

RESULTS OF BREECH PRESENTATION FOR PREGNANT WOMEN AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Ngo Thanh Hoa^{1*}, Nguyen Thi Binh^{1,2}, Hoang Thi Ngoc Tram^{1,2}, Nguyen Thi Mo^{1,2}

¹Thai Nguyen University of Medicine And Pharmacy -

284 Luong Ngoc Quyen, Thai Nguyen City, Thai Nguyen Province, Vietnam

²Thai Nguyen National Hospital - 479 Luong Ngoc Quyen, Thai Nguyen City, Thai Nguyen, Vietnam

Received: 17/09/2024

Revised: 19/12/2024; Accepted: 26/12/2024

ABSTRACT

Objectives: Analysis of the results of breech presentation for pregnant women with breech delivery from 22 weeks or more weeks gestation at Thai Nguyen Central Hospital from 2019 to 2023.

Subjects and research methods: 150 medical records of expectant mothers diagnosed with breech presentation at gestational age of 22 weeks or more who gave birth at Thai Nguyen Central Hospital between January 1, 2029, and December 31, 2023, were included in this cross-sectional descriptive study technique.

Results: Of all pregnancies, 68.7% ended in a full-term birth, whereas 31.3% resulted in a premature birth. The rate of cesarean section for breech babies was 77.3%. Most cases of breech babies had signs of labor, accounting for 95.3%. The rate of cesarean section due to simple breech babies was 31.9%, 68.1% had a combined cause. Cesarean section rates ranged from 68.2% in the 1600–2500 gram weight group to 90.5% in the 2600–3000 gram weight group and 100% in the group beyond 3000 gram. 98.7% of the infants were delivered without any issues.

Conclusion: Most pregnant women with breech presentation terminate their pregnancy at term and by cesarean section. The rate of neonatal complications is low.

Keywords: Breech presentation, cesarean section and result.

*Corresponding author

Email: thanhhoatn95@gmail.com Phone: (+84) 352347074 [Https://doi.org/10.52163/yhc.v66i1.1947](https://doi.org/10.52163/yhc.v66i1.1947)

KẾT QUẢ XỬ TRÍ SẢN PHỤ ĐẼ NGÔI MÔNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Ngô Thanh Hòa^{1*}, Nguyễn Thị Bình^{1,2}, Hoàng Thị Ngọc Trâm^{1,2}, Nguyễn Thị Mơ^{1,2}

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, Đại học Thái Nguyên -
284 Lương Ngọc Quyến, Tp. Thái Nguyên, Tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên - 479 Lương Ngọc Quyến, TP.Thái Nguyên, Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 17/09/2024

Chỉnh sửa ngày: 19/12/2024; Ngày duyệt đăng: 26/12/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích kết quả xử trí đẻ ngôi mông của các sản phụ đẻ ngôi mông từ 22 tuần trở lên tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ năm 2019 đến năm 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, gồm 150 hồ sơ bệnh án của các thai phụ được chẩn đoán đẻ ngôi mông tuổi thai từ 22 tuần trở lên đẻ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/01/2019 đến 31/12/2023.

Kết quả: Tuổi thai khi kết thúc thai nghén chủ yếu là thai đủ tháng với tỷ lệ 68,7%, đẻ non tháng là 31,3%. Tỷ lệ phẫu thuật lấy thai trong ngôi mông chiếm 77,3%. Hầu hết các trường hợp đẻ ngôi mông đều đã có dấu hiệu chuyển dạ chiếm 95,3%. Tỷ lệ phẫu thuật lấy thai vì ngôi mông đơn thuần chiếm 31,9%, có 68,1% là có lý do phối hợp. Tỷ lệ phẫu thuật lấy thai ở nhóm cân nặng 1600 - 2500 gram là 68,2% tăng dần đến 90,5% ở nhóm cân nặng 2600 - 3000 gram và tăng đến 100% ở nhóm trên 3000 gram. 98,7% trẻ sinh ra không có biến chứng gì sau đẻ.

Kết luận: Phần lớn thai phụ mang thai ngôi mông kết thúc thai kỳ ở tuổi thai đủ tháng và bằng phương pháp mổ lấy thai. Tỷ lệ tai biến của trẻ sơ sinh thấp.

