

Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và kết quả điều trị ở sản phụ có vết mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Trương Thị Linh Giang

Bộ môn Phụ sản, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: 1) Đánh giá các đặc điểm liên quan và một số yếu tố nguy cơ ở sản phụ có vết mổ cũ. 2) Thái độ xử trí và kết quả điều trị ở các trường hợp này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 309 sản phụ có vết mổ cũ điều trị tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 01/2020 đến 08/2020. **Kết quả:** Có nhiều yếu tố liên quan đến thái độ xử trí đối với sản phụ có vết mổ cũ bao gồm: tuổi mẹ ($p=0,026$; 95% CI), chiều cao mẹ ($p=0,007$; 95% CI), tiền sử sinh thường trước đó ($p=0,006$; 95% CI), số lần sinh mổ ($p < 0,001$; 95%CI), khoảng cách giữa hai lần mang thai ($p=0,028$; 95% CI). Mổ lấy thai là phương pháp được thực hiện nhiều nhất với tỷ lệ 97,7%. Sinh đường âm đạo chiếm 2,3%. Kết quả thai kỳ phụ thuộc vào phương pháp can thiệp, mổ lấy thai cho kết quả tốt hơn theo dõi chuyển dạ. **Kết luận:** Có nhiều yếu tố liên quan ảnh hưởng đến lựa chọn biện pháp can thiệp ở sản phụ có vết mổ cũ. Mổ lấy thai vẫn là lựa chọn chủ yếu ở Việt Nam nói chung và Huế nói riêng. Nguy cơ và lợi ích cho mẹ và con của thử nghiệm sinh đường âm đạo và sinh mổ ở sản phụ có vết mổ cũ cần được thảo luận với sản phụ và gia đình từ đó giúp họ có lựa chọn phù hợp.

Từ khóa: Vết mổ cũ, mổ lấy thai, biến chứng phẫu thuật, mổ lấy thai chủ động, thử nghiệm chuyển dạ, sinh đường âm đạo sau sinh mổ

Abstracts

A cross – sectional study of related factors and outcome in pregnant women with prior uterine incision in Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Truong Thi Linh Giang

Obstetrics and Gynecology Department, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Objectives: 1) To evaluate of related characteristics and risk factors in women with previous incisions. 2) To study management attitude and treatment outcome in these cases. **Methods:** We carried out a cross-sectional study of 310 women with previous cesarean section in Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from January 2020 to August 2020. Their medical record was subjected to several assays. **Results:** Factors associated with likelihood of TOLAC were the followings: maternal age ($p=0.026$; 95% CI), maternal height ($p=0.007$; 95% CI), previous VB before CS ($p=0.006$; 95% CI), more than one cesarean delivery ($p<0.001$; 95%CI), Interdelivery Interval ($p=0.028$; 95% CI). The VBAC rate in our study is 2.3%. Maternal and neonatal outcome from ERCD is better than TOLAC. **Conclusions:** There are many factors that influence treatment options in women with previous cesarean section. Elective Repeat Cesarean Delivery (ERCD) is still considered as the main option in Vietnam. Maternal risks and neonatal morbidity from ERCD and Trial of Labor After Previous Cesarean Delivery (TOLAC) in Term Patients are different. Accordingly, potential risks and benefits of both TOLAC and elective repeat cesarean delivery should be discussed.

Keywords: Previous Incision, cesarean section (CS), surgical complications, VBAC, TOLAC, ERCD

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm gần đây, tỷ lệ mổ lấy thai tăng một cách chóng mặt, nhất là ở các nước Mỹ Latinh. Vào năm 2015, tỷ lệ mổ lấy thai tăng gấp 10 lần so với năm 2000, từ đó đặt ra những thách thức cho chính phủ các nước và những bác sĩ lâm sàng về những nguy cơ tìm

