

EVALUATION OF INDUCED LABOR USING OXYTOCIN INFUSION IN FULL-TERM PREGNANT WOMEN AT LUC YEN MEDICAL CENTER IN 2025

Nguyen Ngoc Minh Hai^{*2}, Nguyen Son Huy¹, Tran Van Luu³, Hoang Tien Dat⁴, Ma Thi Thuy Tra⁴, Tran Trung Thanh⁴,
Nguyen Thi Bich Van^{1,2}

¹Hanoi Medical University - No. 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

²Hanoi Medical University Hospital - No. 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

³Central Endocrine Hospital - Nguyen Bo Street, Yen So Ward, Hanoi City, Vietnam

⁴Luc Yen Regional Medical Center - Village 9, Luc Yen commune, Lao Cai province, Vietnam

Received: 09/03/2026

Revised: 28/03/2026; Accepted: 19/05/2026

ABSTRACT

Background and Objectives: Induction of labor is essential when spontaneous labor fails, reducing maternal-fetal risks. Intravenous oxytocin is the most common method. This study evaluated outcomes of oxytocin-induced labor and associated factors at Luc Yen Medical Center in 2025.

Methods: A prospective case series followed 104 full-term pregnant women receiving oxytocin infusion at the Department of Reproductive and Obstetric Health, Luc Yen Medical Center, from April to October 2025. Success was defined as vaginal delivery (including forceps/vacuum) within 24 hours of starting oxytocin; failure as cesarean conversion due to arrested cervical dilation, fetal distress, non-engagement, or hyperstimulation. Data were analyzed using SPSS 16.0 with χ^2 tests and logistic regression to identify associated factors.

Results: Mean maternal age was 27.2 ± 4.2 years; 88.5% had intact membranes on admission. The most common indications were weak/infrequent uterine contractions (48.1%), prolonged labor (37.5%), and premature rupture of membranes (14.4%). The mean Bishop score was 6.18 ± 0.13 . The success rate was 73.1%. Among 26.9% failures, 50% were due to arrested cervical dilation, 35.7% to fetal distress, and 14.3% to non-engagement. All newborns had Apgar scores ≥ 7 at minutes 1 and 5; no severe maternal complications (uterine rupture, severe postpartum hemorrhage, ICU admission) were recorded in the study sample. A Bishop score > 6 was significantly associated with success ($p < 0.001$).

Conclusion: Oxytocin-induced labor at Luc Yen Medical Center achieved a 73.1% success rate, with no notable adverse neonatal outcomes recorded in the study sample.

Keywords: Oxytocin, induced labor, full-term pregnancy.

*Corresponding author

Email: minhhaidhyhn@gmail.com Phone: (+84) 84964525304 DOI: 10.52163/yhc.v67i5.5150

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐỀ CHỈ HUY BẰNG PHƯƠNG PHÁP TRUYỀN OXYTOCIN Ở THAI PHỤ ĐỦ THÁNG TẠI TRUNG TÂM Y TẾ LỤC YÊN NĂM 2025

Nguyễn Ngọc Minh Hải*², Nguyễn Sơn Huy¹, Trần Văn Lưu³, Hoàng Tiến Đạt⁴, Ma Thị Thúy Trà⁴,
Trần Trung Thành⁴, Nguyễn Thị Bích Vân^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Nội tiết Trung ương - Đường Nguyễn Bội, Phường Yên Sở, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

⁴Trung tâm Y tế khu vực Lục Yên - Thôn 9 xã Lục Yên, tỉnh Lào Cai, Việt Nam

Ngày nhận bài: 09/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 28/03/2026; Ngày duyệt đăng: 19/05/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Đề chỉ huy là can thiệp quan trọng khi không thể chuyển dạ tự nhiên, giúp giảm nguy cơ cho mẹ và thai. Truyền tĩnh mạch oxytocin là phương pháp phổ biến nhất. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả đề chỉ huy bằng oxytocin tại Trung tâm Y tế Lục Yên năm 2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Loạt ca tiến cứu trên 104 thai phụ đủ tháng được truyền oxytocin tại Trung tâm Y tế Lục Yên từ tháng 4-10/2025. Thành công: đẻ đường âm đạo (kể cả forceps/giác hút) trong 24 giờ kể từ khi truyền; thất bại: chuyển mổ lấy thai do cổ tử cung không tiến triển, thai suy, ngôi không lọt hoặc cơn co cường tính. Phân tích bằng SPSS 16.0 với kiểm định χ^2 và hồi quy logistic.

