

Khảo sát kết quả kết thúc chuyển dạ và một số yếu tố ảnh hưởng đến giai đoạn II chuyển dạ ở thai phụ sinh con so đủ tháng

Võ Hoàng Lâm¹, Nguyễn Hoàng¹, Lê Lam Hương^{1*}
(1) Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm giai đoạn 2 chuyển dạ và kết quả kết thúc thai kỳ. **Đối tượng phương pháp nghiên cứu:** Gồm 725 trường hợp sản phụ mang thai con so được theo dõi sinh ở giai đoạn 2 chuyển dạ tại Trung tâm Sản Phụ Khoa, Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế trong thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 08/2023. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Đơn thai. Ngôi chỏm. Tuổi thai từ 37 tuần đến 41 tuần 6 ngày. Chiều cao ≥ 145 cm. Tiêu chuẩn loại trừ: CTG nhóm 2 và 3 trong giai đoạn 1 chuyển dạ. Không đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Trung bình thời gian giai đoạn II là $51,73 \pm 22,55$ phút. Trung bình thời gian giai đoạn II của nhóm sinh thường $46,45 \pm 16,27$, sinh thủ thuật $48,89 \pm 22,65$, mổ lấy thai $59,86 \pm 28,75$ ($p < 0,05$). Sinh thường 87,5%, mổ lấy thai 10,4%; sinh thủ thuật 2,2%. Ngôi thai chưa lọt ở giai đoạn 2 chuyển dạ có nguy cơ sinh thủ thuật hoặc mổ lấy thai cao gấp 19,5 lần ngôi thai đã lọt $p < 0,05$. Kiểu thể ngang hoặc kiểu thể sau can thiệp sinh thủ thuật hoặc mổ lấy thai nhiều hơn 6,4 lần kiểu thể trước $p < 0,05$. Ở giai đoạn II chuyển dạ có tần số cơn gò < 3 tăng nguy cơ mổ lấy thai hoặc sinh thủ thuật 5,5 lần so với nhóm có tần số cơn gò ≥ 3 ($p < 0,05$).

Từ khóa: chuyển dạ, mổ lấy thai, sinh thủ thuật, ngôi chỏm.

Outcomes and factors influencing the second stage of labour in singleton deliveries

Vo Hoang Lam¹, Nguyen Hoang¹, Le Lam Huong^{1*}
(1) Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Objective: To define the characteristics of the second stage of labour and the outcomes of labour. **Study design:** The study includes 725 cases of pregnant monitored during the second stage of labour at the Obstetrics Centers of Hue Central Hospital and the Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from January 2022 to August 2023. Inclusion criteria: Singleton pregnancy, cephalic presentation, gestational age between 37 and 41 weeks 6 days, height ≥ 145 cm. Exclusion criteria: Category 2 and 3 cardiotocography (CTG) during the first stage of labour, refusal to participate in the study. Methodology is a cross-sectional descriptive study with a convenient sample size. **Results:** The average duration of the second stage was 51.73 ± 22.55 minutes. The mean duration for vaginal deliveries was 46.45 ± 16.27 minutes, instrumental deliveries were 48.89 ± 22.65 minutes, and cesarean sections were 59.86 ± 28.75 minutes ($p < 0.05$). Vaginal deliveries constituted 87.5%, cesarean sections 10.4%, and instrumental deliveries 2.2%. Non-engagement of the fetal head in the second stage was associated with a 19.5 higher risk of instrumental or cesarean delivery compared to engaged presentations ($p < 0.05$). Occurrence of transverse or posterior positions had a 6.4 higher intervention rate for instrumental or cesarean deliveries than anterior positions ($p < 0.05$). Less than 3 contractions during the second stage increased the risk of cesarean or instrumental delivery by 5.5 times compared to those with ≥ 3 contractions ($p < 0.05$).