ẩn cho sức cho mẹ và trẻ. Vì vậy năm 2015 WHO đã đưa ra tuyên bố về tỷ lệ mổ lấy thai trong cộng đồng nên từ 10-15% [6], [7]. Trong một số tình huống nhất định, mổ lấy thai có vai trò không bàn cãi như: trường hợp mà sinh đường âm đạo tỏ ra không an toàn do mẹ và thai nhi như bất tương xứng đầu chậu, suy tim thai,

dọa vỡ tử cung,... Mổ lấy thai kết hợp trong điều trị u nang buồng trứng, u xơ tử cung, mổ lấy thai kết hợp với triệt sản. Tuy vậy vẫn chưa có những bằng chứng rõ ràng cho thấy việc sinh mổ có lợi hơn ở những phụ nữ bình thường không có chỉ định mổ mà ngược lại một số nghiên cứu gần đây lại chỉ ra việc chỉ định sinh mổ thường quy ở những phụ nữ này có những tác hại nhất định [5], [6]. Quan điểm hiện nay khuyến khích thử thách sinh ngã âm đạo đối với thai phụ có VMC (VBAC) vì một số lợi ích như: giảm chi phí điều trị, giảm nguy cơ băng huyết sau sinh, giảm tỷ lệ nhiễm trùng... Nếu không có các yếu tố dễ khó, sản phụ vẫn có thể sinh thường được ở lần mang thai sau khi có VMC. Tuy nhiên tỉ lệ này là tương đối thấp vì nhiều lý do, trong đó có sự lo lắng quá mức của thai phụ. Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thành công của VBAC là 72 – 75%. Những trường hợp có VMC vì thai to, khung chậu hẹp, dị dạng TC, ngôi thai ngược hay VMC dưới 24 tháng sẽ được chỉ định mổ lấy thai chủ động khi thai đã đủ tháng hoặc bắt đầu chuyển dạ [1], [4]. Nên đi khám thai đầy đủ theo hẹn và tuân theo chỉ định của bác sĩ để đảm bảo cuộc sinh nở được an toàn.

Những phụ nữ có vết mổ lấy thai cũ khi mang thai được xem như một thai nghén nguy cơ cao vì những nguy cơ, tiên lượng khó khăn cũng như vấn đề theo dõi và xử lý hết sức phức tạp. Trong trường hợp này, tùy thuộc vào tình hình sản phụ, thai nhi cũng như điều kiện của cơ sở y tế mà lựa chọn cách giải quyết không giống nhau. Xuất phát từ tình hình đó, chúng tôi quyết định thực hiện đề tài này nhằm đánh giá các đặc điểm liên quan, yếu tố nguy cơ, thái độ xử trí và kết quả điều trị trong các trường hợp này.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của sản phụ có vết mổ cũ

Bảng 1. Đặc điểm chung của sản phụ có vết mổ cũ

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	p
Nhóm tuổi	< 18	0	p < 0,05
	18 - 35	258	
	≥ 35	51	
Chiều cao	< 150cm	41	p < 0,05
	≥ 150cm	368	
Tiền sử nội khoa	Không có	268	p < 0,05
	Tim mạch	6	
	Hen phế quản	4	
	Bệnh tuyến giáp	7	
	Viêm gan B	11	
	Khác	13	

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 309 sản phụ có vết mổ cũ nhập viện tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 01/2020 - 08/2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Những sản phụ có vết mổ cũ bao gồm: Vết mổ lấy thai, vết mổ bóc u xơ tử cung, vết mổ trên thân tử cung vì lý do khác: phẫu thuật cắt góc tử cung do thai ngoài tử cung đoạn kễ, tạo hình tử cung, khâu lỗ thủng tử cung, vỡ tử cung được khâu bảo tồn...và sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những sản phụ có vết mổ cũ nằm trên thành bụng - chậu hông nhưng không nằm trên thân tử cung như: thủng ruột, viêm ruột thừa, u nang buồng trứng... Sản phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp thống kê: Số liệu được thu thập bằng phiếu nghiên cứu, các bộ phiếu sau khi điền vào đều được kiểm tra và mã hóa lại bởi người thu thập số liệu. Chương trình Epidata được dùng để nhập số liệu. Số liệu được làm sạch trước khi phân tích. Tất cả số liệu được nhập vào máy tính và chuyển vào phần mềm SPSS 20 để phân tích qua các bước: Thống kê các biến số của mẫu; các kết quả tính toán được thiết lập dựa trên tỷ lệ %, giá trị trung bình, trung vị, giá trị cực đại, giá trị cực tiểu và độ lệch chuẩn (). Sử dụng các Test thống kê: Test Chi bình phương và test Fisher's exact để khảo sát mối liên quan giữa các thông số; Test ANOVA một chiều để khảo sát mối liên quan giữa các trung bình. Các phép kiểm định thống kê có ý nghĩa khi $p < 0,05$. Lập bảng thống kê. Vẽ biểu đồ.

