

thể tiết ra các chất Endorphin có tác dụng giảm đau rất mạnh, tại vùng kích thích hệ thống lưới mao mạch tăng, huyết quản tân sinh, lượng máu lưu thông tăng nhiều. Điện châm còn có tác dụng ức chế dẫn truyền cảm giác đau trong cung phản xạ đau do đó làm dịu cơn đau. Xoa bóp bấm huyệt vào cổ gáy có tác dụng thông qua tác động vào huyết và kinh lạc, có tác dụng điều hòa dinh vệ, thông kinh lạc, điều hòa chức năng tạng phủ và lập lại cân bằng âm dương [3]. Mặt khác, xoa bóp bấm huyệt làm tăng sức bền bỉ của cơ, giảm co cứng, tăng tính hoạt động của dây chằng, tăng cường tuần hoàn đến vùng được xoa bóp do đó có tác dụng làm giảm đau, giãn cơ. Chính việc phối hợp tác dụng hiệp đồng của hai phương pháp điện châm và xoa bóp bấm huyệt mà hiệu quả giảm đau theo VAS ở cả 2 nhóm trong nghiên cứu đều tốt hơn.

Phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp siêu âm trị liệu có hiệu quả giảm đau tốt hơn phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt đơn thuần ( $p < 0,05$ ). Sự khác biệt này là do siêu âm trị liệu làm giảm đau do tác dụng trực tiếp lên cảm thụ thần kinh, tăng tuần hoàn tại chỗ và giãn cơ. Mặt khác tác dụng cơ học của siêu âm trị liệu như một sự xoa bóp vi tế hay xoa bóp nội tế bào giúp giảm đau [4]. Do mức độ đau theo thang điểm VAS, tầm vận động CSC và tình trạng cơ cơ sau 15 ngày điều trị ở nhóm nghiên cứu đều tốt hơn nhóm chứng, nên mức độ cải thiện hội chứng CSC của phương pháp phối hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt và siêu âm trị liệu hiệu quả hơn phương pháp điện châm và xoa bóp bấm huyệt đơn thuần.

## V. KẾT LUẬN

## NHẬN XÉT KẾT QUẢ SINH THƯỜNG TRÊN SẢN PHỤ CÓ SẸO PHẪU THUẬT LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN 198

Phùng Văn Huệ<sup>1</sup>, Phạm Huy Hiền Hào<sup>2</sup>,  
Nguyễn Văn Hải<sup>3</sup>, Đinh Thị Xuân Nhi<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện 198

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>4</sup>Đại học Y Quốc gia Odessa

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Văn Huệ

Email: phungvanhue198@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 01.12.2023

Phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị HCCVCT trong thời gian 15 ngày có tác dụng cải thiện hội chứng CSC, bao gồm cải thiện mức độ đau, cải thiện tầm vận động CSC và cải thiện mức độ cơ cơ. Mức độ cải thiện ở nhóm NC tốt hơn nhóm ĐC sử dụng điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt với  $p < 0,05$ .

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân.** Hội chứng cổ vai cánh tay. Hà Nội: Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam; 2014.
2. **Bộ Y tế.** Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền, Quy trình 46. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học 2008.
3. **Nguyễn Nhược Kim.** Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2013.
4. **Nguyễn Xuân Nghiê.** Phục hồi chức năng. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2018.
5. **Trần Thanh Phương.** Đánh giá tác dụng của cát can thang điện châm và vận động không xung lực điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ. Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
6. **Nguyễn Văn Tuấn.** Đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng cổ vai tay do thoái hóa đốt sống cổ bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;July 20:102-105.
7. **Corey DL CD.** Cervical radiculopathy. Med Clin North Am. 2014;98(4):791-799.
8. **Childress MA BB.** Nonoperative Management of Cervical Radiculopathy. Am Fam Physician. 2016;93(9):746-754.
9. **Somaye Kazeminasab SAN, Parastoo Amiri, Hojjat Pourfathi, Mostafa Araj-Khodaie.** Neck pain: global epidemiology, trends and risk factors. BMC Musculoskelet Disord. 2022;23:26.
10. **Wang C TF, Zhou Y, He W, Cai Z.** The incidence of cervical spondylosis decreases with aging in the elderly, and increases with aging in the young and adult population: a hospital-based clinical analysis. Clin Interv Aging. 2016;11:47-53.