Kết quả: Tuổi trung bình $27,2 \pm 4,2$ năm; 88,5% nhập viện với ối còn. Chỉ định phổ biến nhất là cơn co tử cung thưa, yếu (48,1%); chuyển dạ kéo dài (37,5%); ối vỡ sớm (14,4%). Điểm Bishop trung bình $6,18 \pm 0,13$. Tỷ lệ thành công 73,1%; trong 26,9% thất bại, 50% do cổ tử cung không tiến triển, 35,7% do thai suy, 14,3% do ngôi không lọt. 100% trẻ có Apgar ≥ 7 ở phút 1 và phút 5; chưa ghi nhận biến chứng nặng ở mẹ trong mẫu nghiên cứu. Điểm Bishop > 6 liên quan có ý nghĩa với thành công ($p < 0,001$).

Kết luận: Đề chỉ huy bằng oxytocin tại Lục Yên đạt tỷ lệ thành công 73,1% và chưa ghi nhận kết cục sơ sinh xấu rõ rệt.

Từ khóa: Oxytocin, đề chỉ huy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chuyển dạ đẻ là một quá trình sinh lý làm cho thai và phần phụ của thai được đưa ra khỏi đường sinh dục của người mẹ. Cơn co tử cung là động lực chính thúc đẩy cuộc chuyển dạ. Cơn co tử cung gây ra những thay đổi cho cả bà mẹ và thai nhi, giúp quá trình chuyển dạ được diễn ra như hiện tượng xóa mờ cổ tử cung, sự thành lập đoạn dưới tử cung, thay đổi ở đáy chậu trong thời kỳ số thai, thành lập đầu ối, số thai và số rau. Rối loạn về cơn co tử cung có thể dẫn đến chuyển dạ kéo dài, gây ra những biến chứng cho cả mẹ và thai, có thể kể đến như rách tầng sinh môn nghiêm trọng (độ 3, độ 4) hoặc viêm màng ối^{1,2}.

Người thầy thuốc có thể kiểm soát cuộc chuyển dạ thông qua kiểm soát cơn co tử cung bằng oxytocin. Đề chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch oxytocin được sử dụng rộng rãi trong thực hành sản khoa với các chỉ định như gây chuyển dạ chủ động, chuyển dạ nhưng cơn co thưa, yếu, chuyển dạ kéo dài,... So với theo dõi chờ chuyển dạ tự nhiên, đề chỉ huy cho thấy nhiều lợi ích hơn đối với mẹ và thai. Một

nghiên cứu tại Mỹ đã cho thấy việc gây chuyển dạ chủ động bằng oxytocin tĩnh mạch vào tuần thứ 39 cho thai phụ làm giảm tỉ lệ mổ lấy thai và đã tạo ra nhiều thảo luận, có khả năng ảnh hưởng đến thực hành ở Mỹ³. Một phân tích gộp năm 2020 của Philippa M. và cộng sự với hơn 21 nghìn phụ nữ và trẻ sơ sinh đã cho thấy ở nhóm thai phụ đề chỉ huy có tỷ lệ trẻ chết chu sinh (do mọi nguyên nhân) thấp hơn so với nhóm theo dõi chuyển dạ tự nhiên, với yếu tố nguy cơ (RR) là 0,31, khoảng tin cậy 95%⁴ or until a maternal or fetal indication for induction of labour arises.

Sự thành công hay thất bại của đề chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch oxytocin được quyết định bởi việc thai phụ đẻ qua đường âm đạo hay cần được phẫu thuật lấy thai. Một nghiên cứu Garang D.L và cộng sự tại bệnh viện thành phố Mekelle, Ethiopia, trên 346 trường hợp được khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin, khởi phát chuyển dạ thành công 263 ca (76%), các ca khởi phát chuyển dạ thất bại đều được chỉ định mổ lấy thai⁵. Tại Việt Nam, một nghiên cứu

*Tác giả liên hệ

Email: minhhaidhyhn@gmail.com Điện thoại: (+84) 84964525304 DOI: 10.52163/yhc.v67i5.5150

mô tả cắt ngang trên 220 thai phụ được chỉ định truyền oxytocin để chỉ huy năm 2024 cho thấy tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 82,7%, trong số 17,3% thất bại, cổ tử cung không tiến triển là nguyên nhân hàng đầu⁶.