Keywords: Second stage of labour, cesarean delivery, instrumental delivery, fetal presentation.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chuyển dạ là quá trình sinh lý làm xóa mở cổ tử cung và đẩy thai, phần phụ của thai ra khỏi đường sinh dục của người mẹ. Chuyển dạ đủ tháng là chuyển dạ xảy ra từ đầu tuần 38 đến cuối tuần 42, lúc này

thai nhi đã có thể sống độc lập ngoài tử cung [4]. Giai đoạn 2 chuyển dạ là giai đoạn bắt đầu khi cổ tử cung mở hết đến khi sổ thai nhi ra ngoài. Thời gian trung bình của giai đoạn 2 chuyển dạ kéo dài khoảng 60 phút ở con so và 20 phút ở trường hợp con rạ, nhiều

Tác giả liên hệ: Lê Lam Hương; Email: llhuong@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 12/12/2023; Ngày đồng ý đăng: 10/6/2024; Ngày xuất bản: 25/6/2024

DOI: 10.34071/jmp.2024.3.18

yếu tố của cả mẹ và thai nhi sẽ ảnh hưởng lên kết quả kết thúc thai kỳ [13]. Nhiều trường hợp chuyển dạ tiến triển thuận lợi ở trong giai đoạn I nhưng khi bước sang giai đoạn II gặp phải yếu tố không thuận lợi như cơn gò không hữu hiệu, sự bất tương xứng giữa ngôi thai và khung chậu mẹ, mẹ sức rặn kém. Đặc biệt giai đoạn II kéo dài mà không can thiệp kịp thời sẽ dẫn đến nhiều biến chứng.

Trong trường hợp sản phụ sinh con so, nhiều trường hợp có thể đưa đến ngạt và tử vong cho thai nếu trở ngại ở giai đoạn II [4],[7]. Cơn gò tử cung là một trong những yếu tố quan trọng của cuộc chuyển dạ. Cơn gò tử cung bị rối loạn có thể dẫn đến một cuộc chuyển dạ bất thường ở giai đoạn II [6]. Vào thời điểm giai đoạn 2 cuộc chuyển dạ, kiểu thể ngôi thai trong tiểu khung cũng là yếu tố quan trọng trong tiên lượng cuộc đẻ, kiểu thể ngang thường đi kèm theo việc tăng nguy cơ cho cả mẹ và thai nhi. Trước khi chuyển dạ, đầu thai nhi thường cao lỏng, cúi không tốt, khi chuyển dạ để chuẩn bị cho đầu thai nhi lọt vào tiểu khung thì cơn co tử cung sẽ có tác dụng giúp đầu thai nhi cúi tốt hơn đường kính lọt của ngôi thai sẽ đi qua mặt phẳng eo để thai lọt thực sự. Thường khi bước vào giai đoạn 2 chuyển dạ độ lọt của ngôi có ảnh hưởng lớn đến tiên lượng kết quả chuyển dạ. Việc xử trí chuyển dạ ở giai đoạn II phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố từ phía mẹ và thai, một số yếu tố có thể xuất hiện nhất thời chỉ trong cuộc chuyển dạ mới xảy ra nhưng lại có ảnh hưởng lớn đến kết quả kết thúc thai kỳ.

Vì vậy, việc theo dõi và đánh giá các yếu tố ảnh hưởng trong giai đoạn 2 chuyển dạ rất quan trọng, quyết định đến kết quả kết thúc thai kỳ và góp phần giảm các biến chứng cho cả mẹ và thai nhi. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy rằng thời gian kéo dài có liên quan đến tăng nguy cơ bệnh suất cho mẹ như băng huyết sau sinh, nhiễm trùng và chấn thương tầng sinh môn. Hiện nay, tại Việt Nam đã có những nghiên cứu đánh giá sức khỏe của thai nhi trong thai kỳ cũng như trong chuyển dạ, nhưng nghiên cứu ở giai đoạn II chuyển dạ thì chưa có nhiều về diễn tiến, thời gian và kết quả kết thúc giai đoạn của giai đoạn II về phía mẹ và con. Khảo sát kết quả kết thúc chuyển dạ và một số yếu tố ở giai đoạn 2 chuyển dạ ảnh hưởng đến kết thúc thai kỳ ở thai phụ sinh con so đủ tháng là việc làm cần thiết vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: Khảo sát kết quả kết thúc chuyển dạ và một số yếu tố giai đoạn 2 ảnh hưởng đến chuyển dạ ở thai phụ sinh con so đủ tháng

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu gồm 725 trường hợp sản phụ thai con so đang được theo dõi tại Trung

tâm Sản Phụ Khoa, Bệnh viện Trung Ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế ở giai đoạn 2 chuyển dạ trong thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 08/2023. Tiêu chuẩn chọn: Đơn thai. Ngôi chỏm. Tuổi thai từ 37 tuần đến 41 tuần 6 ngày tính theo kỳ kinh cuối hoặc siêu âm quý I thai kỳ. Chiều cao ≥ 145 cm. Quá trình thai nghén không phát hiện bất thường.

