

Kết luận: Đa phần phương pháp mổ lấy thai sau khi có vết mổ cũ được lựa chọn hơn thủ thách sinh ngã âm đạo. Có nhiều yếu tố liên quan đến chỉ định phương pháp sinh bao gồm: tiền sử sinh đường âm đạo trước đó, đau vết mổ cũ, tình trạng ối, độ mở cổ tử cung khi bắt đầu chuyển dạ. Phương pháp sinh liên quan đến số ngày nằm viện. Nhóm sinh đường âm đạo có thời gian nằm viện ngắn hơn đồng thời chi phí điều trị thấp hơn so với nhóm mổ lấy thai.

Từ khóa: Vết mổ lấy thai cũ, sinh đường âm đạo sau mổ lấy thai, kết quả điều trị, yếu tố liên quan.

* Tác giả liên hệ

E-mail: ntdthuy@vttu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 908 292 757

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD5.1259>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai là một cuộc phẫu thuật nhằm lấy thai nhi ra ngoài qua đường rạch thành bụng và cơ tử cung, được chỉ định khi phương pháp sinh thường qua ngã âm đạo tỏ ra không an toàn cho thai phụ và thai nhi. Ngoài các chỉ định bắt buộc phải mổ lấy thai như (bất xứng đầu chậu, nhau tiền đạo, mổ cấp cứu trong sa dây rốn...), việc mổ lấy thai lúc này tỏ ra hiệu quả và an toàn nhất. Tuy vậy, nó cũng gây ra những vấn đề sức khỏe cho thai phụ sau khi sinh, bao gồm cả sẹo mổ lấy thai, nhiễm trùng vết mổ, thậm chí nhiễm trùng huyết [3]. Đồng thời, tỷ lệ suy hô hấp trẻ sơ sinh tăng lên nếu chọn phương pháp mổ lấy thai [2]. Những vấn đề này có thể ảnh hưởng đến quá trình hồi phục của thai phụ và gây ra những tác động tiêu cực đối với sức khỏe mẹ và bé. Theo quan điểm hiện nay khuyến khích thử thách sinh ngã âm đạo cho thai phụ có vết mổ cũ khi điều kiện cho phép vì một số lợi ích như giảm tỷ lệ suy hô hấp trẻ sơ sinh, giảm nguy cơ băng huyết sau sinh, giảm tỷ lệ nhiễm trùng vết thương, sau sinh người mẹ có thể chăm sóc bé sớm hơn, số ngày nằm viện ngắn hơn đồng thời giảm chi phí điều trị [1]. Phụ nữ từng trải qua vết mổ lấy thai cũ được xem là một thai kỳ có nguy cơ cao, và phương pháp điều trị phụ thuộc vào tình trạng sản phụ, thai nhi, cơ sở vật chất y tế và sự đồng thuận của người nhà. Đứng trước tình huống đó, cần có sự đánh giá kỹ lưỡng về mặt chuyên môn lâm sàng của người bác sĩ. Vậy nên, việc nghiên cứu các yếu tố liên quan và kết quả điều trị góp phần là một yếu tố đánh giá để đưa ra phương pháp xử trí phù hợp nhất cho thai phụ lúc này. Từ đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu chính: (1) Xác định tỷ lệ mổ lấy thai và sinh đường âm đạo ở thai phụ có vết mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện Sản Nhi Hậu Giang; (2) Khảo sát một số yếu tố liên quan đến chỉ định mổ lấy thai và sinh đường âm đạo ở đối tượng trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế mô tả, lấy số liệu hồi cứu

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Thai phụ có vết mổ lấy thai cũ điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hậu Giang.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2023 tại Bệnh Sản Nhi tỉnh Hậu Giang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu tính theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- p: tỉ lệ mổ lấy thai ở thai phụ có vết mổ lấy thai 1 lần theo kết quả nghiên cứu của Hoàng Xuân Toàn (2016), do đó chúng tôi lấy $p = 0,935$ [6]
- α : xác suất sai lầm loại 1. α chọn là 0,05 cho nghiên cứu có là 95%.
- Z: hệ số tin cậy. Với độ tin cậy là 95% thì $Z = 1,96$.
- d: sai số cho phép chọn $d = 5\%$.

Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 93. Thực tế, nghiên cứu lấy được 100 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: Chúng tôi tiến hành chọn mẫu toàn bộ tất cả hồ sơ bệnh án thoả tiêu chuẩn chọn mẫu tại bệnh viện đến khi đủ số lượng mẫu.

2.5. Nội dung nghiên cứu:

Xác định tỷ lệ mổ lấy thai và sinh đường âm đạo ở 100 thai phụ có vết mổ lấy thai cũ

Khảo sát một số yếu tố liên quan đến chỉ định mổ lấy thai và sinh đường âm đạo

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu được ghi nhận và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng phép kiểm χ^2 để đánh giá mối liên hệ giữa các yếu tố trong quá trình điều trị.

2.7. Y đức: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học & đào tạo của trường Đại học Võ Trường Toản. Nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh cho bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật tuyệt đối.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<18	0	0
	18-34	76	76%
	≥ 35	24	24%
Chiều cao	< 150cm	5	5%
	≥ 150 cm	95	95%
Nghề nghiệp	Cán bộ công chức	5	5%
	Công nhân	19	19%
	Nông dân	21	21%
		55	55%
Tiền sử sinh đường âm đạo	Không có	85	85%
	Trước khi MLT	9	9%
	Sau khi MLT	6	6%
Số lần mổ lấy thai	1 lần	90	90%
	> 1lần	10	10%
Bệnh lý nội khoa mẹ	Không có	93	93%
	Hen	1	1%
	Thiếu máu mãn	1	1%
	U tuyến thượng thân	1	1%
	Bướu giáp không điều trị	1	1%
	Bệnh tim không điều trị	1	1%
	Di chứng sốt bại liệt	1	1%
		1	1%
Khoảng cách giữa 2 lần sinh > 24 tháng	Không	13	13%
	Có	87	87%
Thai kỳ lần này	Bình thường	96	96%
	Tăng huyết áp	2	2%
	Di chứng sốt bại liệt	1	1%
	Viêm gan B đang điều trị	1	1%
Tổng		100	100%

Nhận xét: Đa số thai phụ trong độ tuổi sinh sản 18-34 tuổi (76%), với chiều cao ≥ 150cm chiếm 95% và không có tiền sử sinh đường âm đạo trước đó chiếm 85%. Những thai phụ từng mổ lấy thai 1 lần chiếm 90%

và những thai phụ mổ lấy thai 2 lần trở lên chiếm 10%. Khoảng cách giữa lần sinh trước so với thai kỳ lần này > 24 tháng chiếm 87%. Đa phần thai phụ không có bệnh lý nội khoa ảnh hưởng đến thai kỳ.

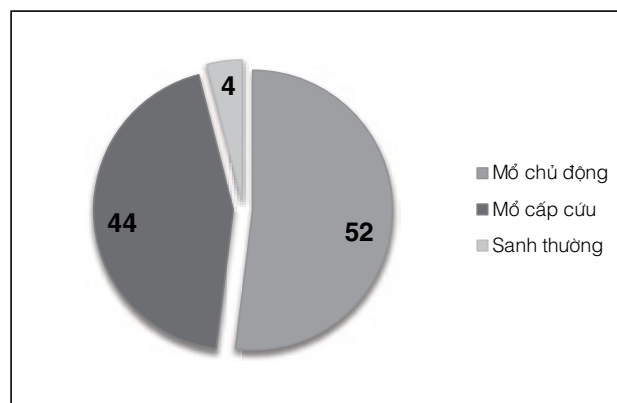


Bảng 2. Đặc điểm thai kỳ lần này

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Quá trình thai kỳ	Bình thường	96	96%
	Tăng huyết áp	2	2%
	Di chứng sốt bại liệt	1	1%
	Viêm gan B đang điều trị	1	1%
Tuổi thai	37 0/7 - 38 6/7 tuần	26	26%
	39 0/7 - 40 6/7 tuần	74	74%
Trọng lượng thai qua siêu âm	< 2500g	3	3%
	2500g-3000g	40	40%
	3100g-3400g	41	41%
	3500g	16	16%