Về các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công của đẻ chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch oxytocin, điểm Bishop sau khi làm mềm cổ tử cung được biết đến là yếu tố dự đoán đáng kể khả năng thành công của khởi phát, với tỷ số chênh lệch hiệu chỉnh (AOR) = 8.150; khoảng tin cậy 95%⁵. Bên cạnh đó, theo một nghiên cứu hồi cứu ở Hoa Kỳ năm 2024, phác đồ oxytocin phù hợp cũng giúp giảm tỷ lệ sinh mổ và biến chứng sơ sinh⁷. Theo một nghiên cứu khác tại Việt Nam, các yếu tố như trọng lượng thai <3500g, thời gian truyền oxytocin ≤ 6 giờ, và cơn rạ đều làm tăng tỷ lệ sinh đường âm đạo của thai phụ⁸.

So sánh phương pháp đẻ chỉ huy bằng truyền oxytocin tĩnh mạch với các phương pháp khác, ở một thử nghiệm lâm sàng với hơn 12.000 người, cho thấy nhóm dùng oxytocin cho thấy tỷ lệ sinh thường không thành công trong vòng 24 giờ tăng lên (50,4% so với 34,6%, RR 1,47, 95% CI 1,10 đến 1,96) và tỷ lệ sinh mổ cũng tăng lên (19,1% so với 13,7%, RR 1,37, 95% CI 1,08 đến 1,74)⁹. Trong khi đó trong một nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích gộp năm 2024 trên 1071 sản phụ và một nghiên cứu RCT tại Việt Nam trên 130 thai phụ cho kết quả không có sự khác biệt giữa tỷ lệ thành công giữa nhóm sản phụ đẻ chỉ huy bằng oxytocin và nhóm sản phụ sử dụng dinoprostone^{10,11}.

Bên cạnh những yếu tố liên quan đến sản phụ và thai, có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công của phương pháp đẻ chỉ huy bằng oxytocin tĩnh mạch, trong đó có vai trò của người thầy thuốc trong theo dõi chuyển dạ, phân tích, tổng hợp và tiên lượng các yếu tố trong cuộc đẻ. Tại Trung tâm Y tế Lục Yên, một cơ sở y tế hạng II trên địa bàn miền núi phía Bắc, mỗi năm có khoảng 1000 sản phụ đến sinh tại khoa Chăm sóc sức khỏe sinh sản và Phụ sản, trong đó 67,4% sản phụ đẻ đường âm đạo, trong số đó tỷ lệ đẻ chỉ huy là 30%¹². Hiện tại chưa có nghiên cứu nào tại Trung tâm Y tế Lục Yên về phương pháp đẻ chỉ huy bằng oxytocin tĩnh mạch, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát tỷ lệ thành công của phương pháp trên, nhằm đưa ra khuyến cáo cho thực hành lâm sàng.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên Thai phụ được chỉ định đẻ chỉ huy bằng phương pháp truyền Oxytocin tại khoa Chăm sóc sức khỏe sinh sản và phụ sản, Trung tâm y tế khu vực Lục Yên thỏa mãn các điều kiện:

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi thai ≥ 37 tuần
- Một thai sống, ngôi đầu.
- Tiên lượng có thể đẻ đường âm đạo
- Mẹ không mắc các bệnh mạn tính như: tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường, basedow...
- Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh án có đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp thai suy, tử cung có sẹo mổ cũ, dị dạng đường sinh dục, thai phụ có tiền sử dị ứng oxytocin.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 04/2025 đến tháng 10/2025

Địa điểm nghiên cứu: khoa Chăm sóc sức khỏe sinh sản và phụ sản, Trung tâm y tế Lục Yên

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu loạt ca bệnh tiến cứu

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ:

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

Với $Z(1-\alpha/2) = 1,96$ (độ tin cậy 95%), $p = 0,827$ (tỷ lệ thành công của đẻ chỉ huy bằng oxytocin theo nghiên cứu của Phạm Hồng Yến và cộng sự)⁶, $d = 0,08$ (sai số mong muốn). Tính được $n = 86$. Trên thực tế, nhóm nghiên cứu thu nhận toàn bộ 104 thai phụ thỏa mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu, đáp ứng yêu cầu cỡ mẫu tối thiểu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ thai phụ đủ tháng có chỉ định truyền oxytocin và thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu

Tuổi, tiền sử sản khoa (chưa sinh con lần nào/đã sinh từ 1 lần), tiền sử nạo, hút, sảy thai (chưa lần nào/từ 1 lần); tình trạng ối khi nhập viện (ối còn/ối vỡ); chỉ định đẻ chỉ huy bằng oxytocin; độ mở cổ tử cung khi truyền oxytocin; chỉ số Bishop trước khi đẻ chỉ huy

Đánh giá kết quả đẻ chỉ huy bằng oxytocin: kết quả đẻ chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch oxytocin (thành công/thất bại). **Thành công** được xác định khi thai phụ đẻ qua đường âm đạo (bao gồm cả các trường hợp hỗ trợ bằng forceps hoặc giác hút) trong vòng 24 giờ kể từ khi bắt đầu truyền oxytocin. **Thất bại** được xác định khi phải chuyển mổ lấy thai do một trong các nguyên nhân: cổ tử cung không tiến triển, thai suy, ngôi không lọt, hoặc cơn co tử cung cường tính cần ngừng truyền. Nguyên nhân đẻ chỉ huy thất bại; chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh (<7/≥ 7); thay đổi nhịp tim thai khi truyền oxytocin; biến chứng ở mẹ ghi nhận trong và sau truyền (cơn co cường tính, vỡ tử cung, băng huyết sau sinh, rách tầng sinh môn độ 3-4, nhiễm trùng hậu sản).

2.2. Quy trình tiến hành nghiên cứu

Thu thập thông tin từ bệnh án của đối tượng nghiên cứu, chọn các thai phụ đủ tháng truyền oxytocin đẻ chỉ huy theo các tiêu chuẩn chọn mẫu, theo dõi, đánh giá kết quả đẻ chỉ huy rồi ghi vào phiếu nghiên cứu. **Phác đồ truyền oxytocin** được thực hiện theo Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của Bộ Y tế: pha 5 UI oxytocin trong 500 ml dung dịch glucose 5% (nồng độ 10 mUI/ml). Liều khởi đầu 4 mUI/phút (tương đương 8 giọt/phút), tăng dần mỗi 4 mUI/phút sau mỗi 30 phút, cho đến khi đạt cơn co tử cung 3 cơn/10 phút, mỗi cơn kéo dài 40-60 giây; liều tối đa không quá 32 mUI/phút (60 giọt/phút). Theo dõi cơn co tử cung và tim thai liên tục bằng monitoring sản khoa,

đánh giá lại độ mở cổ tử cung sau mỗi 2 giờ. Ngừng truyền oxytocin khi xuất hiện một trong các tình huống: cơn co tử cung cường tính (≥ 5 cơn/10 phút hoặc cơn co kéo dài > 90 giây), thay đổi nhịp tim thai bất thường (DIP II, nhịp chậm kéo dài), hoặc đạt yêu cầu chuyển dạ.

2.3. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu thu thập được làm sạch, nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn; biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Để xác định các yếu tố liên quan đến kết quả đẻ chỉ huy, sử dụng kiểm định χ^2 (hoặc Fisher chính xác khi tần số kỳ vọng < 5) để so sánh tỷ lệ giữa nhóm thành công và nhóm thất bại đối với các biến: tuổi mẹ, tiền sử sinh con, điểm Bishop, tình trạng ối, chỉ định truyền oxytocin. Tỷ số chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% được tính cho từng yếu tố. Các biến có $p < 0,2$ trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến để kiểm soát yếu tố nhiễu và xác định các yếu tố liên quan độc lập. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Thai phụ được chỉ định sử dụng oxytocin theo đúng phác đồ của Bộ Y tế đã quy định. 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. Đối tượng nghiên cứu được cung cấp đầy đủ thông tin về nghiên cứu. Thông tin cá nhân được mã hóa và giữ bảo mật. Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức bệnh viện thông qua.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi thai phụ phân bố chủ yếu từ 18 đến 35 tuổi chiếm tỷ lệ 86,6%, tiếp đó là nhóm tuổi ≥ 35 chiếm 9,6%, ít nhất là nhóm tuổi < 18 chiếm 3,8%. Tuổi trung bình của thai phụ là $27,2 \pm 4,2$.

