



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á
THÁI BÌNH DƯƠNG 21



BS. CKII. PHẠM THANH HẢI

*Phó Giám đốc
Bệnh viện Từ Dũ*



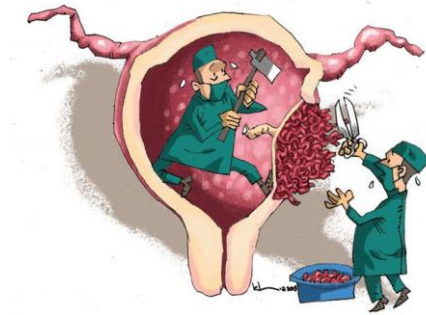
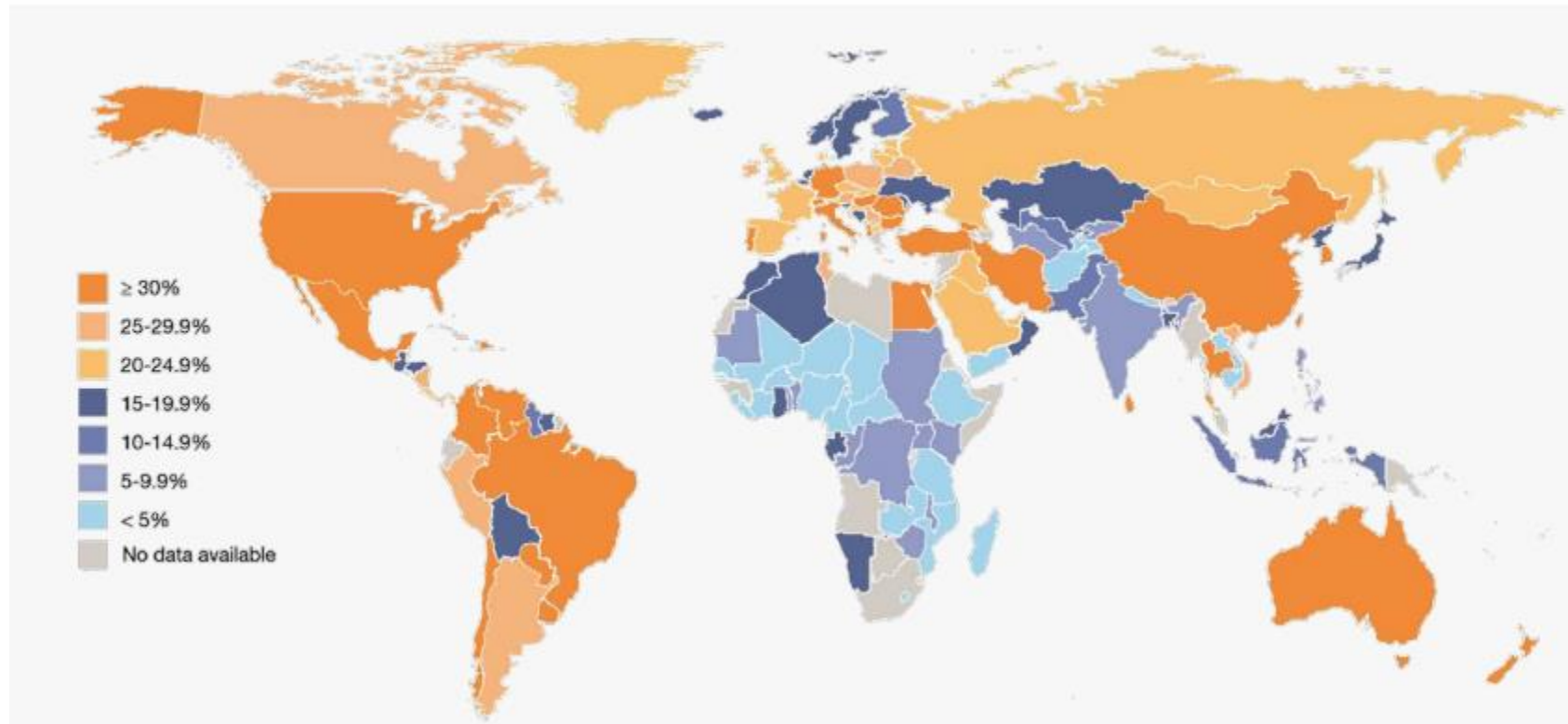


HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á
THÁI BÌNH DƯƠNG 21

CAN THIỆP GIẢM TỶ LỆ MLT TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ



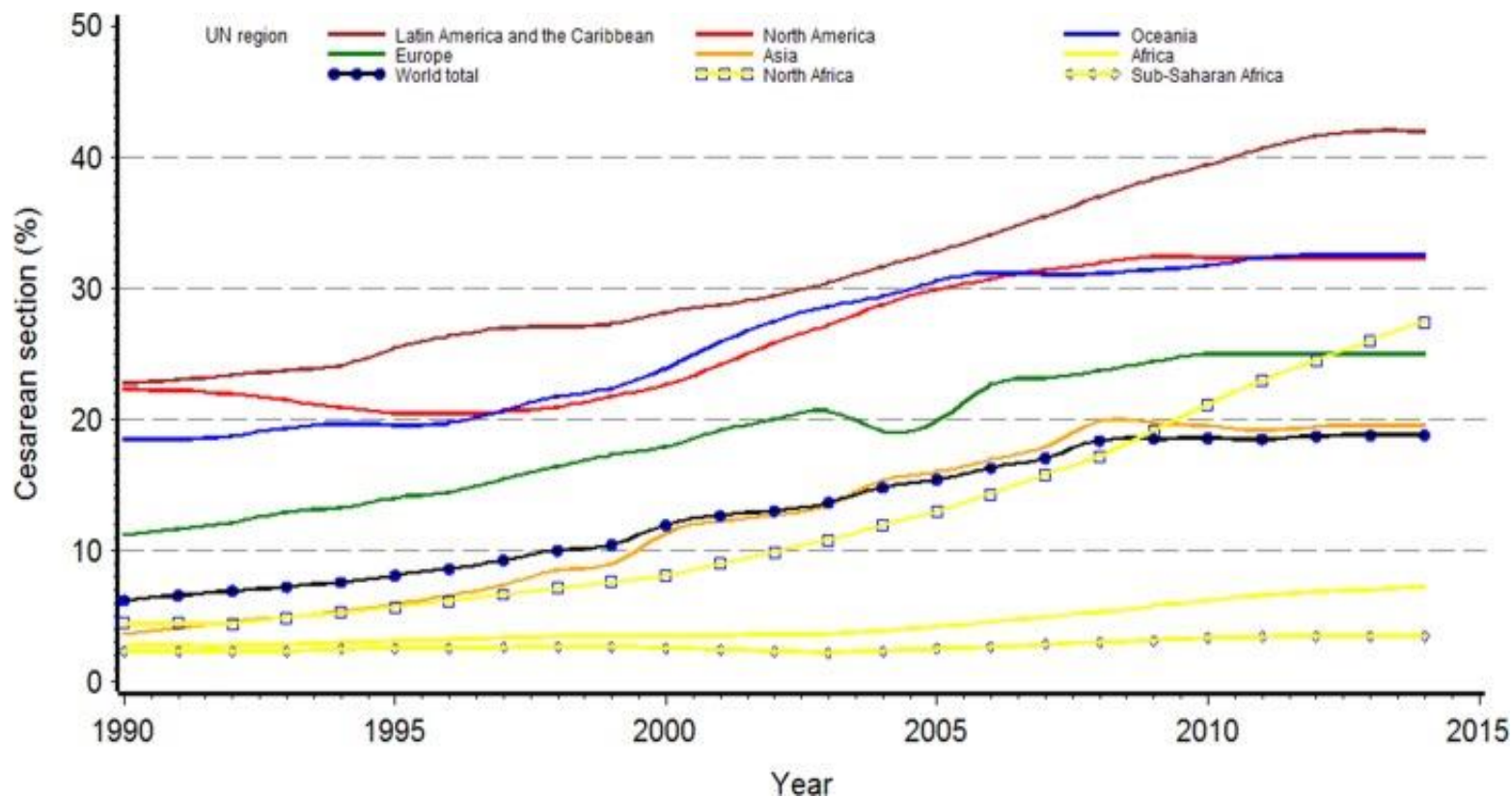
1. ĐẶT VẤN ĐỀ



Betran (2016), "WHO Statement on Caesarean Section Rates". *BJOG*, 123(5)



1. ĐẶT VẤN ĐỀ



Tốc độ gia tăng:

- Châu Á: 6,4%/năm.
- Châu Phi: 6,4%/năm.
- Nam Mỹ: 2,6%/năm.
- Bắc Mỹ: 1,6%/năm.