Tiêu chuẩn loại trừ: Phân loại CTG nhóm 2 và nhóm 3 trong quá trình chuyển dạ. Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Thực hiện theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Phương tiện nghiên cứu: Bàn khám sản khoa. Cân, thước đo chiều cao. Bảng tính tuổi thai. Gant vô trùng và các dụng cụ sát khuẩn. Thuốc (Thuốc tăng gò: Oxytocin 5UI, Misoprostol 200mcg, Duratocin 100 mcg/ml; Lidocain 2% dùng gây tê tầng sinh môn, Dịch chuyển Glucose 5%, Ringer Lactat). Máy đo CTG. Máy siêu âm; Biểu đồ chuyển dạ.

Phương pháp tiến hành và thu thập số liệu: Ghi nhận những sản phụ mang thai con so bước vào giai đoạn 2 chuyển dạ các yếu tố sau: đặc điểm chung. Khám chuyên khoa: đo chiều cao tử cung vòng bụng. Xác định ngôi thể bằng nắn bụng theo 4 thủ thuật Leopold. Nghe tim thai Bắt con gò tử cung bằng tay. Thăm khám âm đạo đánh giá chung. Theo dõi tim thai bằng monitoring sản khoa. Siêu âm thai, xét nghiệm khác như công thức máu, phân loại máu... Ghi nhận các yếu tố giai đoạn 2 chuyển dạ và đánh giá kết quả kết thúc giai đoạn 2 chuyển dạ. Thời điểm bắt đầu giai đoạn 2 chuyển dạ được ghi nhận là khi sản phụ muốn rặn, thăm khám phát hiện cổ tử cung mở hết lần đầu tiên. Thăm khám đánh giá độ lọt bên ngoài. Bắt cơn gò tử cung, theo dõi tim thai trên monitoring. Đánh giá tình trạng đầu ối. Xác định ngôi, thể, kiểu thể, độ lọt ngôi. Khảo sát sự chõng khớp sọ của thai. Có dùng tăng cơ hay không. Theo dõi sát diễn tiến giai đoạn 2 chuyển dạ, nghe tim thai bằng doppler sau mỗi lần rặn. Đánh giá lại các yếu tố sau mỗi 30 phút nếu chưa sổ thai: Cơn gò tử cung. Tình trạng tim thai. Độ lọt. Kiểu thể. Tình trạng chõng khớp, bấu huyết thanh. Đánh giá phương thức kết thúc thai kỳ và tìm 1 số yếu tố giai đoạn 2 chuyển dạ liên quan ảnh hưởng đến kết thúc thai kỳ. Tiếp tục theo dõi sinh thường đường âm đạo khi: có sự tiến triển của đầu thai nhi. Tim thai nghe bằng Doppler trong 1 phút sau mỗi cơn rặn hoặc trên monitoring: nhịp cơ bản 110 lần/phút - 160 lần/phút và không có nhịp giảm. Nhịp cơ bản ≥ 110 lần/phút và nếu có nhịp giảm thì đỉnh thấp nhất

của nhịp giảm > 90 lần/phút và hồi phục nhanh sau mỗi cơn rặn. Nhịp chậm từ 90 - 110 lần/phút nhưng không kéo dài quá 30 phút.

Sinh thủ thuật (Forcep hoặc giác hút): bệnh lý của mẹ mà cần tránh gắng sức. Mẹ không đủ sức rặn. Bất thường nhịp tim thai bao gồm: Nhịp cơ bản ≥ 110 lần/phút và có nhịp giảm kéo dài, không hồi phục về nhịp cơ bản sau mỗi cơn go, nhịp chậm < 90 lần/phút

hoặc nhịp chậm 90 - < 110 lần/phút kéo dài trên 30 phút. Khi thực hiện sinh thủ thuật phải đủ các điều kiện: Ngôi chỏm. Đầu đã lọt. Bàng quang, trực tràng phải trống và định mổ lấy thai khi không đủ điều kiện sinh thủ thuật.