Bảng 1. Đặc điểm phân bố theo tiền sử sản phụ khoa (n=104)

Tiền sử sản phụ khoa		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số lần sinh	0	56	53,8
	≥ 1	48	46,2
Tổng		104	100
Tiền sử nạo, hút, sảy thai	0	100	96,2
	1	4	3,8
Tổng		104	100

Tỷ lệ thai phụ chưa sinh lần nào 53,8%, đã sinh con từ 1 lần là 46,2%. Tỷ lệ thai phụ có tiền sử nạo, hút, sảy thai từ 1 lần trở lên chiếm 3,8%. Tình trạng ối của sản phụ khi nhập viện: Đa số các thai phụ khi vào viện tình trạng ối còn, chiếm 88,5%. Tỷ lệ thai phụ có tình trạng ối vỡ khi vào viện chiếm 11,5%.

Bảng 2. Các chỉ định đẻ chỉ huy truyền tĩnh mạch oxytocin (n=104)

Chỉ định	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ổi vỡ sớm	15	14,4

Chỉ định	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cơn co tử cung thưa, yếu.	50	48,1
Chuyển dạ kéo dài	39	37,5
Tổng	104	100

Chỉ định đẻ chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch oxytocin do cơn co tử cung thưa, yếu chiếm cao nhất là 48,1%. Có 37,5% chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch oxytocin vì chuyển dạ kéo dài, còn 14,4 % do ối vỡ sớm. Độ mở cổ tử cung khi truyền oxytocin: Tỷ lệ đẻ chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch oxytocin trong giai đoạn Ia chiếm đa số là 71,2%. Trong đó có 13,5% thai phụ được đẻ chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch oxytocin khi cổ tử cung mở 1 cm, 27,9% thai phụ được đẻ chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch oxytocin khi cổ tử cung mở 2 cm và 29,8% thai phụ được đẻ chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch oxytocin khi cổ tử cung mở 3 cm. Tỷ lệ đẻ chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch oxytocin trong giai đoạn Ib chiếm đa số là 28,8%. Trong đó có 15,3% thai phụ được đẻ chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch oxytocin khi cổ tử cung mở 4 cm, 13,5% thai phụ được đẻ chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch oxytocin khi cổ tử cung mở 5 cm.

Bảng 3. Phân bố đối tượng theo chỉ số Bishop trước khi đẻ chỉ huy bằng truyền TM oxytocin (n=104)

Chỉ số Bishop	Số lượng	Tỷ lệ (%)
3 - 4	12	11,5
5 - 6	28	27,0
> 6	64	61,5
Tổng	104	100
Trung bình	$6,18 \pm 0,13$	

Tỷ lệ thai phụ đẻ chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch oxytocin có chỉ số Bishop > 6 điểm chiếm 61,5 %, từ 5 – 6 điểm là 27% và từ 3 – 4 điểm là 11,5%. Chỉ số Bishop trung bình là $6,18 \pm 0,13$.

3.2. Phân tích kết quả đẻ chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch oxytocin

Kết quả đẻ chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch oxytocin: Tỷ lệ thành công của đẻ chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch Oxytocin là 73,1%, tỷ lệ thất bại là 26,9%.

Nguyên nhân đẻ chỉ huy bằng oxytocin thất bại

Bảng 4. Nguyên nhân đẻ chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch Oxytocin thất bại (N=28)

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cổ tử cung không tiến triển	14	50
Thai suy	10	35,7
Ngôi không lọt	4	14,3
Cơn co tử cung cường tính	0	0
Tổng	28	100

Trong các nguyên nhân thất bại đa số là do cổ tử cung không tiến triển chiếm 50%, tiếp đến là do thai suy chiếm 35,7%, nguyên nhân do ngôi không lọt chiếm 14,3%. Chi

số Apgar của trẻ sơ sinh ở phút thứ nhất và phút thứ năm: 100% trẻ có chỉ số Apgar ≥ 7 ở phút thứ nhất và phút thứ năm. Thay đổi nhịp tim thai dễ chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch oxytocin: 86,5% tim thai bình thường, DIP II chiếm 13,5%, không có DIP biến đổi.