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả sinh thường trên sản phụ có sẹo phẫu thuật lấy thai tại bệnh viện 198. **Đối tượng và phương pháp:** Tất cả các sản phụ có tiền sử sinh bằng phương pháp phẫu thuật lấy thai một lần đến sinh tại bệnh viện 198 có chỉ định theo dõi sinh thường từ năm 2018 đến 2022. **Kết quả:** Thời gian rặn đẻ 30-60 phút chiếm tỷ lệ cao nhất (49,6%), có 6 trường hợp không rặn đẻ gồm 03 sản phụ cổ tử cung không tiến triển và 03 sản phụ có dấu hiệu suy thai. Sinh thường thành công (84,2%) và phải chuyển mổ lấy thai (15,8%) (nguyên nhân: vỡ tử cung chiếm 2,3%, đầu không lọt chiếm 4,5%, CTC không tiến

triển chiếm 4,5%, dọa vỡ tử cung chiếm 2,3% và Suy thai chiếm 2,3%). Tai biến và biến chứng: Chảy máu sau sinh (4,5%); vỡ tử cung (2,25%), đều được xử trí bảo tồn, chỉ có 01 trường hợp tử vong sơ sinh (0,75%), sơ sinh ngạt (0,75%), nhiễm trùng (0,75%), Apgar thấp (2,25%), không có tử vong mẹ. Các yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê: Tổng thời gian theo dõi đẻ (OR: 1,6; 95% CI: 1,2 – 2,2); Sử dụng oxytocin (OR 0,1; 95% CI: 0,02 – 0,4); trọng lượng thai (OR 1,003; 95% CI: 1,001 – 1,004); khoảng cách mổ lấy thai (OR 0,9; 95% CI: 0,92 – 0,99) và tiền sử sinh đường âm đạo (OR 4,5; 95% CI: 1,03 – 20,08). **Kết luận:** Sản phụ có sẹo phẫu thuật lấy thai lần 1 có thể theo dõi sinh thường nếu đủ điều kiện. Sinh thường sau phẫu thuật lấy thai nên được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa giàu kinh nghiệm và cơ sở y tế có phương tiện và điều kiện hồi sức tốt.

**Từ khóa:** Sinh đường âm đạo sau mổ lấy thai, thử nghiệm chuyển dạ sau phẫu thuật lấy thai

## SUMMARY

### EVALUATION OF EARLY TREATMENT RESULTS OF TORSION OVARIAN TUMOR AT 103 MILITARY HOSPITAL

**Objectives:** Review the results of vaginal birth after cesarean section at hospital 198. **Subjects and methods:** All pregnant women with once previous cesarean section admitted to hospital 198 have had indication to trial of labor from 2018 to 2022. **Results:** The duration of pushing was mainly from 30 to 60 minutes with a rate of 49.6%. There were 6 cases of no pushing, including 03 women with cervix that did not progress and 03 women with signs of fetal distress. Successful vaginal birth accounts for 84.2% and cesarean section conversion accounts for 15.8% (causes include: uterine rupture accounts for 2.3%, head failure accounts for 4.5%, cervical non-progression accounts for 4.5%). 4.5%, threatened uterine rupture accounted for 2.3% and fetal failure accounted for 2.3%). Complications and complications: Postpartum bleeding (4.5%); There were 3 cases of uterine rupture (2.25%), all were treated conservatively, there was only 01 case of neonatal death, accounting for 0.75%, there was 01 case of neonatal asphyxia (0.75%), 01 case of neonatal death. Infectious cases (0.75%), 03 cases with low Apgar (2.25%), no maternal death. Factors that have a statistically significant impact on vaginal birth outcomes include: Total time of labor monitoring (OR: 1.6; 95% CI: 1.2 - 2.2); Use oxytocin (OR 0.1; 95% CI: 0.02 – 0.4); fetal weight (OR 1.003; 95% CI: 1.001 – 1.004); interval of cesarean section (OR 0.9; 95% CI: 0.92 - 0.99) and history of vaginal delivery (OR 4.5; 95% CI: 1.03 - 20.08). **Conclusion:** Pregnant women with once previous cesarean section can follow up vaginal delivery if eligible. Vaginal birth after cesarean section should be performed by an experienced specialist and a medical facility with good resuscitation facilities and conditions.