Số liệu thu thập được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý, phân tích theo phương pháp thống kê y học bằng chương trình SPSS statistics 25.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ
Tuổi mẹ		25,34 ± 4,22	
Chiều cao mẹ (cm)		153,89 ± 4,96	
Cân nặng	Cuối thai kì	65,36 ± 5,67	
	Tăng cân nặng	12,05 ± 3,47	
Cơn go tử cung	< 3 cơn/10 phút	195	26,9
	≥ 3 cơn/10 phút	530	73,1
Màu sắc nước ối	Trong	640	88,3
	Có màu	85	11,7
Độ lọt ngôi thai	-2	25	3,4
	-1	80	11,0
	0	275	37,9
	+1	275	37,9
	+2	70	9,8
	+3	0	0
Truyền dung dịch oxytocin giọt/phút	Có	170	23,4
	Không	555	76,6

Độ tuổi trung bình là 25,34 ± 4,22. Chiều cao trung bình là 153,89 ± 4,96 cm. Tăng cân trung bình của mẹ trong thai kì là 12,05 ± 3,47 kg. Số cơn go tử cung < 3 cơn /10 phút chiếm 26,9%. Cơn go tử cung ≥ 3 cơn/ 10 phút chiếm 73,1%. Ối trong chiếm 88,3%, ối có màu chiếm 11,7%. Đầu thai nhi ngang mức 0 chiếm 37,9%, +1 chiếm 37,9% 14,4% đầu chưa lọt -1,-2 không có trường hợp nào đầu lọt thấp (+3). Có sử dụng oxytocin để tăng go chiếm 23,4% và không dùng chiếm 76,6%.

Bảng 2. Kết cục thai kỳ

	Kết cục sơ sinh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phương thức kết thúc chuyển dạ	Sinh thường	635	87,5
	Sinh mổ	75	10,3
	Sinh thủ thuật	15	2,2
Cân nặng lúc sinh	Dưới 2500 gram	10	0,6
	2500 - 3500 gram	540	74,4
	Trên 3500 gram	175	24,1
	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	3338 ± 427 g	

Apgar 1 phút	≤ 7 điểm	10	1,3
	> 7 điểm	715	98,7
Apgar 5 phút	≤ 7 điểm	0	0
	> 7 điểm	725	100

Sinh thường chiếm 87,5%, có 10,4% mổ lấy thai và 2,2 % sinh thủ thuật. Cân nặng trẻ sinh ra phần lớn thuộc nhóm 2500 - 3500 gram chiếm 74,4%. Cân nặng > 3500 gram, chiếm tỷ lệ 24,1%. Cân nặng thai nhi trung bình là 3338 ± 427 g; nhẹ nhất là 2100 gram và nặng nhất 4400 gram. Chỉ số Apgar 1 phút > 7 điểm chiếm tỷ lệ 98,7%; nhóm ≤ 7 điểm chiếm tỷ lệ 1,3%. 100 % các trường hợp có chỉ số Apgar 5 phút > 7 điểm.

Bảng 3. Ảnh hưởng thời gian giai đoạn 2 chuyển dạ và phương thức kết thúc chuyển dạ

Thời gian giai đoạn II chuyển dạ (phút)	Sinh thường		Sinh thủ thuật		Mổ lấy thai		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%
60 - 119	590	92,9	10	66,7	40	53,3	640	88,3
< 60	40	6,3	5	33,3	30	40,0	75	10,3
≥ 120	5	0,8	0	0	5	6,7	10	1,4
$\bar{X} \pm SD$	46,45 ± 16,27		48,89 ± 22,65		59,86 ± 28,75		51,73 ± 22,55	

(p < 0,05)

Thời gian giai đoạn II chuyển dạ ở nhóm sinh thường 46,45 ± 16,27 phút, nhóm sinh thủ thuật 48,89 ± 22,65 phút và nhóm mổ lấy thai 59,86 ± 28,75 phút (p < 0,05).