Bảng 5. Mối liên quan giữa kết quả đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin và một số yếu tố (n=104)

Kết quả Điểm Bishop	Thành công		Thất bại		χ^2, p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
≤ 6	15	19,7	18	64,3	$\chi^2 = 18,75$ $p = 0,0003$
> 6	61	80,3	10	35,7	
Số lần sinh	Thành công		Thất bại		χ^2, p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Con rạ	40	52,6	8	28,6	$\chi^2 = 4,77$ $p = 0,19$
Con so	36	47,4	20	71,4	

Chỉ số Bishop ≤ 6 điểm chiếm 19,7% tỷ lệ thành công đẻ đường âm đạo và chiếm 64,3% tỷ lệ thất bại. Chỉ số Bishop > 6 điểm chiếm 80,3% tỷ lệ thành công đẻ đường âm đạo và chiếm 35,7% tỷ lệ thất bại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm thai phụ con rạ có tỷ lệ thành công đẻ đường âm đạo là 52,6% và tỷ lệ thất bại là 28,6%. Nhóm thai phụ con so có tỷ lệ thành công đẻ đường âm đạo là 47,4% và tỷ lệ thất bại là 71,4%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $27,2 \pm 4,2$, kết quả này gần tương đương với nghiên cứu của Phạm Hồng Yến² $\pm 2,17$. The occupation of most pregnant women is employee. The rate of vaginal delivery was 82,7% . The rate of failed induction requiring cesarean section was 17,3%. The main cause of cesarean section is cervical dilation no progress (57,9% trên 220 thai phụ được chỉ định đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin tại Khoa Sản Bệnh viện A Thái Nguyên, tuổi trung bình của sản phụ là $27 \pm 5,19$ tuổi.

Theo kết quả bảng 3.1 cho thấy số thai phụ con so chiếm tỷ lệ 53,8% và số thai phụ con rạ chiếm 46,2%. Kết quả nghiên cứu có sự tương đồng với nghiên cứu của Phạm Hồng Yến² $\pm 2,17$. The occupation of most pregnant women is employee. The rate of vaginal delivery was 82,7% . The rate of failed induction requiring cesarean section was 17,3%. The main cause of cesarean section is cervical dilation no progress (57,9%, có tỷ lệ con so là 56,4%. Tỷ lệ đẻ chỉ huy ở những người phụ nữ sinh con lần đầu có thể do ở những sản phụ này, tử cung chưa từng được thử thách nên sự giãn nở của âm đạo và các cơ quan vùng đáy chậu kém, sự xóa mờ tử cung kém và dài hơn, tiền lượng cuộc đẻ 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.

Theo bảng 3.2, chỉ định sử dụng oxytocin truyền tĩnh mạch chủ yếu gặp ở các trường hợp cơn co tử cung thưa, yếu,

chiếm tỷ lệ 48,2%. Chuyển dạ kéo dài là 37,3%. Còn lại có 14,5% trường hợp do ối vỡ sớm.

Việc chỉ huy bằng oxytocin ở nhóm nguyên nhân cơn co tử cung thưa, yếu có ý nghĩa quan trọng nhằm tăng trương lực và tần số cơn co tử cung, giúp rút ngắn thời gian chuyển dạ, giảm nguy cơ kiệt sức cho mẹ và suy thai do chuyển dạ kéo dài. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cũng nhấn mạnh cần giám sát chặt chẽ vì oxytocin có thể gây tăng co tử cung, giảm tưới máu nhau thai, dẫn đến biến chứng suy thai cấp nếu dùng không đúng liều hoặc không được theo dõi liên tục.

Nhóm chuyển dạ kéo dài chiếm 37,3%, là nguyên nhân đứng thứ hai trong các chỉ định sử dụng oxytocin. Theo Phạm Hồng Yến và cộng sự² $\pm 2,17$. The occupation of most pregnant women is employee. The rate of vaginal delivery was 82,7% . The rate of failed induction requiring cesarean section was 17,3%. The main cause of cesarean section is cervical dilation no progress (57,9%, tỷ lệ chỉ định truyền oxytocin do chuyển dạ kéo dài tại Bệnh viện A Thái Nguyên là 30,9%, gần tương đồng với kết quả của chúng tôi. Điều này có thể do đa số thai phụ là con lần đầu dẫn đến thời gian chuyển dạ kéo dài, cũng như phản ánh thực tế lâm sàng rằng, ngoài yếu tố cơn co yếu, chuyển dạ kéo dài còn có thể do ngôi, khung chậu, hoặc rối loạn phối hợp cơn co tử cung. Việc chỉ huy chuyển dạ bằng oxytocin trong các trường hợp này giúp điều chỉnh hoạt động cơn co, thúc đẩy tiến triển cuộc sinh, nhưng cần được cân nhắc thận trọng để tránh tăng nguy cơ rách cổ tử cung hoặc suy thai.