Từ khóa: Ngôi mông, mổ lấy thai, kết quả xử trí.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngôi mông là một ngôi dọc mà cực đầu ở phía đáy tử cung, cực mông ở phía cổ tử cung và mông trình diện trước eo trên khi chuyển dạ. Ngôi mông là ngôi có khả năng đẻ đường âm đạo nhưng có thể mắc đầu hậu, vì vậy các tác giả coi như là một ngôi đẻ khó [7, 8].

Để đảm bảo cho một cuộc đẻ ngôi mông an toàn trong chuyển dạ phụ thuộc rất nhiều yếu tố, nhiều tác giả cho rằng ngôi mông là ngôi có thể đẻ đường âm đạo, nhưng tỷ lệ tai biến cao hơn so với đẻ ngôi chỏm. Vì vậy lựa chọn phương pháp đẻ cho ngôi mông cho đến nay vẫn còn nhiều tranh luận của các thầy thuốc sản khoa ở trong nước cũng như trên thế giới và còn nhiều điều chưa được thống nhất.

Trong những năm gần đây tỷ lệ phẫu thuật lấy thai trong ngôi mông cũng như tỷ lệ phẫu thuật lấy thai nói chung tăng lên một cách đáng kể bởi các lý do sản khoa và các lý do xã hội [6]. Tuy nhiên, việc xử trí ngôi mông sao cho thật đảm bảo an toàn cho cả mẹ và con, mà vẫn

không làm tăng thêm tỷ lệ phẫu thuật lấy thai, vẫn là một vấn đề khó khăn cho các nhà sản khoa, đòi hỏi phải có tiên lượng chính xác và có thái độ xử trí kịp thời.

Hiện nay đã có một số nghiên cứu về ngôi mông ở trong, ngoài nước nhưng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên chưa có nghiên cứu nào đánh giá việc xử trí ngôi mông ở các tuổi thai khác nhau. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Kết quả xử trí sản phụ đẻ ngôi mông tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên” với mục tiêu: *Phân tích kết quả xử trí của các sản phụ đẻ ngôi mông từ 22 tuần trở lên tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ năm 2019 đến năm 2023.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

*Tác giả liên hệ

Email: thanhhoatn95@gmail.com Điện thoại: (+84) 352347074 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i1.1947>

Tất cả các sản phụ có hồ sơ bệnh án được chẩn đoán đẻ ngôi mông, một thai, tuổi thai từ 22 tuần trở lên đẻ tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ 1/1/2019 đến 31/12/2023

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Những bệnh án không thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trên và các bệnh án như sau sẽ không được lựa chọn vào nghiên cứu này:

- Các trường hợp đẻ ngôi mông trong thai dị dạng, thai chết lưu.

- Ngôi mông đẻ ở cơ sở khác chuyển đến Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu được tính theo công thức

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \times p \times q}{d^2}$$

Trong đó:

n = cỡ mẫu nghiên cứu cần thiết tối thiểu;

α = mức ý nghĩa thống kê; với $\alpha = 0,05$ thì hệ số $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$;

p = 5,4% là tỉ lệ phẫu thuật lấy thai ngôi mông trên tổng số phẫu thuật lấy thai theo tác giả Nguyễn Thị Thanh Thủy [5];

d = 0,05 là sai số mong đợi.

Tính ra cỡ mẫu n = 79, trong nghiên cứu này chúng tôi chọn được 150 hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu có chủ đích, cách lấy mẫu thuận tiện.

Tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu được lấy vào nghiên cứu.

2.4. Xử lý số liệu

- Số liệu được xử lý và phân tích bằng chương trình thống kê y học SPSS Statistics 25.

- Phương pháp thống kê tính tỷ lệ phần trăm (%)

- Kiểm định χ^2 để xác định mức độ khác nhau có ý nghĩa thống kê hay không khi so sánh hai tỷ lệ. Sự khác nhau về kết quả giữa các biến số được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu trên hồ sơ bệnh án, không can thiệp trực tiếp vào bệnh nhân, tiến hành sau khi thông qua hội đồng y đức số 301/QĐ-BV ngày 19/03/2024 của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phương pháp đẻ trong ngôi mông trên tổng số đẻ ngôi mông