Bệnh sản phụ khoa	Không có	283	91,6	p < 0,05
	U xơ tử cung	5	1,6	
	Tử cung bất thường	1	0,3	
	Tiền sản giật	7	2,3	
	Viêm nhiễm đường sinh dục	13	4,2	
Số con	0	2	0,6	p < 0,05
	1	221	71,5	
	≥ 2	86	27,9	
Tiền sử sinh đường âm đạo	Trước vết mổ	32	10,4	p < 0,05
	Sau vết mổ	0	0,0	
	Không	277	89,6	
Tổng		309	100	

Thai phụ có chiều cao < 150 cm chiếm 13,2%, trong đó < 145 cm chiếm 0,6%. Có 8,5% sản phụ mắc các bệnh lý sản phụ khoa. Phần lớn sản phụ không có tiền sử sinh đường âm đạo trước đó chiếm 89,6%. Có 10,4% sản phụ có sinh thường ít nhất 1 lần trước khi sinh mổ.

Vết mổ cũ 1 lần chiếm phần lớn trường hợp với 79,6%. Thời gian vết mổ dưới 24 tháng chiếm 11,0%.

3.2. Đặc điểm thai kỳ lần này

Bảng 2. Đặc điểm quá trình mang thai lần này

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhớ ngày đầu kì kinh cuối	Có	35	11,3
	Không	274	88,7
Quá trình thai nghén	Bình thường	298	96,5
	Tăng huyết áp	3	1
	Ra máu âm đạo	2	0,6
	Khác	6	1,9
	Có	309	100,0
Quản lý thai nghén	Không	0	0,0
	Đầu	303	98,1
Ngôi thai	Ngang	1	0,3
	Ngược	5	1,6
	Đủ tháng	298	96,4
Tuổi thai	Non tháng	11	3,6
	Già tháng	0	0,0

Trong quá trình mang thai có 3,5% sản phụ gặp các vấn đề trong thai kỳ.

Hầu hết mang thai ngôi đầu chiếm 98,1%, ngôi ngược chiếm 1,6% và ngôi ngang 0,3%.

Thai đủ tháng chiếm hầu hết trường hợp với 96,4%, non tháng chiếm 3,6%.

3.3. Cách xử trí lần này

Bảng 3. Phân bố các xử trí ở sản phụ có vết mổ cũ

Cách xử trí	Số lượng	Tỷ lệ
Mổ lấy thai chủ động	220	71,2
Mổ cấp cứu	15	4,8
Thử nghiệm chuyển dạ	MLT Sinh đường âm đạo	67 7
Tổng	309	100

Có 97,7% trường hợp mổ lấy thai trong đó 71,2% là mổ chủ động, 4,8% mổ cấp cứu, 21,7% mổ lấy thai sau theo dõi chuyển dạ.

Có 7 trường hợp sinh đường âm đạo thành công chiếm 2,3%, trong đó có 2 trường hợp sinh hỗ trợ bằng Forcep.

3.4. Một số yếu tố ảnh hưởng đến xử trí thai phụ có vết mổ cũ

Bảng 4. Một số yếu tố ảnh hưởng đến thái độ xử trí thai phụ có vết mổ cũ

Đặc điểm		Xử trí				Tổng	p
		Mổ lấy thai		Theo dõi			
		n	%	n	%		
Tuổi	< 35	190	73,6	68	26,4	258	0,026
	≥ 35	45	88,2	6	11,8	51	
Chiều cao	< 150 cm	38	92,7	3	7,3	41	0,007
	≥ 150 cm	197	73,5	71	26,5	268	
Tiền sử SĐÂĐ	Có	18	52,6	14	47,4	32	0,006
	Không	217	78,3	60	21,7	277	
Số lần có VMC	1 lần	174	70,7	72	29,3	246	< 0,001
	≥ 2 lần	61	96,8	2	3,2	63	
Khoảng cách 2 lần sinh	< 24 tháng	31	91,2	3	8,8	34	0,028
	≥ 24 tháng	204	74,2	71	13,8	275	
Nguyên nhân	Cố định	32	100	0	0,0	32	0,001
	Thay đổi	203	73,3	74	26,7	277	
Đau VMC	Đau	11	100	0	0,0	11	0,072
	Không	224	75,2	74	24,8	298	

Tuổi mẹ ≥ 35 tuổi, chiều cao < 150 cm, số lần VMC ≥ 2, khoảng cách 2 lần sinh dưới 24 tháng, nguyên nhân vết mổ cố định và tiền sử sinh đường âm đạo có liên quan đến cách xử trí.