Về kết quả đẻ chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch oxytocin, tỷ lệ thành công là 73,1%, thất bại là 26,9%. Kết quả này tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Huỳnh và cộng sự (2019)¹³ về đẻ chỉ huy bằng tuyến tĩnh mạch oxytocin với tỷ lệ thành công là 76,1% và thất bại là 23,9%. Nghiên cứu này có kết quả thấp hơn của Phạm Hồng Yến và cộng sự² $\pm 2,17$. The occupation of most pregnant women is employee. The rate of vaginal delivery was 82,7% . The rate of failed induction requiring cesarean section was 17,3%. The main cause of cesarean section is cervical dilation no progress (57,9%, tỷ lệ thành công chiếm 82,7%. Sự khác biệt này có thể giải thích là do chỉ định truyền, thời điểm truyền, liều truyền, tỷ lệ giảm đau trong đẻ... ở các nghiên cứu là khác nhau.

Về nguyên nhân đẻ chỉ huy bằng oxytocin truyền tĩnh mạch thất bại, đa số các trường hợp do cổ tử cung không tiến triển (50%), trong các trường hợp cổ tử cung không tiến triển có 9 trường hợp nằm ở nhóm có chỉ số Bishop 3 - 4 điểm trước truyền và 02 trường hợp có chỉ số Bishop 5 - 6 điểm. Kết quả của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Huỳnh và cộng sự¹³ chỉ định mổ lấy thai vì CTC không tiến triển 43,5%.

Tất cả trẻ sơ sinh đẻ đường âm đạo hay mổ lấy thai đều có chỉ số Apgar trên 7 điểm ở phút đầu tiên. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Phạm Hồng Yến⁶. Tuy nhiên, do nghiên cứu chưa thu thập một cách hệ thống các biến cố ở mẹ như băng huyết sau sinh, tăng trương lực tử cung, vỡ tử cung, nhiễm trùng hậu sản, rách tầng sinh môn độ 3-4 hay tỷ lệ trẻ phải nhập đơn vị hồi sức sơ sinh, kết quả của chúng tôi chỉ cho phép nhận định chưa ghi nhận kết cục sơ sinh xấu rõ rệt trong mẫu nghiên cứu, mà chưa đủ

cơ sở để kết luận tính an toàn toàn diện của phương pháp. Đây là một hạn chế của nghiên cứu cần được khắc phục trong các nghiên cứu tiếp theo.

Bảng 3.5 cho thấy thấy chỉ số Bishop > 6 điểm có tỷ lệ thành công đẻ đường âm đạo là 80,3% cao hơn tỷ lệ thành công nhóm chỉ số Bishop ≤ 6 điểm, nghiên cứu này có kết quả tương đồng với nghiên cứu của Phạm Hồng Yến⁶ tỷ lệ thành công ở nhóm có chỉ số Bishop > 6 điểm là 96,4% bao giờ cũng cao hơn nhóm chỉ số Bishop ≤ 6 điểm. Trong khi đó, tiền sử sản khoa không phải là yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công của phương pháp này, kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Trâm⁸ với nhóm sản phụ con so OR = 5,22 (95% CI: 2,08 – 13,08) và RR = 1,26 (95% CI: 1,13 – 1,42). Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa khẳng định mối liên quan giữa chỉ số Bishop trước khi truyền đẻ chỉ huy và kết quả đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin, cổ tử cung càng chín muồi thì tỷ lệ thành công càng cao. Vì vậy, nên đánh giá chỉ số Bishop cho tất cả những thai phụ chuyển dạ đẻ và những thai phụ có chỉ định đẻ chỉ huy tĩnh mạch và nên thực hiện các biện pháp làm chín muồi cổ tử cung trước để làm tăng chỉ số Bishop trước khi chỉ định.