Nhận xét: Quá trình thai kỳ của đa số sản phụ bình thường (96%), tuổi thai đủ tháng chiếm 74%. Thai đủ cân 2500-3000g chiếm 40% và nhóm 3100-3400g chiếm 41%.

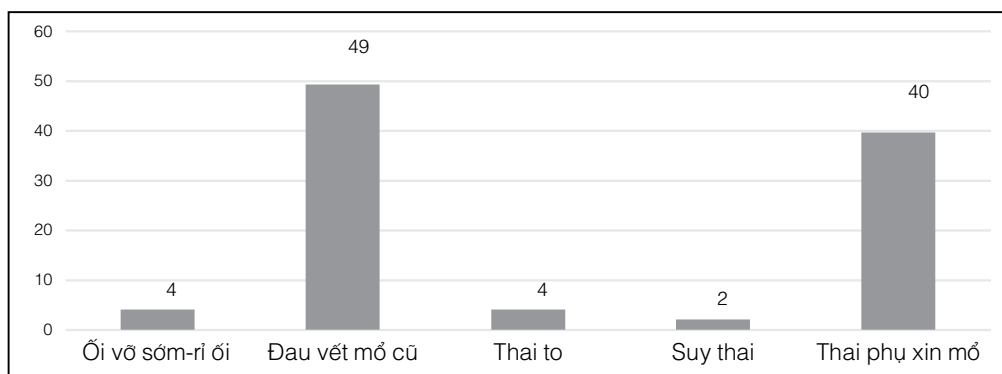
Biểu đồ 1. Phương pháp xử trí



Nhận xét: Cao nhất là nhóm mổ chủ động chiếm 52%, tiếp theo đến nhóm mổ cấp cứu chiếm 44% và sinh thường chiếm 4%.

3.2. Yếu tố liên quan mổ lấy thai

Biểu đồ 2. Nguyên nhân mổ lấy thai



Nhận xét: Nguyên nhân dẫn đến mổ lấy thai nhiều nhất là do đau vết mổ cũ (49%), ngay sau đó là do thai phụ xin mổ (40%). Một tỷ lệ nhỏ do ối vỡ (4%), thai to (4%) và suy thai (2%).

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến chỉ định phương pháp xử trí ở thai phụ có vết mổ lấy thai cũ

Yếu tố liên quan		Mổ cấp cứu		Mổ chủ động		Sinh thường		P
		n	%	n	%	n	%	
Tiền sử sinh đường âm đạo	Không có	37	37%	47	48%	1	1%	0,002
	Trước khi MLT	5	5%	4	4%	0	0%	
	Trước khi MLT	2	2%	1	1%	3	3%	
Đau vết mổ cũ	Không đau vết mổ cũ	2	2%	4	4%	3	3%	0,003
	Đau vết mổ cũ	44	44%	52	52%	1	1%	
Độ mở cổ tử cung	< 4cm	40	40%	51	51%	0	0%	<0,001
	4-10cm	4	4%	1	1%	4	4%	
Tình trạng ối	Ổi còn	43	43%	51	51%	1	1	<0,001
	Ổi vỡ	1	1%	1	1%	3	3%	

Nhận xét:

- Tiền sử sinh đường âm đạo trước đó có liên quan đến phương pháp xử trí thai kỳ lần này.
- Đau vết mổ cũ là một nguyên nhân lớn của mổ lấy thai và có liên quan đến phương pháp xử trí thai kỳ lần này.
- Độ mở cổ tử cung khi bắt đầu chuyển dạ có liên quan đến phương pháp xử trí.
- Tình trạng ối lúc bắt đầu chuyển dạ có liên quan đến phương pháp xử trí.