3.5. Thời gian nằm viện

Bảng 5. Liên quan giữa thời gian hậu phẫu trung bình và cách xử trí

Xử trí	Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	p
Mổ lấy thai	4,71±1,7	302	97,7	0,031
Sinh đường âm đạo	3,29±1,4	7	2,3	
Tổng	4,6±1,7	309	100	

So với nhóm sinh đường âm đạo, nhóm mổ lấy thai có thời gian nằm viện trung bình cao hơn 1,4 ngày (KTC 95% CI:0,13-2,7). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,031<0,05$) với độ tin cậy 95%.

3.6. Liên quan giữa biện pháp can thiệp và tình trạng con sau sinh

			Mổ chủ động	Mổ cấp cứu	Sinh thường	Forcep	Mổ sau theo dõi	p
APGAR	≤ 7	Số lượng	0	2	0	1	0	$p<0,001$
		Tỷ lệ	,0%	13,3%	,0%	50,0%	,0%	
	> 7	Số lượng	220	13	5	1	67	
		Tỷ lệ	100,0%	86,7%	100,0%	50,0%	100,0%	
Cân nặng (gram)	Dưới 2500	Số lượng	3	2	1	1	0	$p=0,002$
		Tỷ lệ	1,4%	13,3%	20,0%	50,0%	,0%	
	2500-3500	Số lượng	151	12	4	1	49	
		Tỷ lệ	68,6%	80,0%	80,0%	50,0%	73,1%	
	> 3500	Số lượng	66	1	0	0	18	
		Tỷ lệ	30,0%	6,7%	,0%	,0%	26,9%	
	Có	Số lượng	5	5	0	1	0	
		Tỷ lệ	2,3%	33,3%	0,0%	50,0%	,0%	
Chăm sóc ở nhi sơ sinh	Không	Số lượng	215	10	5	1	67	$p<0,001$
		Tỷ lệ	97,7%	66,7%	100,0%	50,0%	100,0%	

Có sự khác biệt về chỉ số APGAR phút thứ nhất, cân nặng lúc sinh và tỷ lệ trẻ cần chăm sóc ở đơn vị nhi sơ sinh theo các xử trí ($p<0,05$) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng tham gia nghiên cứu

Thai phụ có vết mổ cũ tập trung chủ yếu ở độ tuổi 18-35 tuổi chiếm tỷ lệ 83,5%, trên 35 tuổi chiếm tỷ lệ 16,5%. Tuổi thấp nhất là 19 và cao nhất là 42 tuổi. Theo Võ Thị Nga nhóm tuổi trên 35 chiếm 19,7% và dưới 35 chiếm 80,3% [2]. Kết quả này là phù hợp và đa số đây là độ tuổi sinh con thứ hai [5]. Chiều cao từ 150cm trở lên chiếm 86,7% và dưới 150cm chiếm 13,2% cao nhất là 172cm và thấp nhất là 142cm. Điều này phù hợp với chiều cao trung bình của người Việt Nam là trên 150cm và có xu hướng tăng dần qua từng năm.

Đa số sản phụ không có bệnh kèm theo chiếm 86,7%. Bên cạnh đó có 13,3% sản phụ mắc các bệnh lý như tim mạch, hen phế quản... Cụ thể viêm gan B chiếm tỷ lệ 4,2%, tim mạch chiếm 1,9%, hen phế quản chiếm 1,4%; bệnh tuyến giáp là 2,3%, dị ứng và các bệnh khác chiếm 4,2%. Theo Biswar thai phụ có bệnh lý nội khoa kèm theo thì tỷ lệ sinh đường âm đạo sẽ thấp hơn, chỉ định mổ lấy thai ở những