Năm	Tổng số ngôi mông	Phẫu thuật		Đẻ đường âm đạo	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
2019	31	26	83,9	5	16,1
2020	33	27	81,8	6	18,2
2021	23	16	69,6	7	30,4
2022	33	24	72,7	9	27,3
2023	30	23	76,7	7	23,3
Tổng	150	116	77,3	34	22,7

Nhận xét: Trong tổng số 150 trường hợp đẻ ngôi mông thì có 116 trường hợp phải phẫu thuật lấy thai chiếm tỉ lệ 77,3%. Có 34 trường hợp đẻ đường âm đạo chiếm tỉ lệ 22,7%. Tỉ lệ PTLT vì ngôi qua các năm đều chiếm tỉ lệ cao và vẫn đang có xu hướng ngày càng tăng.

Bảng 2. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và phương pháp xử trí

		Phẫu thuật		Đẻ đường âm đạo		Tổng		P
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	n	%	
Tình trạng chuyển dạ	Chưa có	6	85,7	1	14,3	7	4,7	0,588
	Đã chuyển dạ	110	76,9	33	23,1	143	95,3	
Thời gian từ khi vào viện đến khi đẻ	≤6h	81	74,3	28	25,7	109	72,7	0,150
	>6h	35	85,4	6	14,6	41	27,3	
Tổng		116	77,3	34	22,7	150	100	

Nhận xét: Hầu hết các trường hợp đẻ ngôi mông đều đã có chuyển dạ, chiếm tỉ lệ 95,3%. Trong 109 trường hợp mà thời gian từ khi vào viện đến khi đẻ ≤ 6 giờ thì phẫu thuật lấy thai chiếm tỷ lệ 74,3%, có 41 trường hợp mà thời gian từ khi vào viện đến khi đẻ > 6 giờ thì phẫu thuật lấy thai chiếm tỷ lệ 85,4%.

Bảng 3. Một số đặc điểm của thai và phương pháp xử trí

		Phẫu thuật		Đẻ đường âm đạo		Tổng		P
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Tuổi thai	22-27 tuần	0	0	15	100	15	100	0,000
	28-32 tuần	3	27,3	8	72,7	11	100	
	33-36 tuần	14	66,7	7	33,3	21	100	
	37-41 tuần	98	96,1	4	3,9	102	100	
	>41 tuần	1	100	0	0	1	100	
Cân nặng sơ sinh	<1000	0	0	21	100	21	100	0,000
	1000 – 1500	2	50	2	50	4	100	
	1600 – 2500	15	68,2	7	31,8	22	100	
	2600 – 3000	38	90,5	4	9,5	42	100	
	3100 – 3500	43	100	0	0	43	100	
	>3500	18	100	0	0	18	100	
Tổng		116	77,3	34	22,7	150	100	

Nhận xét: Tuổi thai khi kết thúc thai kỳ của nhóm từ 37 - 41 tuần chiếm phần lớn với 102 trên 150 trường hợp, trong đó 96,1% là phẫu thuật lấy thai. Tỷ lệ phẫu thuật lấy thai ở nhóm cân nặng 1600 - 2500 gram là 68,2% tăng dần đến 90,5% ở nhóm cân nặng 2600 - 3000 gram và tăng đến 100% ở nhóm trên 3000 gram.

Bảng 4. Các nhóm chỉ định phẫu thuật lấy thai trong ngôi mông

Chỉ định phẫu thuật lấy thai	Số sản phụ	Tỷ lệ (%)
Ngôi mông đơn thuần	37	31,9
Có lý do phối hợp	79	68,1
Tổng	116	100

Nhận xét: Trường hợp chỉ định mổ lấy thai vì ngôi mông đơn thuần chiếm 31,9%. Có 68,1% các trường hợp phẫu thuật lấy thai trong ngôi mông là có lý do phối hợp.