1. ĐẶT VẤN ĐỀ



hrp

WHO Statement on Caesarean Section Rates

Every effort should be made to provide caesarean sections to women in need, rather than striving to achieve a specific rate

Conclusion

WHO proposes the Robson classification system as a global standard for assessing, monitoring and comparing caesarean section rates within healthcare facilities over time, and between facilities. In order to assist healthcare facilities in adopting the Robson classification, WHO will develop guidelines for its use, implementation and interpretation, including standardization of terms and definitions.

ROBSON
CLASSIFICATION

Implementation
Manual



LẦN THỨ
21 HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á
THÁI BÌNH DƯƠNG

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

ROBSON CLASSIFICATION

Implementation
Manual



Nhóm	Kích cỡ nhóm	% MLT
1	35 – 42%	< 10%
2	Nhóm $\frac{1}{2} \geq 2$	20 – 25%
3	30%	3%
4	Nhóm $\frac{3}{4} > 2$ lần nhóm $\frac{1}{2}$	< 15%
5	< 10%	50 – 60%
6		
7	3 – 4%	
8	1,5 – 2%	60%
9	< 1%	
10	< 5%	30%

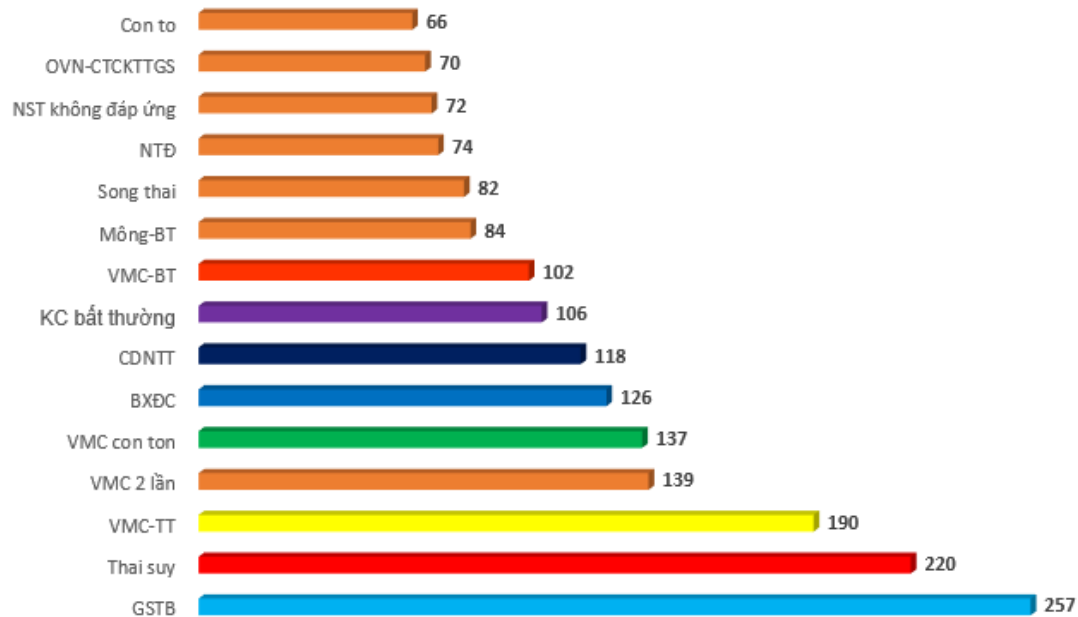


World Health
Organization



LẦN THỨ
21 HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á
THÁI BÌNH DƯƠNG