Bảng 4. Ảnh hưởng độ lọt, kiểu thể và phương thức kết thúc chuyển dạ

Độ lọt, kiểu thể		Sinh thường		Sinh thủ thuật, mổ lấy thai		OR (95% CI)
		n	%	n	%	
Độ lọt ngôi	Chưa lọt	295	46,5	85	94,4	19,5 (95% CI = 2,5 - 151,7)
	> 0	340	53,5	5	5,6	
Kiểu thể	Kiểu thể trước	485	76,4	30	33,3	6,4 (95% CI = 2,2 - 18,7)
	Kiểu thể ngang hoặc sau	150	23,6	60	66,7	
Cơ go tử cung	< 3 cơn/phút	140	22,1	55	61,1	5,5 (95% CI = 3,4 - 8,8)
	≥ 3 cơn/10 phút	495	77,9	35	38,9	

Ngôi thai chưa lọt ở giai đoạn 2 chuyển dạ có nguy cơ phải can thiệp sinh thủ thuật hoặc mổ lấy thai cao gấp 19,5 lần khi ngôi thai đã lọt p < 0,05. Kiểu thể ngang hoặc kiểu thể sau thì can thiệp sinh thủ thuật hoặc mổ lấy thai nhiều hơn 6,4 lần kiểu thể trước khi bước vào giai đoạn 2 chuyển dạ p < 0,05.

Cơ go tử cung < 3 cơn/10 phút sinh thường chiếm tỷ lệ 22,1%; ≥ 3 cơn/10 phút chiếm 77,9%. Cơ go tử cung < 3 cơn/10 phút sinh thủ thuật, mổ lấy thai chiếm tỷ lệ 61,1%; Ở giai đoạn II chuyển dạ có < 3 cơn/10 phút giảm tăng cơ mổ lấy thai hoặc sinh thủ thuật thấp hơn 5,5 lần p < 0,05. Trung bình thời gian giai đoạn 2 là 51,73 ± 22,55 phút. Trung bình thời gian của nhóm sinh thường 46,45 ± 16,27, sinh thủ thuật, mổ lấy thai 59,86 ± 28,75 (p < 0,05).

4. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 25,34 ± 4,22 phù hợp lứa tuổi sinh đẻ của phụ nữ Việt Nam. Chiều cao trung bình của thai phụ là 153,89 ± 4,96 cm. Về mức tăng cân trong thai kỳ, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tăng cân trung bình của mẹ trong thai kỳ là 12,05 ± 3,47 kg. Hiện nay sự phát triển kinh tế xã hội tốt, đời sống và chất lượng sống được nâng cao, chế độ ăn cũng được tăng lên về chất lượng và số lượng nên tăng cân trung bình của mẹ trong thai kỳ của nghiên cứu là phù hợp. Khi khám thai chúng ta nên chú ý chiều cao và cân nặng của thai phụ và tính chỉ số BMI cho thai phụ, để tư vấn sàng lọc phát hiện sớm các bệnh lý có thể xảy ra để tư vấn kịp thời tránh các biến chứng. Cần có sự tuyên truyền trong

cộng đồng cho những phụ nữ chuẩn bị mang thai về việc điều chỉnh lối sống và chế độ dinh dưỡng, nhằm tránh thừa cân, béo phì, hoặc thiếu cân để làm giảm nguy cơ có liên quan đến tăng cân trong thai kỳ.

Cơ go tử cung < 3 cơn/10 phút sinh thường chiếm tỷ lệ 22,1%; ≥ 3 cơn/10 phút chiếm 77,9%. Ổi trong chiếm đa số 88,3%, ối có màu chỉ chiếm 11,7%. Đầu thai nhi ngang mức 0 chiếm 37,9%, +1 chiếm 37,9% 14,4% đầu chưa lọt -1, -2 không có trường hợp nào đầu lọt thấp (+3). Sinh thường chiếm 87,5%, có 10,4% mổ lấy thai và 2,2% sinh thủ thuật.

Cân nặng trẻ sinh ra phần lớn thuộc nhóm 2500 - 3500 gram chiếm 74,4%. Cân nặng > 3500 gram, chiếm tỷ lệ 24,1%. Cân nặng thai nhi trung bình là 3338 ± 427 g; nhẹ nhất là 2100 gram và nặng nhất 4400 gram. Chỉ số Apgar 1 phút > 7 điểm chiếm tỷ lệ 98,7%; nhóm ≤ 7 điểm chiếm tỷ lệ 1,3%. 100% các trường hợp có chỉ số Apgar 5 phút > 7 điểm. Về cân nặng trung bình, kết quả của chúng tôi tương đương kết quả của một số nghiên cứu khác. Điều này có thể do điều kiện kinh tế xã hội điều kiện sống và theo dõi thai của các sản phụ ở nghiên cứu của chúng tôi tốt nên trẻ sơ sinh có cân nặng ổn định. Thai nhi lớn có liên quan đến kết quả của chuyển dạ như phải mổ lấy thai [12]. Vì vậy, các trường hợp tiền lượng thai to cần được theo dõi sát để có cách xử trí đúng tránh các tai biến cho mẹ và con. Trong các kết cục bất lợi ở trẻ sơ sinh chỉ có tình trạng cần chuyển nhi sơ sinh theo dõi có liên quan đến thời gian giai đoạn 2 chuyển dạ kéo dài.