Bảng 5. Tỷ lệ tai biến khi xử trí ngôi mông

Tai biến		Không		Có		Tổng		P
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	n	%	
Tai biến con	Phẫu thuật lấy thai	115	99,1	1	0,9	116	100	0,353
	Đẻ đường âm đạo	33	97,1	1	2,9	34	100	
Tai biến mẹ	Phẫu thuật lấy thai	115	99,1	1	0,9	116	100	0,587
	Đẻ đường âm đạo	34	100	0	0	34	100	

Nhận xét: Tỷ lệ tai biến chung của con cho cả 2 cách đẻ là 1,3%. Về tai biến của mẹ chỉ có 1 trường hợp phẫu thuật lấy thai bị nhiễm trùng sau mổ chiếm tỷ lệ 0,9%. Tỷ lệ tai biến chung của mẹ cho cả 2 cách đẻ là 0,7%.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong tổng số 150 trường hợp đẻ ngôi mông thì có 116 trường hợp phải phẫu thuật lấy thai chiếm tỉ lệ 77,3%. Có 34 trường hợp đẻ đường âm đạo chiếm tỉ lệ 22,7%. Trong bảng 1 chúng ta thấy rằng tỉ lệ đẻ đường âm đạo cũng có xu hướng tăng theo thời gian, đó hầu hết là những ca đẻ non tháng do chuyển dạ tự nhiên không thể giữ được thai. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Thủy tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang năm 2013 - 2014 tỉ lệ phẫu thuật lấy thai là 86,79% [5]. So sánh tỷ lệ phẫu thuật lấy thai ngôi mông với các tác giả trước đây, tỷ lệ phẫu thuật lấy thai ngôi mông đã tăng một cách đáng kể theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Khánh (1998) tỷ lệ phẫu thuật lấy thai là 84,17% [3] đến năm 2004 nghiên cứu của Phạm Gia Cảnh là 83,2% [1] và tỷ lệ trong nghiên cứu của tác giả Đặng Trần Cương (2016 - 2020) là 98% [2]. Như vậy những năm trở lại đây tỷ lệ phẫu thuật lấy thai ngôi mông ở nước ta tăng lên, phù hợp với xu hướng trên thế giới là tỷ lệ phẫu thuật lấy thai ngôi mông ngày càng cao.

Kết quả bảng 2 về một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và phương pháp xử trí ngôi mông thấy hầu hết các trường hợp đẻ ngôi mông đều đã có chuyển dạ, chiếm tỉ lệ 95,3%. Nhưng dù đã có chuyển dạ hay chưa có dấu hiệu chuyển dạ thì tỉ lệ được chỉ định phẫu thuật lấy thai đều rất cao (85,7% với chưa chuyển dạ và 76,9% với đã chuyển dạ). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Đặng Trần Cương tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (2016 - 2020) tỉ lệ phẫu thuật lấy thai khi chưa chuyển dạ là 100% và đã chuyển dạ là 76,7%. Như vậy cách đẻ trong ngôi mông không phụ thuộc vào tình trạng chuyển dạ của thai phụ. Việc mang thai ngôi mông là một ngôi đẻ khó trong chuyển dạ thì chỉ định phẫu thuật lấy thai càng trở nên dễ dàng hơn. Về thời gian từ khi vào viện đến khi đẻ, trong 109 trường hợp mà thời gian từ khi vào viện đến khi đẻ ≤ 6 giờ thì phẫu thuật lấy thai chiếm tỷ lệ 74,3%, có 41 trường hợp mà thời gian từ khi vào viện đến khi đẻ > 6 giờ thì phẫu thuật lấy thai chiếm tỷ lệ 85,4%. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Thủy tại viện Sản Nhi Bắc Giang (2013 - 2014) đối với ngôi mông đa phần được các bác sĩ chỉ định mổ sớm dưới 6h chiếm 85,8% tính từ khi vào viện đến khi xử trí, nhưng nếu được theo dõi thêm sau 6h thì tỉ lệ phẫu thuật lấy thai tăng lên là 93,1% và những trường hợp được theo dõi thêm này chủ yếu là thai non tháng hoặc cân nặng thấp [5]. Như vậy nếu được theo dõi thêm thì tỉ lệ phẫu thuật lấy thai sẽ tăng lên và tỉ lệ đẻ đường âm đạo sẽ giảm đi. Trong các loại lý do chỉ định phẫu thuật lấy thai trong ngôi mông trường hợp chỉ có lý do ngôi mông đơn thuần chiếm 31,9%, điều này càng chứng tỏ việc chỉ định phẫu thuật lấy thai trong ngôi mông hiện nay ngày càng rộng rãi. Như vậy nếu được chẩn đoán là ngôi mông thì các bác sĩ sẽ chỉ định phẫu thuật lấy thai, trừ trường hợp thai non tháng, cân nặng thấp hoặc vào viện cổ tử cung mở hết không chỉ định phẫu thuật kịp.