5. KẾT LUẬN

Phương pháp đẻ chỉ huy bằng truyền tĩnh mạch oxytocin được áp dụng tại Trung tâm Y tế Lục Yên có tỷ lệ thành công 73,1%; nguyên nhân thất bại chủ yếu là cổ tử cung không tiến triển (50%). 100% trẻ sơ sinh có Apgar ≥ 7 ở phút 1 và phút 5; trong mẫu nghiên cứu chưa ghi nhận biến chứng nặng ở mẹ, song với cỡ mẫu và thiết kế hiện tại, kết quả chỉ cho phép kết luận chưa ghi nhận kết cục sơ sinh xấu rõ rệt, chưa đủ cơ sở để khẳng định tính an toàn toàn diện. Trong các yếu tố được khảo sát, điểm Bishop > 6 tại thời điểm truyền oxytocin liên quan có ý nghĩa với tăng tỷ lệ thành công ($p < 0,001$). Cần các nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn, theo dõi đầy đủ các biến cố ở mẹ (băng huyết, vỡ tử cung, rách tầng sinh môn, nhiễm trùng) để đánh giá toàn diện hơn về tính an toàn của phương pháp.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(3):933-938. doi:10.1016/j.ajog.2004.05.044.

[2] Landy HJ, Laughon SK, Bailit JL, et al. Characteristics associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2011;117(3):627-635. doi:10.1097/AOG.0b013e31820afaf2.

[3] Grobman WA, Rice MM, Reddy UM, et al. Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. *N Engl J Med.* 2018;379(6):513-523. doi:10.1056/NEJMoa1800566.

[4] Middleton P, Shepherd E, Morris J, Crowther CA, Gomersall JC. Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;7(7):CD004945. doi:10.1002/14651858.CD004945.pub5.

[5] Lueth GD, Kebede A, Medhanyie AA. Prevalence, outcomes and associated factors of labor induction among women delivered at public hospitals of MEKELLE town-(a hospital based cross sectional study). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):203. doi:10.1186/s12884-020-02862-7.

[6] Phạm Hồng Yến, Phạm Mỹ Hoài. 34. KẾT QUẢ ĐẸ CHỈ HUY TĨNH MẠCH BẰNG OXYTOCIN Ở THAI PHỤ ĐỦ THÁNG TẠI BỆNH VIỆN A THÁI NGUYÊN. *Tạp Chí Học Cộng Đồng.* 2025;66(2). doi:10.52163/yhc.v66i2.2091.

[7] ReddyUM, SandovalGJ, TitaATN, et al. Oxytocin regimen used for induction of labor and pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2024;6(12):101508. doi:10.1016/j.ajogmf.2024.101508.

[8] Hoàng Thị Ngọc Trâm. 20. Một số yếu tố liên quan đến kết quả của đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin ở thai đủ tháng. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học.* 2025;192(7):178-186. doi:10.52852/tcncyh.v192i7.3511.

[9] Sanchez-Ramos L, Levine LD, Sciscione AC, et al. Methods for the induction of labor: efficacy and safety. *Am J Obstet Gynecol.* 2024;230(3S):S669-S695. doi:10.1016/j.ajog.2023.02.009.

[10] Dương Thị Khao Ry, Dương Mỹ Linh, Nguyễn Hữu Dự, Bùi Quang Nghĩa, Trần Trọng Nhân. KẾT QUẢ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ BẰNG OXYTOCIN VÀ DINOPROSTONE TRÊN THAI TRÊN 37 TUẦN. *Tạp Chí Dược Học Cần Thơ.* 2024;(76):159-165. doi:10.58490/ctump.2024i76.2674.

[11] Chang TA, Li YR, Ding DC. Oxytocin and vaginal dinoprostone in labor induction: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynecol Obstet.* 2024;166(2):626-638. doi:10.1002/ijgo.15443.

[12] Trung tâm Y tế Lục Yên. Báo Cáo Công Tác Năm 2023, 2024 Của Khoa CSSKSS và Phụ Sản.

[13] Nguyễn Văn Huỳnh, Trần Thị Quỳnh Chi, Nguyễn Thị Kim Ngân, Tạ Thị Mỹ Hạnh, Nguyễn Công Điệp. Kết quả đẻ chỉ huy bằng truyền Oxyticin tĩnh mạch tại Viện Y học biển năm 2019. *Viện Y học biển;* 2019. Accessed January 22, 2026. <http://lib.vinimam.org.vn:8080/handle/123456789/167>.