Bảng 4. Quá trình thai kỳ và tình trạng trẻ cân hồi sức sau sinh

Trẻ nhập HSSS	Bình thường		THA		Di chứng sốt bại liệt		Viêm gan B đang điều trị		Tổng	P
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Có	0	0%	1	1%	1	1%	0	0%	2	0,001
Không	96	96%	1%	1%	0	0%	1			

Nhận xét: Quá trình thai kỳ có liên quan đến số tình trạng trẻ cân hồi sức sau sinh.

Bảng 5. Thời gian nằm viện

Xử trí	Số ngày nằm viện trung bình	Đối tượng nghiên cứu		P so với nhóm sinh thường	p
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)		
Mổ cấp cứu	6,05 ± 0,75	44	44%	0,026	0,002
Mổ chủ động	6,34 ± 0,71	52	52%	0,03	
Sinh thường	5 ± 1,4	4	4%	-	
Tổng	6,16 ± 0,8	100	100%		

Nhận xét: Số ngày điều trị của nhóm mổ cấp cứu và mổ chủ động cao hơn nhóm sinh thường, cụ thể nhóm mổ cấp cứu cao hơn 1,05 ngày và nhóm mổ chủ động cao hơn 1,35 ngày. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với nhóm mổ cấp cứu (p=0,026) và nhóm mổ chủ động (p=0,03) với độ tin cậy 95%.

4. BÀN LUẬN

Nhóm tuổi: Chúng tôi ghi nhận đối tượng tham gia nghiên cứu tập trung ở nhóm từ 20-34 tuổi (chiếm 76%), và nhóm thai phụ lớn tuổi ≥ 35 tuổi chiếm 24%; tương đồng với nghiên cứu của Phùng Văn Huệ (2023) [4].

Đây là kết quả phù hợp và đa số đây là độ tuổi sinh con thứ hai (trích Trương Thị Linh Giang) [3].

Chiều cao: Chúng tôi ghi nhận có 95% thai phụ có chiều cao $\geq 150\text{cm}$ và $< 150\text{cm}$ chiếm 5%. Chiều cao trung bình của người Việt Nam là $>150\text{cm}$, có xu hướng tăng dần qua từng năm. Tỷ lệ mổ lấy thai giảm khi chiều cao của mẹ tăng lên, tỷ lệ mổ lấy thai ở thai phụ $< 160\text{cm}$ là 7% [9].

Nghề nghiệp: Nghề nghiệp thai phụ chủ yếu là nhóm “khác” chiếm 55%, không làm công việc cụ thể nào, đa phần trong giai đoạn nghỉ dưỡng thai chờ đẻ, phù hợp với số liệu và giải thích từ nghiên cứu Phùng Văn Huệ (2023) [4].

Số lần mổ lấy thai: So với nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang (2021), chúng tôi ghi nhận thai phụ từng một lần mổ lấy thai cao hơn chiếm 90% (so với 79,6%), và thai phụ từng mổ lấy thai lần hai trở lên thấp hơn chiếm 10% (so với 20,4%). Theo ACOG 2019 số lần MLT không phải là chống chỉ định sinh đường âm đạo, tuy nhiên cần cân nhắc, theo dõi chặt chẽ. [3]

Bệnh lý nội khoa mẹ: Đa phần thai phụ không có bệnh lý nội khoa (93%), cao hơn so với nghiên cứu Trương Thị Linh Giang (2021) là 86,7% [3]. Còn lại một tỷ lệ nhỏ mắc bệnh, cụ thể hen, thiếu máu mãn, u tuyến thượng thận, bướu giáp không điều trị, bệnh tim không điều trị, viêm gan B không điều trị, di chứng sốt bại liệt đều chiếm 1%. Mẹ có các bệnh lý nội khoa Ngoại trừ các bệnh tim nặng, tăng huyết áp, tiền sản giật nặng và sản giật là chỉ định MLT bắt buộc, các bệnh lý còn lại vẫn có thể cho phép theo dõi chuyển dạ, nếu xuất hiện thêm một yếu tố sinh khó khác sẽ được mổ lấy thai. [2]