Thời gian trung bình của chuyển dạ giai đoạn hai đối với con so trong nghiên cứu của chúng tôi $51,73 \pm 22,55$ phút gần tương đương so với nghiên cứu của Rimaitis K là $1,1 \pm 0,3$ giờ. Thời gian chuyển dạ ở mỗi người là khác nhau, chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác nhau, thông thường sản phụ con so chuyển dạ lâu hơn con rạ vì cổ tử cung mở chậm và tăng sinh môn còn rắn chắc. Thời gian ở giai đoạn II chuyển dạ trung bình ở người mang thai con so trung bình < 60 phút. Một nghiên cứu khác trên 1226 sản phụ ở 3 trung tâm sản khoa tại thành phố Huế ghi nhận giai đoạn 2 chuyển dạ thời gian rặn trung bình $53,11 \pm 43,15$ phút tương đương so với nghiên cứu chúng tôi. Thời gian trung bình của chuyển dạ giai đoạn hai trong nghiên cứu đối với con so là $1,4 \pm 0,79$ giờ có giảm đau ở giai đoạn II thì dài hơn so với nghiên cứu của chúng tôi điều này có thể được giải thích ở nhóm nghiên cứu chúng tôi không có sử dụng giảm đau ở giai đoạn II [9]. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận trung bình thời gian giai đoạn II chuyển dạ ở nhóm sinh thường $46,45 \pm 16,27$ phút, sinh thủ thuật $48,89 \pm 22,65$ phút và mổ lấy thai $59,86 \pm 28,75$ phút ($p < 0,05$).

Theo dõi chuyển dạ thời gian gần đây dựa trên công trình nghiên cứu của tác giả Emmanuel Friedman trong những năm 1950, theo Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ ACOG, FIGO thời gian trung bình giai đoạn II chuyển dạ ở sản phụ sinh con so và con rạ lần lượt là 54 phút và 19 phút, thời gian giai đoạn 2 được cho là kéo dài khi vượt quá 120 phút ở sản phụ sinh con so và vượt quá 60 phút đối với con rạ [1], [2], [13]. Nghiên cứu 4126 sản phụ sinh con so bước vào giai đoạn 2 chuyển dạ cho kết quả, khi thời gian giai đoạn 2 chuyển dạ tăng lên tỷ lệ sinh đường âm đạo giảm xuống, từ 85% khi thời gian giai đoạn 2 dưới 1 giờ còn 9% khi thời gian giai đoạn 2 ≥ 5 giờ. Các kết cục bất lợi của mẹ có liên quan đáng kể đến thời gian giai đoạn 2 chuyển dạ như rách tầng sinh môn độ III, độ IV, đờ tử cung sau sinh. Trong các kết cục bất lợi ở trẻ sơ sinh chỉ có tình trạng cần chuyển nhi sơ sinh theo dõi có liên quan đến thời gian giai đoạn 2 chuyển dạ