**Keywords:** Vaginal birth after cesarean section, trial of labor after cesarean section

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh đường âm đạo sau mổ lấy thai (VBAC) mô tả một ca sinh đường âm đạo ở những phụ nữ đã từng sinh bằng phương pháp phẫu thuật trong một lần mang thai trước. Mặc dù là một thực hành được chấp nhận và nói chung an toàn, các biến chứng tiềm ẩn nghiêm trọng bao gồm vỡ tử cung hoặc sa tử cung và bệnh tật liên quan ở mẹ và hoặc trẻ sơ sinh. VBAC có liên quan đến việc giảm tỷ lệ mắc bệnh ở mẹ và giảm nguy cơ biến chứng trong những lần mang thai sau này. Việc tăng sinh VBAC cũng sẽ làm giảm tỷ lệ sinh bằng phương pháp phẫu thuật chung.

Trong thời gian gần đây, số lần phẫu thuật lấy thai ở sản phụ tăng lên do đó nguy cơ biến chứng sản khoa cũng tăng lên đáng kể. Các biến chứng này bao gồm: chảy máu sau sinh, rau tiền đạo, rau cài răng lược và các rối loạn liên qua đến rau thai. Từ thực tế đó chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Nhận xét kết quả sinh thường trên sản phụ có sẹo phẫu thuật lấy thai tại bệnh viện 198.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả các sản phụ có tiền sử sinh bằng phương pháp phẫu thuật lấy thai một lần đến sinh tại bệnh viện 198 có chỉ định theo dõi sinh thường từ năm 2018 đến 2022.

### \* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Sẹo mổ ngang đoạn dưới tử cung, chỉ định mổ lấy thai lần trước không tồn tại
- Ngồi chằm, khung chậu và trọng lượng thai nhi tương xứng
- Không kèm biến chứng nội khoa hay sản khoa, cơ sở y tế đủ điều kiện phẫu thuật cấp cứu.

### \* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những trường hợp sinh mổ từ 2 lần trở lên, chỉ định mổ lấy thai lần trước tồn tại
- Sẹo mổ dọc thân tử cung hoặc chữ T, bóc nhân xơ tử cung, xén góc tử cung, tiền căn vỡ tử cung
- Ngồi thai bất thường, nghi ngờ bất tương xứng đầu chậu, thai to.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**\*Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang hồi cứu.

**\*Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Mô tả cắt ngang chọn mẫu thuận tiện không xác suất. Vì vậy, các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian trên đều được đưa vào mẫu nghiên cứu.

**\*Các bước tiến hành, phương pháp thu thập số liệu:** Xây dựng phiếu thu thập số liệu được dựa trên mục tiêu nghiên cứu, biến số

nghiên cứu.

**\*Xử lý số liệu:** Phân tích và xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học thông qua chương trình SPSS 20.

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### 3.1. Kết quả theo dõi sinh thường

**Bảng 1. Kết quả theo dõi sinh thường**

	Sinh thường	Phẫu thuật
Số lượng	112 (84,2%)	21 (15,8%)
<b>Tổng</b>	<b>133</b>	

**Nhận xét:** Tỷ lệ sinh thường thành công chiếm 84,2%. Kết quả này tương tự tác giả Grinstead, 77,9% chuyển dạ thành công. Trong phương trình hồi quy logistic nhị phân cuối cùng, việc sinh thường trước đó ([OR] 3,75; 95% [CI] 1,96, 7,18) có mối liên hệ độc lập với tăng khả năng sinh thường sau khi chuyển dạ thử. Ngược lại, sinh mổ trước do đẻ khó (OR 0,46; KTC 95% 0,27, 0,79), khởi phát chuyển dạ hoặc quá ngày dự kiến sinh (OR 0,46; KTC 95% 0,27, 0,78), cần làm chín muồi cổ tử cung (OR 0,35; 95% CI 0,20, 0,61) và bệnh tiểu đường thai kỳ hoặc có sẵn của mẹ (OR 0,16; 95% CI 0,06, 0,40) là các yếu tố liên quan đến việc giảm khả năng chuyển dạ thành công [1]