Khoảng cách giữa hai lần sinh >24 tháng: Nhóm thai phụ có khoảng cách hai lần sinh (từ lần sinh trước so với thai kỳ lần này) >24 tháng chiếm đa số với tỷ lệ 87%; và ≤ 24 tháng chiếm 13%. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Đạo (2019), tỷ lệ thai phụ có khoảng cách 2 lần sinh > 24 tháng chiếm 72% và ≤ 24 tháng chiếm 28% [1]. Nhóm MLT cũ ≤ 24 tháng có chỉ định MLT tuyệt đối để đảm bảo an toàn cho mẹ và con [1].

Quá trình thai kỳ: Các vấn đề thai kỳ bao gồm tăng huyết áp, di chứng sốt bại liệt, viêm gan B đang điều trị có liên quan đến tình trạng trẻ cần hồi sức sau sinh.

Tuổi thai: Đối tượng nghiên cứu là thai phụ đủ tháng, tuổi thai từ 37 6/7 – 40 6/7 tuần không có mối liên quan đến phương pháp sinh và tình trạng trẻ sau sinh.

Phương pháp xử trí: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ phương pháp mổ chủ động, mổ cấp cứu và sinh thường lần lượt là 52%, 44% và 4% (nghĩa MLT chiếm 96% và sinh thường chiếm 4%). Số liệu từ nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Xuân Toàn với tỷ lệ MLT 94%, sinh đường âm đạo 6% [6] vì đối tượng nghiên cứu gần như tương đồng (đa

phần thai phụ có vết mổ lấy thai cũ một lần). Nghiên cứu của Lộc Quốc Phương (MLT 99,5%, sinh thường 0,5%) [5] và Trương Thị Linh Giang (MLT 97,7%, sinh thường 2,7%) [3], tỷ lệ mổ lấy thai có phần cao hơn vì đối tượng nghiên cứu có nhiều yếu tố nguy cơ hơn (bao gồm tiền sử sẹo mổ trên thân tử cung). Tuy nhiên, nhìn chung tỷ lệ mổ lấy thai cao vì trình độ chuyên môn và quá trình theo dõi phức tạp. Quan trọng hơn hết những vấn đề tai biến y khoa vẫn rất nhạy cảm. Vậy nên việc chấp nhận một tỷ lệ mổ lấy thai cao để dự phòng tai biến để được chấp nhận hơn là có tai biến xảy ra khi theo dõi chuyển dạ. Theo guideline của NIH (National Institutes of Health), tỷ lệ nút vết mổ cũ khi thử thách sinh ngã âm đạo là 1,6%. Tuy nhiên nếu thai phụ từng thử thách sinh ngã âm đạo thành công, tỷ lệ này giảm xuống còn 0,2%. Tỷ lệ tử vong nếu thử thách sinh ngã âm đạo thất bại chiếm 1,9/100.000 [10].

Tiền sử sinh đường âm đạo: Tiền sử sinh đường âm đạo trước đó có liên quan đến chỉ định phương pháp sinh ở lần thai kỳ này ($p=0,002$; KTC 95%).

Đau vết mổ cũ: Đau vết mổ cũ là một nguyên nhân MLT, có liên quan đến chỉ định phương pháp sinh lần này ($p=0,003$; KTC 95%).

Độ mở cổ tử cung lúc bắt đầu chuyển dạ: Độ mở cổ tử cung lúc bắt đầu chuyển dạ có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$; KTC 95%).

Tình trạng ối lúc bắt đầu chuyển dạ: Tình trạng ối lúc bắt đầu chuyển dạ có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$; KTC 95%).