Trong chuyển dạ, cơ go tử cung xuất hiện một cách tự nhiên ngoài ý muốn của thai phụ và gây đau. Cơ go tử cung có tính chất chu kỳ và đều đặn, sau đó tăng dần về cường độ và tần số. Rối loạn cơ go tử cung có thể làm cho chuyển dạ tiến triển chậm gây các tai biến cho người mẹ và thai nhi. Tần suất của cơ go tử cung có thể đạt 4 - 5 cơn/10 phút, tần số cơn co là số cơn co tính trong 10 phút [8]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ sử dụng Oxytocin để tăng cơ go chiếm 23,4% và không dùng chiếm 76,6% tương đương với 1 số nghiên cứu khác nên có thể là yếu tố dẫn tới thời gian chuyển dạ giai đoạn hai của chúng tôi có kết quả tương đồng, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận sử dụng oxytocin trong giai đoạn hai của chuyển dạ so với một số nghiên cứu khác khi sử dụng oxytocin từ giai đoạn một và không thấy có sự tương quan giữa sử dụng oxytocin với thời gian chuyển dạ. Cơ go tử cung là một trong những yếu tố quan trọng của cuộc chuyển dạ. Cơ go tử cung bị rối loạn có thể dẫn đến một cuộc chuyển dạ bất thường [6]. Cơ go tử cung < 3 cơn/10 phút sinh thường chiếm tỷ lệ 22,1%; ≥ 3 cơn/10 phút chiếm 77,9%. Cơ go tử cung < 3 cơn/10 phút sinh thủ thuật, mổ lấy thai chiếm tỷ lệ 61,1%; Ở giai đoạn 2 chuyển dạ có < 3 cơn/10 phút tăng nguy cơ mổ lấy thai hoặc sinh thủ thuật 5,5 lần $p < 0,05$. Chúng tôi cũng ghi nhận thời gian giai đoạn 1 chuyển dạ < 18 h giảm nguy cơ mổ lấy thai hoặc sinh thủ thuật thấp hơn 0,32 lần ($0,1 - 0,9$) $p < 0,05$. Giai đoạn I là giai đoạn từ khi bắt đầu xoá mở cổ tử cung cho đến khi cổ tử cung mở hết. Đây là giai đoạn dài nhất của cuộc chuyển dạ, có ảnh hưởng đến giai đoạn 2 chuyển dạ do thai phụ mệt mỏi nếu giai đoạn này kéo dài, tâm lý thai phụ không ổn định.

Nghiên cứu ghi nhận có 10,5% mổ lấy thai và 2,2% sinh thủ thuật; khi thai phụ mang thai con so thường có tâm lý lo lắng lúc chuyển dạ, tăng sinh môn thai phụ con so rắn chắc hơn so với những thai phụ mang thai con rạ, nên chuyển dạ giai đoạn II có nguy cơ kéo dài, đình trệ hơn so với con rạ. Một nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Từ Dũ ghi nhận sinh thủ thuật là 17,2% cao hơn nhiều sinh thủ thuật của nghiên cứu của chúng tôi có lẽ do cách chọn đối tượng nghiên cứu và chỉ định còn chưa đồng nhất. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận đầu thai nhi ngang mức 0 chiếm 37,9%, +1 chiếm 37,9% 14,4% đầu chưa lọt -1, -2 không có trường hợp nào đầu lọt thấp (+3). Ở giai đoạn 2 chuyển dạ, cần đánh giá độ lọt của thai nhi để theo dõi độ xuống của ngôi thai đây là một yếu tố trong tiên lượng cuộc đẻ, ảnh hưởng đến quyết định tiếp tục theo dõi rặn sổ đường âm đạo hay sinh thủ thuật hoặc mổ lấy thai. Vì vậy, việc đánh giá độ lọt trong giai đoạn 2 chuyển dạ rất quan trọng. Ngôi thai chưa lọt ở giai đoạn 2 chuyển dạ có nguy cơ phải can thiệp sinh thủ thuật hoặc mổ lấy thai cao gấp 19,5 lần khi ngôi thai đã lọt $p < 0,05$. Độ lọt của ngôi thai ở thời điểm ở giai đoạn 2 chuyển dạ có liên quan đến kết quả sinh của thai phụ mang thai con so, thai phụ có vị trí đầu thai nhi càng cao so với gai hông càng có khả năng mổ lấy thai cao và chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh thấp hơn [3],[13].

Kiểu thể thai nhi ở giai đoạn 2 chuyển dạ cũng

là một trong những yếu tố để tiên lượng cuộc đẻ. Những kiểu thể sau liên quan đến kéo dài giai đoạn 2 chuyển dạ, tăng tỷ lệ mổ lấy thai trong giai đoạn 2 chuyển dạ [11],[13]. Qua nghiên cứu ghi nhận chúng tôi ghi nhận kiểu thể ngang hoặc kiểu thể sau thì can thiệp sinh thủ thuật hoặc mổ lấy thai cao hơn 6,4 lần kiểu thể trước khi bước vào giai đoạn II chuyển dạ $p < 0,05$. Các nghiên cứu khác ghi nhận trường hợp kiểu thể ngang đều mổ lấy thai trong giai đoạn hai do đầu không lọt và tim thai suy, tương tự nghiên cứu của tác giả khác cũng nhận thấy rằng thai có kiểu thể sau làm tăng nguy cơ của chuyển dạ đình trệ và mổ lấy thai vì chuyển dạ đình trệ so với kiểu thể trước với $p < 0,05$ [4], [5].