#### 3.2. Chảy máu sau sinh

**Bảng 2. Chảy máu sau sinh**

	Chảy máu	Không chảy máu
Số lượng	6 (4,5%)	127(95,5%)
<b>Tổng</b>	<b>133</b>	

**Nhận xét:** Tỷ lệ chảy máu sau sinh là rất thấp chỉ có 6 trường hợp chiếm 4,5%. Nguyên nhân chảy máu sau sinh gồm vỡ tử cung, đờ tử cung và chấn thương tầng sinh môn gây chảy máu nhiều. So sánh với nghiên cứu Jiaming Rao về khoảng cách giữa 2 lần sinh cho thấy trong phân tích đa biến, tỷ lệ xuất huyết sau sinh (OR 19,6, KTC 95%: 4,4–90,9,  $p < 0,05$ ) tăng đáng kể ở những phụ nữ có IDI < 24 tháng. [2]

#### 3.3. Tỷ lệ vỡ tử cung

**Bảng 3. Vỡ tử cung**

	Vỡ tử cung	Không vỡ
Số lượng	3(2,25%)	130(97,75%)
<b>Tổng</b>	<b>133</b>	

**Nhận xét:** Tỷ lệ vỡ tử cung chiếm 2,25%. So sánh với tác giả K. D. Gregory, trong số những phụ nữ có tiền sử sinh mổ lấy thai, 61,4% đã thử VBAC và 34,8% đã thành công, vỡ tử cung (0,07%). Phụ nữ đã từng mổ lấy thai có nguy cơ bị vỡ tử cung cao hơn 16,98 lần (95% CI 13,51, 21,43), tỷ lệ có thể quy cho là 66% (95% CI 60%, 73%). Những phụ nữ sinh con tại các bệnh viện có tỷ lệ cố gắng thực hiện VBAC

có nhiều khả năng sinh VBAC thành công hơn tuy nhiên dễ bị vỡ tử cung. Do đó, theo dõi chuyển dạ chặt chẽ và có thể tiến hành mổ lấy thai cấp cứu là một đảm bảo quan trọng. [3]

#### 3.4. Tỷ lệ tử vong mẹ và sơ sinh

**Bảng 4: Tử vong sơ sinh và mẹ**

	Có	Không
Sơ sinh	1(0,75%)	132(99,25%)
Mẹ	0	133

**Nhận xét:** Tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng, do đó có rất nhiều nghiên cứu ủng hộ sinh thường sau khi sinh mổ (VBAC) và vẫn còn nhiều tranh cãi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào mẹ tử vong, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả B. L. Flamm, trong số 1776 bệnh nhân trải qua thử nghiệm chuyển dạ, 1314 (74%) được sinh thường, không có tử vong mẹ. Có 01 trường hợp sơ sinh tử vong chiếm 0,75%. Như vậy, tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh tăng nhẹ đối với thử nghiệm chuyển dạ sau phẫu thuật mổ lấy thai (TOLAC), thường những trường hợp tử vong sơ sinh xảy ra liên quan đến vỡ tử cung. Do đó, nên cân nhắc sinh mổ lặp lại ở những sản phụ có sẹo tử cung trước đó mà quá trình chuyển dạ không tiến triển. [4]

#### 3.5. Biến chứng của trẻ sơ sinh

**Bảng 5: Biến chứng của trẻ sơ sinh**

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ngạt thai	1	0,75
Nhiễm trùng sơ sinh	1	0,75
Chỉ số Apgar thấp	3	2,25
Tử vong sơ sinh	1	0,75
Không	127	95,5
<b>Tổng cộng</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Nhóm không có biến chứng chiếm tỷ lệ 95,5%, trẻ hoàn toàn khỏe mạnh với chỉ số Apgar rất tốt. Kết quả này cho thấy các biến chứng sơ sinh cao hơn trong VBAC không thành công. Kết quả này tương tự kết quả của Gilbert, 2,7% thở nhanh thoáng qua ở trẻ sơ sinh được sinh bằng VBAC. Điều này có thể do cỡ mẫu lớn hơn trong nghiên cứu của họ. Tỷ lệ tử vong sơ sinh của chúng tôi là 0.75% do mẹ liên quan đến thời gian rặn đẻ, thai to, đẻ khó, và chỉ số Apgar thấp chiếm 2.25%. Do đó, tỷ lệ sinh VBAC trước đó có liên quan đến nguy cơ ngạt và suy hô hấp khi so sánh với bất kỳ phương thức nào. Như vậy, đó là một lựa chọn an toàn và có thể được khuyến nghị một cách đáng tin cậy. [5]