Số ngày điều trị: Thời gian nằm viện trung bình của thai phụ có vết mổ lấy thai cũ là ($6,16 \pm 0,8$ ngày). Sinh đường âm đạo có thời gian ngắn nhất ($5 \pm 1,4$ ngày), tiếp theo đến nhóm mổ cấp cứu ($6,05 \pm 0,75$ ngày) và nhóm mổ chủ động ($6,34 \pm 0,71$ ngày). Phương pháp sinh có liên quan đến số ngày nằm viện ($p=0,002$, KTC 95%). Số ngày điều trị nhóm mổ cấp cứu cao hơn nhóm sinh thường 1,05 ngày và nhóm mổ chủ động cao hơn 1,35 ngày. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với nhóm mổ cấp cứu ($p=0,026$) và nhóm mổ chủ động ($p=0,03$) với độ tin cậy 95%. So với nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang (2021), thời gian điều trị trung bình của thai phụ có vết mổ cũ là ($4,6 \pm 1,7$ ngày). Sinh đường âm đạo có thời gian điều trị ($3,29 \pm 1,4$ ngày) và mổ lấy thai là ($4,71 \pm 1,7$ ngày). Từ đó cho thấy số ngày nằm viện của nhóm sinh thường ngắn hơn, hồi phục nhanh hơn cũng như chi phí điều trị thấp hơn.

5. KẾT LUẬN

Đa phần phương pháp mổ lấy thai sau khi có vết mổ cũ được lựa chọn hơn thử thách sinh ngã âm đạo. Có nhiều yếu tố liên quan đến chỉ định phương pháp sinh bao gồm: tiền sử sinh đường âm đạo trước đó, đau vết mổ cũ, tình trạng ối, độ mở cổ tử cung khi bắt đầu

chuyển dạ. Phương pháp sinh liên quan đến số ngày nằm viện. Nhóm sinh đường âm đạo có thời gian nằm viện ngắn hơn đồng thời chi phí điều trị thấp hơn so với nhóm MLT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Văn Đạo, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá chỉ định, kết quả mổ lấy thai ở sản phụ có sẹo mổ lấy thai cũ tại bệnh viện Lương Tài tỉnh Bắc Ninh, Tạp chí Y Học Việt Nam, 483, 2019.
- [2] Bệnh viện Từ Dũ, Quy trình kỹ thuật Sản Phụ Khoa, 2016.
- [3] Trương Thị Linh Giang, Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và kết quả điều trị ở sản phụ có vết mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế, Tạp chí Y Dược học-DHYD Huế, 3, 2021.
- [4] Phùng Văn Huệ, Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những sản phụ có sẹo phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện 198, Tạp chí Y Học Việt Nam, 2, 2024.
- [5] Lộc Quốc Phương, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí sản phụ có sẹo mổ lấy thai ở tuổi thai 37 tuần tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên, 2016.
- [6] Hoàng Xuân Toàn, Nghiên cứu thái độ xử trí trong chuyển dạ ở sản phụ có sẹo mổ lấy thai một lần tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội, 2016..
- [7] MJ McMahon, Vaginal birth after cesarean, Clin Obstet Gynecol, 41, (2), 1998, 369-81.
- [8] Phan Thị Thuý Tuệ, Phạm Văn Anh, Nguyễn Đình Tuyển, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến suy hô hấp sơ sinh nặng tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi, Tạp chí Y học Việt Nam, 2023.
- [9] I Mogren, M Lindqvist, K Petersson et al., Maternal height and risk of caesarean section in singleton births in Sweden-A population-based study using data from the Swedish Pregnancy Register 2011 to 2016, PLoS One, 13, (5), 2018.
- [10] P Reif, C Brezinka, T Fischer et al., Labour and Childbirth After Previous Caesarean Section: Recommendations of the Austrian Society of Obstetrics and Gynaecology (OEGGG), Geburtshilfe Frauenheilkd, 76, (12), 2016, 1279-1286.