trường hợp này là chỉ định kết hợp và mổ lấy thai là lựa chọn an toàn hơn. Sản phụ có bệnh lý sản phụ khoa kèm theo chiếm 8,5% trong đó viêm nhiễm đường sinh dục chiếm tỷ lệ cao nhất với 4,2%, tiếp theo là tiền sản giật với 2,3%, u xơ tử cung và tử cung bất thường chiếm 1,9%. Theo nghiên cứu của Phan Tín [6] tỷ lệ tiền sản giật là 1% cho thấy tỷ lệ tiền sản giật ở nghiên cứu của chúng tôi là cao hơn. Tuy vậy đây là kết quả khá phù hợp, theo ACOG 2019 tỷ lệ tiền sản giật chiếm khoảng 2-9% thai kỳ [7] và hiện nay có xu thế gia tăng. Có 10,4% sản phụ có sinh đường âm đạo trước mổ lấy thai. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Phan Tín tỷ lệ có 1 con chiếm 82,2%. Tỷ lệ có 1 con cao hơn vì nước ta đang thực hiện kế hoạch hóa gia đình mỗi gia đình chỉ sinh từ 1 đến 2 con. Tuy vậy có thể thấy tỷ lệ có con thứ 3 trở lên vẫn ở mức khá cao. Thai phụ có VMC 1 lần chiếm 79,6%; từ 2 lần trở lên chiếm 20,4%. Tỷ lệ mổ lấy thai hiện nay đang tăng dần chính vì vậy tỷ lệ sản phụ có VMC từ 2 lần cũng tăng theo. Theo ACOG 2019 thì số lần mổ lấy

thai không phải là chống chỉ định sinh đường âm đạo tuy nhiên cần cân nhắc và theo dõi chặt chẽ [8]. Ở những sản phụ này nguy cơ vỡ tử cung khi vào chuyển dạ sẽ tăng gấp đôi [9]. Khoảng thời gian mang thai lại dưới 24 tháng chiếm tỷ lệ 11%, trên 24 tháng chiếm 89%; thời gian ngắn nhất là 17 tháng và dài nhất là 9 năm. Tương tự như kết quả của Phan Tín VMC hơn 24 tháng chiếm 82,4%[6]; Võ Thị Nga là 88,5%[4]. Theo Shipp và cộng sự nguy cơ vỡ tử cung tăng gấp 3 lần nếu khoảng cách các lần sinh dưới 18 tháng [10]. Tương tự David và cộng sự cho thấy khoảng cách hai lần sinh càng ngắn thì nguy cơ vỡ tử cung càng cao [11].

4.2. Đặc điểm thai kỳ lần này

Trong quá trình mang thai 100% sản phụ được quản lý thai nghén. Sở dĩ đạt được tỷ lệ cao như vậy và nhờ chương trình chăm sóc sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em của nhà nước đã phát huy được tác dụng tốt. Có 3,5% thai phụ gặp các vấn đề trong thai kỳ bao gồm tăng huyết áp, ra máu âm đạo và nguyên nhân khác. Hầu hết thai phụ mang thai đủ tháng chiếm 96,4%, non tháng chiếm 3,6%; không có thai giả tháng. Tuổi thai và yếu tố ảnh hưởng đến hướng điều trị. Tuổi thai ≥ 40 tuần sẽ làm giảm tỷ lệ sinh đường âm đạo [12]. Theo ACOG và SMFM nên trì hoãn thai kỳ đến là 39 tuần hoặc hơn [13]. Theo nghiên cứu của Chiossi (2013) [14]; Clark (2009) [15] thì đây là thời điểm có tỷ lệ biến chứng ở mẹ và trẻ thấp nhất.

4.3. Xử trí

Có 97,7% sản phụ được mổ lấy thai trong đó mổ chủ động chiếm 71,2%, mổ cấp cứu chiếm 4,8%; mổ sau theo dõi chuyển dạ chiếm 2,7%. Tỷ lệ sinh đường âm đạo thành công là 2,3% trong đó có 2 trường hợp sinh có hỗ trợ Forcep.