#### 3.6. Mối liên quan giữa tiền sử sinh đường âm đạo

**Bảng 6. Mối liên quan giữa tiền sử sinh đường âm đạo**

Tiền sử sinh thường	Kết quả		P 0,02
	Có	không	
Sinh đường âm đạo	46 (93,9%)	66 (78,6%)	OR: 4,18 (CI:1,16-15,02)
Phẫu thuật lấy thai	3(6,1%)	18 (21,4%)	
<b>Tổng</b>	<b>49</b>	<b>84</b>	

**Nhận xét:** Tỷ lệ sinh đường âm đạo thành công ở nhóm có tiền sử sinh đường âm đạo chiếm 93,9%. Mặt khác ở nhóm không có tiền sử sinh đường âm đạo thì chỉ 78,6% thành công. Như vậy, những sản phụ có tiền sử sinh đường âm đạo thì tỷ lệ sinh đường âm đạo cao gấp 4,18 lần những sản phụ không có tiền sử này, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,02 < 0,05$ . Kết quả của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Grinstead với việc sinh thường trước đó ([OR] 3,75; 95% [CI] 1,96, 7,18) vẫn có mối liên hệ độc lập với khả năng tăng khả năng sinh thường sau khi thử chuyển dạ. Điều này khá hợp lý do các yếu tố cố định không còn tồn tại: bất tương xứng đầu chậu, bệnh lý mãn tính của mẹ..., đồng thời đã từng sinh đường âm đạo thì quá trình xóa mở cổ tử cung, lọt ngôi và giãn nở tầng sinh môn, âm đạo diễn ra thuận lợi hơn. [1]

**3.7. Mối liên quan giữa thời gian theo dõi chuyển dạ và kết quả theo dõi sinh thường**

**Bảng 7. Liên quan giữa thời gian theo dõi chuyển dạ và kết quả theo dõi sinh thường**

	Kết quả	Số lượng	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Thời gian theo dõi chuyển dạ	Đẻ đường âm đạo	112	4,4 giờ	2,6
	Mổ lấy thai	21	6,4 giờ	2,3

**Nhận xét:** Thời gian theo dõi trung bình ở nhóm đẻ đường âm đạo mổ lấy thai lần lượt  $6,4 \pm 2,3$  giờ và  $4,4 \pm 2,6$  giờ. Sự khác biệt thống kê có ý nghĩa với  $p = 0,002 < 0,05$ . Do đó, thời gian chuyển dạ càng lâu tỷ lệ mổ lấy thai càng cao.

**3.8. Mối liên quan giữa khoảng cách mổ - thời điểm sinh và kết quả theo dõi sinh thường**

**Bảng 8. Liên quan giữa khoảng cách mổ - thời điểm sinh và kết quả theo dõi sinh thường**

Khoảng cách mổ	Kết quả	Đẻ đường âm đạo	Phẫu thuật lấy thai	Tổng
18 tháng		3(50%)	3(50%)	6
19 – 35 tháng		45(78,9%)	12(21,1%)	57

≥36 tháng	64(91,4%)	6(8,6%)	70
Tổng	112(84,2%)	21(15,8%)	133

**Nhận xét:** Nhóm ≤18 tháng có 3 trường hợp đẻ đường âm đạo thành công chiếm 50%. Nhóm ≥ 36 tháng có tỷ lệ đẻ đường âm đạo cao nhất trong 3 nhóm (91,4%). Có 6 sản phụ phải mổ lấy thai ở nhóm này (8,6%). Kết quả của Asgarian, năm 2020, (82) tuổi mẹ <40 tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI) bình thường, tuổi thai ≤40 tuần, cân nặng sơ sinh >4000 g và khoảng cách giữa các lần sinh ≥2 năm là những yếu tố liên quan ảnh hưởng đến sự thành công của VBAC. Tóm lại không có mối liên quan giữa khoảng cách mổ - thời điểm sinh và kết quả theo dõi đẻ với  $p = 0,1 > 0,05$  [6]