5. KẾT LUẬN

Trung bình thời gian giai đoạn 2 là $51,73 \pm 22,55$ phút. Nhóm sinh thường $46,45 \pm 16,27$, sinh thủ thuật $48,89 \pm 22,65$, mổ lấy thai $59,86 \pm 28,75$ ($p < 0,05$).

Ngôi thai chưa lọt ở vào đầu giai đoạn II chuyển dạ có nguy cơ can thiệp sinh thủ thuật hoặc mổ lấy thai cao gấp 19,5 lần khi ngôi thai đã lọt $p < 0,05$. Kiểu thể ngang hoặc kiểu thể sau thì can thiệp sinh thủ thuật hoặc mổ lấy thai nhiều hơn 6,4 lần kiểu thể trước $p < 0,05$. Ở giai đoạn II chuyển dạ có tần số cơn go < 3 tăng nguy cơ mổ lấy thai hoặc sinh thủ thuật 5,5 lần so với nhóm có tần số cơn go ≥ 3 ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American College of Obstetricians and Gynecologists, (2003), "ACOG Practice Bulletin Number 49, December 2003: Dystocia and augmentation of labor", *Obstet Gynecol*, 102 (6), pp. 1445-1454.
2. ACOG, Caughey A., Cahill A., et al (2014), "Safe prevention of the primary cesarean delivery", *Am J Obstet Gynecol*, 1, pp. 179-193.
3. Ashwal E., Livne M., Benichou J., al e. (2020), "Contemporary patterns of labor in nulliparous and multiparous women [published correction appears in Am J Obstet Gynecol]", *Am J Obstet Gynecol*, 223 (6), pp. 918.
4. Bộ môn Phụ sản - Trường Đại học Y Dược Huế (2016), *Sinh lý chuyển dạ*, Giáo trình Sản khoa, Nhà xuất bản Y học, tr. 135-145.
5. Bushman E., Thompson N., Gray M., al e. (2020), "Influence of Estimated Fetal Weight on Labor Management", *Am J Perinatol*, 37 (3), pp. 252-257.
6. Cheng YW, Shaffer BL, Nicholson JM, et al (2014). "Second Stage of Labor and Epidural Use: A Larger Effect Than Previously Suggested". *Obstet Gynecol*, 123(3):pp.527-535.
7. Nguyễn Vũ Quốc Huy, Cao Ngọc Thành, Lê Minh Tâm, và cs (2022), *Biểu đồ chuyển dạ*, Giáo trình Sản Phụ khoa Dành cho đào tạo Sau đại học, tập I - Sản khoa, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr. 401-415.
8. Nguyễn Vũ Quốc Huy, Cao Ngọc Thành, Lê Minh Tâm, và cs (2022), *Các yếu tố tiên lượng cuộc sinh*, Giáo trình Sản Phụ khoa Dành cho đào tạo Sau đại học, tập I - Sản khoa, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr. 371-384.
9. Nguyễn Thị Thu Huyền, (2018), Khảo sát các đặc điểm chuyển dạ giai đoạn hai của các thai phụ có gây tê ngoài màng cứng ở bệnh viện đa khoa thiện hạnh, Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Phụ Bản Tập 22, Số 1.
10. Lundborg L., Liu X., Åberg K., al e. (2021), "Association of body mass index and maternal age with first stage duration of labour", *Sci Rep*, 11 (1), pp. 13843.
11. Shad D. (2018), *Common examinations and procedures, A practical manual to labor and delivery*, Cambridge University, pp. 4-42
12. Shinohara S., Amemiya A., Takizawa M. (2020), "Fetal Biparietal Diameter as a Potential Risk Factor for Emergency Cesarean Section due to Labor Arrest", *Tohoku J Exp Med*, 250 (3), pp. 161-166.
13. Wright A., Nassar A., Visser G., Ramasauskaite D., et al (2021), "FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor.", *Int J Gynecol Obstet*, 152 pp. 172-181.