Bảng 6. So sánh xử trí của một số nghiên cứu

Năm	Tác giả	Mổ lấy thai (%)	Sinh đường âm đạo (%)
2006	Phan Tín [6]	95,80	4,20
2018	Võ Thị Nga [2]	97,60	2,40
2016	E. Tilden [17]	90,35	9,65
2017	Hsiu-Ting Tsai [18]	73,65	26,35

Tỷ lệ mổ lấy thai ở thai phụ có vết mổ cũ hiện nay vẫn còn ở mức rất cao. Trong các nghiên cứu của tác giả nước ngoài tỷ lệ này cao hơn ở Việt Nam, ở các nước phát triển tỷ lệ sinh đường âm đạo sau mổ lấy thai từ 9,6-52,2%[17], [18], [19]. Sự chênh lệch này là do nhiều yếu tố chủ quan và khách quan một phần bắt nguồn từ sự chênh lệch về khoa học kỹ thuật, trình độ chuyên môn cũng như trang thiết

bị thiết yếu từ đó để theo dõi những trường hợp có VMC trong chuyển dạ khó thực hiện được. Một số trường hợp khác là do ràng buộc từ xã hội nhất là khi các vấn đề tai biến y khoa vẫn còn rất nhạy cảm như hiện nay. Vì vậy chấp nhận một tỷ lệ mổ lấy thai cao để dự phòng tai biến và dễ được chấp nhận hơn là có tai biến xảy ra khi theo dõi chuyển dạ. Bên cạnh đó đánh giá các tiêu chí chọn lựa sản phụ tham gia thử nghiệm sinh thường cũng như tư vấn để các sản phụ hiểu được và tự nguyện tham gia vẫn còn nhiều khó khăn cũng góp phần làm cho mổ lấy thai vẫn là lựa chọn hàng đầu.

4.4. Một số yếu tố ảnh hưởng đến xử trí thai phụ có vết mổ cũ

Tuổi mẹ là một yếu tố ảnh hưởng đến lựa chọn phương pháp can thiệp. Thai phụ trên 35 tuổi thuộc nhóm nguy cơ cao và do đó sẽ thất bại khi thử nghiệm sinh đường âm đạo nhiều hơn. Theo Y. Wu và cộng sự sản phụ từ 40 tuổi trở lên có liên quan đến giảm tỷ lệ tham gia thử nghiệm chuyển dạ [21]. Theo Eva Rydahl thai phụ trên từ 35-39 tuổi có nguy cơ mổ lấy thai tăng gấp 2 lần so với thai phụ trẻ hơn và thai phụ từ 40 tuổi trở lên nguy cơ sẽ tăng gấp 3 lần [22]. Chiều cao mẹ cũng là yếu tố ảnh hưởng đến hướng điều trị. Thai phụ có chiều cao dưới 150cm có nguy cơ mổ lấy thai cao hơn thai phụ cao trên 150cm ($p=0,007$; KTC 95%). Theo Ingrid Mogren và cộng sự chiều cao của mẹ tỷ lệ nghịch với nguy cơ mổ lấy thai, do đó thai phụ càng thấp thì nguy cơ mổ lấy thai càng cao [23].

Tiền sử sinh đường âm đạo trước đó có liên quan đến lựa chọn xử trí ở lần mang thai này ($p=0,006$, KTC 95%). Thực vậy sản phụ có vết mổ cũ có tiền sử sinh đường âm đạo sẽ có tỷ lệ thử nghiệm sinh đường âm đạo cao hơn [21]. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phương pháp điều trị theo số lần VMC ($p<0,001$). Thai phụ có VMC từ 2 lần trở lên sẽ ưu thế lựa chọn MLT điều này tương tự với thái độ xử trí trong nghiên cứu của Võ Thị Nga [2]. Số lần vết mổ có liên quan với nguy cơ vỡ tử cung trong chuyển dạ, nguy cơ này tăng từ 0,9% nếu VMC 1 lần lên 1,8% nếu VMC 2 lần [9]; do đó thái độ xử trí là MLT là phù hợp. Tuy vậy theo khuyến cáo của ACOG hiện nay những thai phụ có VMC 2 lần vẫn có thể được tham gia thử nghiệm sinh đường âm đạo và những trường hợp này cần được đánh giá các yếu tố nguy cơ kết hợp với nhau [8]. Lựa chọn hướng điều trị có liên quan đến khoảng cách giữa hai lần sinh ($p=0,028$; KTC 95%) điều này tương tự với nghiên cứu của Võ Thị Nga [2]. Khoảng cách giữa hai lần sinh liên quan với nguy cơ vỡ tử cung, theo E.Bojold khoảng cách dưới 18 tháng làm tăng nguy cơ vỡ tử cung lên 3 lần [24]. Mặt khác theo hướng dẫn của