**3.9. Mối liên quan giữa truyền oxytocin và kết quả theo dõi sinh thường**

**Bảng 9. Liên quan giữa truyền oxytocin và kết quả theo dõi sinh thường**

Sử dụng Oxytocin	Kết quả	Đẻ đường âm đạo	Phẫu thuật lấy thai	Tổng
Có		17(68%)	8(32%)	25
Không		95(88%)	13(12%)	108
Tổng		112(84,2%)	21(15,8%)	133

**Nhận xét:** Tỷ lệ phẫu thuật lấy thai ở nhóm có sử dụng oxytocin cao hơn (32% > 12%). Trong khi đó, nhóm đẻ đường âm đạo không sử dụng chiếm 88%. Kết quả này cho thấy sự thất bại khi sử dụng Oxytocin sẽ có tỷ lệ mổ lấy thai cao hơn. Nghiên cứu của E. P. Sakala cho thấy lý do việc sử dụng oxytocin chuyển dạ thất bại cao hơn. Trong số 237 sản phụ trong nghiên cứu, kết quả sinh của 73 phụ nữ sử dụng oxytocin được so sánh với 164 phụ nữ không sử dụng. Thử nghiệm chuyển dạ thành công xảy ra ở nhóm có sử dụng oxytocin: 68%, so với 89% ở nhóm không dùng oxytocin. Như vậy, cần cân nhắc truyền oxytocin đúng chỉ định và điều chỉnh liều đặc biệt ở sản phụ có tiền sử mổ lấy thai. Đối với những bệnh nhân đã mổ lấy thai trước đó truyền oxytocin có kiểm soát là an toàn. Vì vậy cần giám sát việc sử dụng oxytocin trong thử nghiệm chuyển dạ sau mổ lấy thai để tránh các biến chứng là cần thiết. [7]

**3.10. Mối liên quan giữa cân nặng sơ sinh và kết quả theo dõi sinh thường**

**Bảng 10. Liên quan giữa cân nặng sơ sinh và kết quả theo dõi sinh thường**

Trọng lượng sơ sinh	Kết quả	Đẻ đường âm đạo	Phẫu thuật lấy thai	Tổng
≤3000 gr		42(93,3%)	3(6,7%)	45

3100 – 3700 gr	66(83,5%)	13(16,5%)	79
> 3700 gr	4(44,4%)	5(56,6%)	9
Tổng	112(84,2%)	21(15,8%)	133

**Nhận xét:** Bảng 10 cho thấy: Trong nhóm trọng lượng sơ sinh  $\leq 3000$ gr, tỷ lệ đẻ đường âm đạo chiếm 93,3%. Đây có thể được coi là cân nặng lý tưởng trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong khi đó, nhóm  $\geq 3700$  gram, tỷ lệ phẫu thuật lấy thai cao hơn tỷ lệ đẻ đường âm đạo. Do vậy, tỷ lệ mổ lấy thai tăng lên theo cân nặng thai nhi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,002 < 0,05$ . Kết quả của tác giả R. Maroyi cho thấy rằng phụ nữ có thai nhi to có nhiều khả năng có VBAC không thành công dẫn đến RCS. IDI tối ưu không đủ để đảm bảo VBAC thành công. Khi bệnh nhân đến bệnh viện, các bác sĩ nên đánh giá lại khả năng đủ điều kiện để thử VBAC dựa trên điểm số Bishop của họ và liệu họ có khởi phát chuyển dạ tự nhiên hay không để giảm rủi ro sức khỏe của RCS. [8]

### 3.11. Hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến kết quả theo dõi đẻ đường âm đạo

**Bảng 11: Hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến kết quả theo dõi đẻ đường âm đạo**

Các biến số	B	p	OR	95% CI
Tiền sử sinh đường âm đạo	1,51	0,045	4,5	1,03–20,08
Khoảng cách mổ lấy thai	-0,42	0,032	0,95	0,92–0,99
Tổng thời gian theo dõi đẻ	0,5	0,001	1,65	1,24–2,2
Sử dụng Oxytocin	-2,17	0,003	0,11	0,02–0,46
Trọng lượng thai	0,003	0,003	1,003	1,001–1,004