Kết quả của bảng 3 cho thấy có 103 trường hợp thai từ ≥ 37 tuần vào đẻ chiếm tỉ lệ 68,6%, trong số đó số trường hợp phẫu thuật lấy thai chiếm tỉ lệ 96,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi giống với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Thủy với 161/212 trường hợp đẻ đủ tháng chiếm 75,9%, trong đó 159/161 trường hợp được chỉ định phẫu thuật lấy thai chiếm tỉ lệ 98,8% [5]. Như vậy tỉ lệ phẫu thuật lấy thai phụ thuộc vào các nhóm tuổi thai, tuổi thai càng cao thì tỉ lệ phẫu thuật lấy thai càng cao. Điều này là do tuổi thai càng cao thì khả năng sống của trẻ sơ sinh càng cao, kết hợp với yếu tố ngôi mông là một ngôi đẻ khó, và một yếu tố rất quan trọng phải kể đến là trọng lượng thai nhi có liên quan rõ rệt đến chỉ định phẫu thuật lấy thai, trọng lượng thai cao thì tỉ lệ phẫu thuật lấy thai càng cao. Kết quả bảng 3 cho thấy tỉ lệ phẫu thuật lấy thai ở nhóm cân nặng 1600 - 2500 gram là 68,2% tăng dần đến 90,5% ở nhóm cân nặng 2600 - 3000 gram và tăng đến 100% ở nhóm trên 3000 gram. Mặc dù khả năng nuôi dưỡng và chăm sóc sơ sinh non tháng nhẹ cân tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đã có nhiều bước phát triển tiến bộ nhưng vì khả năng sống của các bé sơ sinh có tuổi thai dưới 32 tuần vẫn còn rất hạn chế nên các bác sĩ rất ít khi chỉ định phẫu thuật lấy thai đối với những trường hợp non tháng dưới 32 tuần, trừ trường hợp có yếu tố đẻ khó kèm theo hoặc gặp bất lợi trong quá trình theo dõi đẻ đường âm đạo.

Nhóm thai có trọng lượng dưới 2500 gram có 47 trường hợp chủ yếu là thai non tháng, thai non tháng nhẹ cân dễ gặp sang chấn trong lúc đẻ nên nguy cơ tai biến khi đẻ đường âm đạo sẽ tăng lên. Vì vậy các bác sĩ cũng cân nhắc đưa ra chỉ định phẫu thuật lấy thai ở các trường hợp này, đặc biệt đối với nhóm thai có trọng lượng 1600 - 2500 gram vì cơ hội sống của trẻ cao hơn, chính vì vậy mà tỉ lệ phẫu thuật lấy thai ở nhóm này chiếm 68,2% tương đối cao. Đối với 26 trường hợp có cân nặng dưới 1500 gram trong nghiên cứu của chúng tôi hầu như không có khả năng sống nên chỉ có 2 trường hợp trong số đó có chỉ định phẫu thuật lấy thai vì có lý do phổi hợp. Nhóm thai có trọng lượng từ 2600 - 3000 gram có thể nói là đáng được quan tâm nhất khi nói đến việc lựa chọn phương pháp đẻ, bởi lẽ đây là nhóm có trọng lượng trong giới hạn mà các bác sĩ muốn cân nhắc cho theo dõi đẻ đường âm đạo nếu không có kèm theo yếu tố đẻ khó hay có bất thường trong chuyển dạ. Tuy nhiên có lẽ cũng vì lý do để tránh những tai biến sơ sinh cho trẻ mà trong 42 trường hợp thuộc nhóm này chỉ có 4 trường hợp cho đẻ đường âm đạo và trong 4 trường hợp này không ghi nhận trường hợp bị tai biến sơ sinh nào.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2 trường hợp ngạt sơ sinh trong đó 1 trường hợp phẫu thuật lấy thai và 1 trường hợp đẻ đường âm đạo. Sự khác biệt của tỉ lệ ngạt sơ sinh so với phương pháp đẻ là không có ý nghĩa thống kê. Như vậy tỉ lệ ngạt sơ sinh không liên quan đến phương pháp đẻ. Kết quả này không tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Thủy tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang (2013 - 2014) tỉ lệ tai biến sơ sinh nói chung là 8,6% [5] và nghiên