Bộ Y tế, khoảng cách mang thai dưới 24 tháng tăng nguy cơ vỡ tử cung. Tuy vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi có 01 trường hợp dưới 24 tháng chuyển dạ sinh thường thành công. Nguyên nhân của vết mổ cũ có ảnh hưởng đến phương pháp điều trị ($p=0,001$). Các nguyên nhân cố định sẽ ưu thế MLT, điều này là hợp lý vì đây là các nguyên nhân không thay đổi được, tồn tại từ thai kỳ này qua thai kỳ khác và do đó chỉ định mổ lấy thai luôn luôn được đặt ra.

4.5. Liên quan giữa thời gian nằm viện và phương pháp can thiệp ở sản phụ có vết mổ cũ

Thời gian nằm viện trung bình của sản phụ có vết mổ cũ là $4,6 \pm 1,7$ ngày. Sinh đường âm đạo có thời gian nằm viện ngắn hơn $3,29 \pm 1,4$ và sản phụ mổ lấy thai có thời gian nằm viện dài hơn $4,71 \pm 1,7$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,031 < 0,05$) với độ tin cậy 95%. Theo Võ Thị Nga sinh đường âm đạo có thời gian nằm viện $2,9 \pm 1,1$ ngày và sinh mổ là $6,5 \pm 4,2$ ngày [4]. Qua đó có thể thấy sinh đường âm đạo thành công có thời gian nằm viện ngắn hơn, hồi phục nhanh hơn từ đó chi phí điều trị sẽ thấp hơn.

4.6. Liên quan giữa biện pháp can thiệp và tình trạng con sau sinh

Có sự khác biệt về chỉ số APGAR phút thứ nhất theo cách thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) với khoảng tin cậy 95%. Cụ thể mổ chủ động và sinh thường thành công cho tỷ lệ trẻ có APGAR phút thứ nhất trên 7 cao nhất. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Thanh Huyền Trâm [5]. Cân nặng lúc sinh giữa các phương pháp xử trí

cũng có sự khác nhau. Cụ thể nhóm mổ chủ động và mổ sau theo dõi chuyển dạ có tỷ lệ trẻ cân nặng từ 2500 gram trở lên cao nhất. Trẻ có cân nặng > 3500 gram ở nhóm MLT cao hơn các nhóm còn lại. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu của Phan Tín [6] và Trần Thanh Huyền Trâm [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có chấn thương ở trẻ dù được can thiệp theo phương pháp nào. Tuy nhiên có sự khác biệt về tỷ lệ trẻ cần chăm sóc ở đơn vị nhi sơ sinh theo phương pháp xử trí. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Mổ cấp cứu và sinh hỗ trợ bằng Forcep có tỷ lệ cần chăm sóc ở đơn vị nhi sơ sinh cao nhất, sinh thường và mổ chủ động có kết quả tốt hơn. Trong các 72 trường hợp theo dõi chuyển dạ có 1 trường hợp chiếm 1,4% cần được chăm sóc ở NICU, trong 237 trường hợp mổ có 10 trường hợp chiếm 4,2%. Kết quả này tương tự như của tác giả J. Guise tỷ lệ này lần lượt là 8-26,2% và 1,5-17,6% [24].