**Nhận xét:** Khi tiến hành phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến tỷ lệ thành công của VBAC chúng tôi tìm thấy các yếu tố có ý nghĩa thống kê là: Trọng lượng thai nhi; khoảng cách mổ lần trước; sử dụng oxytocin; tổng thời gian theo dõi chuyển dạ; thời gian rặn đẻ; tiền sử sinh đường âm đạo. Tuy nhiên khi đưa vào mô hình hồi quy đa biến chúng tôi tìm được các yếu tố phối hợp ảnh hưởng có ý nghĩa đến kết quả thành công của VBAC theo mức độ tác động từ cao đến thấp là: Tổng thời gian theo dõi đẻ (OR: 1,6; 95% CI: 1,2 – 2,2); Sử dụng oxytocin (OR 0,1; 95% CI: 0,02 – 0,4); trọng lượng thai (OR 1,003; 95% CI: 1,001 – 1,004); khoảng cách mổ lấy thai (OR 0,9; 95% CI: 0,92 – 0,99) và tiền sử sinh đường âm đạo (OR 4,5; 95% CI: 1,03 – 20,08). Trong khi đó nghiên cứu của J. Grinstead (2004) thì tổng số 429 phụ nữ tham gia nghiên cứu, 334 (77,9%) đã chuyển dạ thành công. Trong phương trình hồi quy logistic nhị phân cuối

cùng, việc sinh thường trước đó (tỷ lệ chênh lệch [OR] 3,75; khoảng tin cậy 95% [CI] 1,96, 7,18) vẫn có mối liên hệ độc lập với khả năng tăng khả năng sinh thường sau khi chuyển dạ thử. Ngược lại, sinh mổ trước do đẻ khó (OR 0,46; KTC 95% 0,27, 0,79), khởi phát vào hoặc quá ngày dự kiến sinh (OR 0,46; KTC 95% 0,27, 0,78), cần làm chín muồi cổ tử cung (OR 0,35; 95% CI 0,20, 0,61) và bệnh tiểu đường thai kỳ hoặc có sẵn của mẹ (OR 0,16; 95% CI 0,06, 0,40) là tất cả các yếu tố liên quan đến việc giảm khả năng chuyển dạ thành công. [1]

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ sinh thường thành công chiếm 84,2%
- Tỷ lệ các biến chứng: chảy máu sau sinh (4,5%), tử vong sơ sinh (0,75%), tử vong mẹ (0%)
- Tỷ lệ biến chứng sơ sinh chiếm 4,5%, gồm: ngạt thai (0,75%), nhiễm trùng sơ sinh (0,75%),
- Có mối liên quan giữa kết quả theo dõi sinh thường với tiền sử sinh đường âm đạo, thời gian theo dõi chuyển dạ, khoảng cách mổ - thời điểm sinh và việc truyền oxytocin

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J. Grinstead và W. A. Grobman (2004). Induction of labor after one prior cesarean: predictors of vaginal delivery. *Obstet Gynecol*, 103 (3), 534-538.
2. J. Rao, D. Fan, H. Ma và cộng sự (2022). Is there an optimal inter-delivery interval in women who underwent trial of labor after cesarean delivery (TOLAC)? *Reproductive Health*, 19 (1), 14.
3. K. D. Gregory, L. M. Korst, P. Cane và cộng sự (1999). Vaginal birth after cesarean and uterine rupture rates in California. *Obstetrics & Gynecology*, 94 (6), 985-989.
4. B. L. Flamm, O. W. Lim, C. Jones và cộng sự (1988). Vaginal birth after cesarean section: Results of a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol*, 158 (5), 1079-1084.
5. S. A. Gilbert, W. A. Grobman, M. B. Landon và cộng sự (2012). Elective repeat cesarean delivery compared with spontaneous trial of labor after a prior cesarean delivery: a propensity score analysis. *Am J Obstet Gynecol*, 206 (4), 311.e311-319.
6. A. Asgarian, N. Rahmati, F. Nasiri và cộng sự (2020). The Failure Rate, Related Factors, and Neonate Complications of Vaginal Delivery after Cesarean Section. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 25 (1), 65-70.
7. E. P. Sakala, S. Kaye, R. D. Murray và cộng sự (1990). Oxytocin use after previous cesarean: why a higher rate of failed labor trial? *Obstet Gynecol*, 75 (3 Pt 1), 356-359.
8. R. Maroyi, B. Naomi, M. K. Moureau và cộng sự (2021). Factors Associated with Successful Vaginal Birth After a Primary Cesarean Section in Women with an Optimal Inter-Delivery Interval. *Int J Womens Health*, 13, 903-909.