cứ của Vũ Thị Oanh về tỉ lệ ngạt sơ sinh năm 2016 tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương là 11,4% [4]. Bởi lẽ có sự khác biệt này là do 2 tác giả nghiên cứu trên nhóm đối tượng có tuổi thai từ 28 tuần trở lên, là tuổi thai có khả năng sống cao hơn. Còn nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên tuổi thai từ 22 tuần trở lên mà trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các trường hợp tuổi thai dưới 31 tuần đều tử vong ngay sau khi sinh vì sơ sinh quá non tháng và nhẹ cân dẫn đến tỉ lệ tử vong tăng lên. Còn lại những trường hợp có tín hiệu sống tốt khi được hồi sức sơ sinh thì hầu hết các trường hợp tuổi thai từ 31 tuần trở lên đều được hồi sức tích cực và nuôi dưỡng tốt mà không xảy ra tình trạng ngạt sơ sinh, dẫn đến tỉ lệ ngạt sơ sinh trong nghiên cứu của chúng tôi rất thấp chỉ 1,3%. Điều này cũng được lý giải là do hệ thống hồi sức cấp cứu sơ sinh của các bệnh viện trong những năm gần đây đã phát triển ngày càng vượt trội cả về trình độ chuyên môn và cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế. Hơn nữa, tỉ lệ chỉ định mổ lấy thai cao ở tuổi thai này cũng góp phần làm giảm nguy cơ gặp tai biến cho trẻ sơ sinh.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ phẫu thuật lấy thai ngôi mông trong tổng số đẻ ngôi mông là 77,3%. Tỷ lệ đẻ đủ tháng là 68,7%, tỷ lệ đẻ non tháng là 31,3%. Hầu hết các trường hợp đẻ ngôi mông đều đã có dấu hiệu chuyển dạ chiếm 95,3%. Tỷ lệ phẫu thuật lấy thai vì ngôi mông đơn thuần chiếm 31,9%, có 68,1% là có lý do phối hợp. Tỷ lệ phẫu thuật lấy thai ở nhóm cân nặng 1600 - 2500 gram là 68,2% tăng dần đến 90,5% ở nhóm cân nặng 2600 - 3000 gram và tăng đến 100% ở nhóm trên 3000 gram. 98,7% trẻ sinh ra không có biến chứng gì sau đẻ, chỉ có 2 trường hợp trẻ bị ngạt sau sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phạm Gia Cảnh (2004), Thái độ xử trí ngôi mông tại bệnh viện phụ sản Trung ương trong năm 2004, Cảnh, ed, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp 2 đại học y Hà nội, Đại Học Y Hà Nội.
- [2] Đặng Trần Cương và các cộng sự. (2022), "Kết quả xử trí ngôi mông đủ tháng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", Tạp chí Y học Việt Nam. 510(2), tr. 100-104.
- [3] Nguyễn Ngọc Khánh (2000), Nghiên cứu tình hình đẻ ngôi ngược tại viện BVBTSS trong hai năm 1997 - 1998, Khánh, ed, Luận văn Thạc sĩ học sản phụ khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [4] Vũ Thị Oanh (2017), "Thái độ xử trí ngôi mông chuyển dạ ở những sản phụ có thai ngôi mông từ 28-42 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong năm 2006 và năm 2016", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp 2, tr. 56.
- [5] Nguyễn Thị Thanh Thủy (2014), "Đánh giá kết quả xử trí ngôi mông tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang", Luận án bác sĩ chuyên khoa II, tr. 45.
- [6] Cui. H và các cộng sự. (2016), "Cesarean Rate and Risk Factors for Singleton Breech Presentation in China", J Reprod Med. 61(5-6), tr. 270-274.
- [7] Lansac. J và các cộng sự. (2015), "How singleton breech babies at term are born in France: a survey of data from the AUDIPOG network", Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 188, tr. 79-82.
- [8] Zsirai. L và các cộng sự. (2016), "Breech presentation: its predictors and consequences. An analysis of the Hungarian Tauffer Obstetric Database (1996-2011)", Acta Obstet Gynecol Scand. 95(3), tr. 347-54.