5. KẾT LUẬN

Có nhiều yếu tố liên quan đến thái độ xử trí đối với sản phụ có vết mổ cũ bao gồm: tuổi mẹ, chiều cao mẹ, tiền sử sinh thường trước đó, số lần sinh mổ, khoảng cách giữa hai lần mang thai. Kết quả thai kỳ phụ thuộc vào phương pháp can thiệp, mổ lấy thai cho kết quả ở con tốt hơn so với kết quả theo dõi chuyển dạ sinh thường, tuy nhiên thời gian nằm viện dài hơn và chi phí điều trị sẽ cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Âu Nhựt Luân, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, Bài giảng TBL Sản khoa Y4.
2. Võ Thị Nga (2018), Khảo sát tình hình và một số yếu tố ảnh hưởng đến chỉ định mổ lấy thai ở thai phụ có vết mổ cũ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
3. Phan Tín (2006), Nghiên cứu đặc điểm, tình hình, thái độ xử trí và kết quả điều trị ở sản phụ có vết mổ cũ vào sinh tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2010; **11**, pp. 450–63.
5. P. Prof Ties Boerma et al., "Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections", *Lancet*, **392(10155)**, pp. 1341-1348.
6. W. M. Wolf, "Caesarean Section," *South. Med. J.*, **vol. 8, no. 10**, p. 888, 2011.
7. K. Wisner, "Gestational Hypertension and Preeclampsia," *MCN Am. J. Matern. Nurs.*, **vol. 44, no. 3**, p. 170, 2019.
8. G. Hypertension, "Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Vaginal Birth After Cesarean Delivery", **vol. 133, no. 1**, pp. 1–25, 2019.
9. Macones GA, Cahill A, Pare E, Stamilio DM, Ratcliffe S, Stevens E, et al. Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: is vaginal birth after cesarean delivery a viable option? *Am J Obstet Gynecol* 2005; **192:1223–8**; discussion 1228–9.
10. T. D. Shipp, C. M. Zelop, J. T. Repke, A. Cohen, and E. Lieberman, "Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture," *Obstet. Gynecol.*, **vol. 97, no. 2**, pp. 175–177, 2001.
11. D. M. Stamilio et al., "Short interpregnancy interval: Risk of uterine rupture and complications of vaginal birth after cesarean delivery," *Obstet. Gynecol.*, **vol. 110, no. 5**, pp. 1075–1082, 2007.

12. Coassolo KM, Stamilio DM, Pare E, Peipert JF, Stevens E, Nelson DB, et al. Safety and efficacy of vaginal birth after cesarean attempts at or beyond 40 weeks of gestation. *Obstet Gynecol* 2005;106:700–6).
13. A. N. Morbidities, “American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine: Nonmedically indicated early-term deliveries. *Committee Opinion* No. **561**, April 2013.
14. Chiossi G, Lai Y, Landon MB, et al: Timing of delivery and adverse outcomes in term singleton repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 121:561, 2013.
15. Clark SL, Miller DD, Belfort MA, et al: Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery. *Am J Obstet Gynecol* 200(2):156.e1, 2009.
16. E. L. Tilden et al., “Vaginal birth after cesarean: neonatal outcomes and United States birth setting,” *Am. J. Obstet. Gynecol*, vol. **216**, no. **4**, p. 403.e1-403.e8, 2017.
17. H. T. Tsai and C. H. Wu, “Vaginal birth after cesarean section-The world trend and local experience in Taiwan,” *J. Obstet. Gynecol.*, vol. **56**, no. **1**, pp. 41–45, 2017.
18. Knight HE, Gurol-Urganci I, van der Meulen JH, et al. Vaginal birth after caesarean section: a cohort study investigating factors associated with its uptake and success. *BJOG*. 2014; **121**(2), pp. 183-92.
19. Bellows P, Shah U, Hawley L et al. Evaluation of outcomes associated with trial of labor after cesarean delivery after a change in clinical practice guidelines in an academic hospital. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017; **30**(17):2092-2096.
20. Y. Wu, Y. Kataria, Z. Wang, W. K. Ming, and C. Ellervik, “Factors associated with successful vaginal birth after a cesarean section: A systematic review and meta-analysis”, *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. **19**, no. **1**, pp. 1–12, 2019.
21. E. Rydahl, E. Declercq, M. Juhl, and R. D. Maimburg, “Cesarean section on a rise-Does advanced maternal age explain the increase? A population register-based study,” *PLoS One*, vol. **14**, no. **1**, pp. 1-16, 2019.
22. I. Mogren et al., “Maternal height and risk of caesarean section in singleton births in Sweden-a population-based study using data from the swedish pregnancy register 2011 to 2016,” *PLoS One*, vol. **13**, no. **5**, 2018.
23. E. Bujold and R. J. Gauthier, “Risk of Uterine Rupture Associated with an Interdelivery Interval between 18 and 24 Months,” *Obstet. Gynecol.*, vol. **115**, no. **5**, pp. 1003–1006, 2010.
24. J. M. Guise et al., “Vaginal birth after cesarean: new insights,” *Evid. Rep. Technol. Assess. (Full. Rep.)*, no. **191**, pp. 1–397, 2010.