1. ĐẶT VẤN ĐỀ



Nhóm	Số MLT	Số sanh	% nhóm	% MLT của nhóm
1	289	1470	27,8	19,7
2	591	686	13,0	86,2
3	46	989	18,7	4,7
4	125	272	5,1	46,0
5	670	841	15,9	79,7
6	105	124	2,3	84,7
7	66	81	1,5	81,5
8	88	122	2,3	72,1
9	60	167	3,2	35,9
10	214	535	10,1	40,0
Tổng	2254	5287	100	42,6



2. GIÁM SÁT MLT THEO ROBSON

Câu hỏi can thiệp

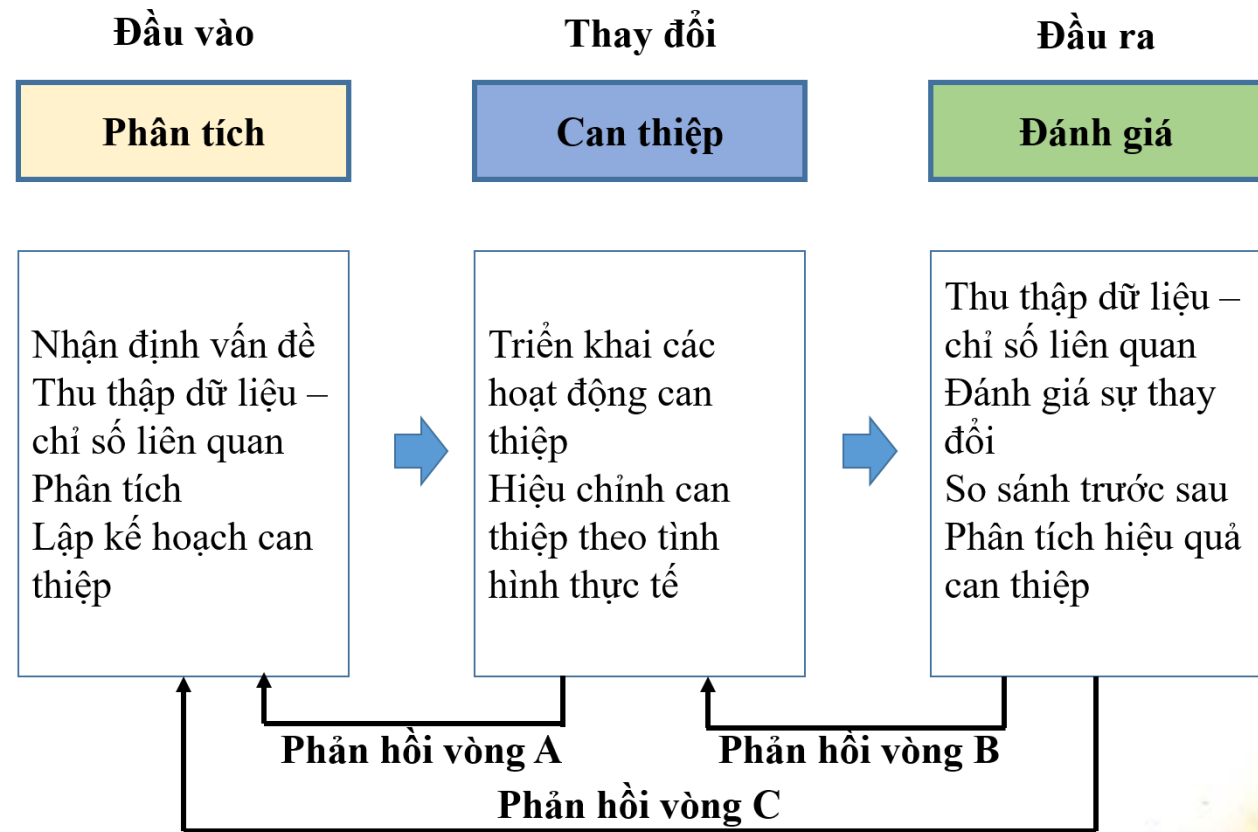
- Giám sát tỷ lệ MLT theo phân loại Robson tại BVTD có làm giảm tỷ lệ MLT ở nhóm 1 hay không ?
- Các yếu tố góp phần làm tăng tỉ lệ mổ lấy thai nhóm 1 theo phân loại Robson tại bệnh viện Từ Dũ là gì.



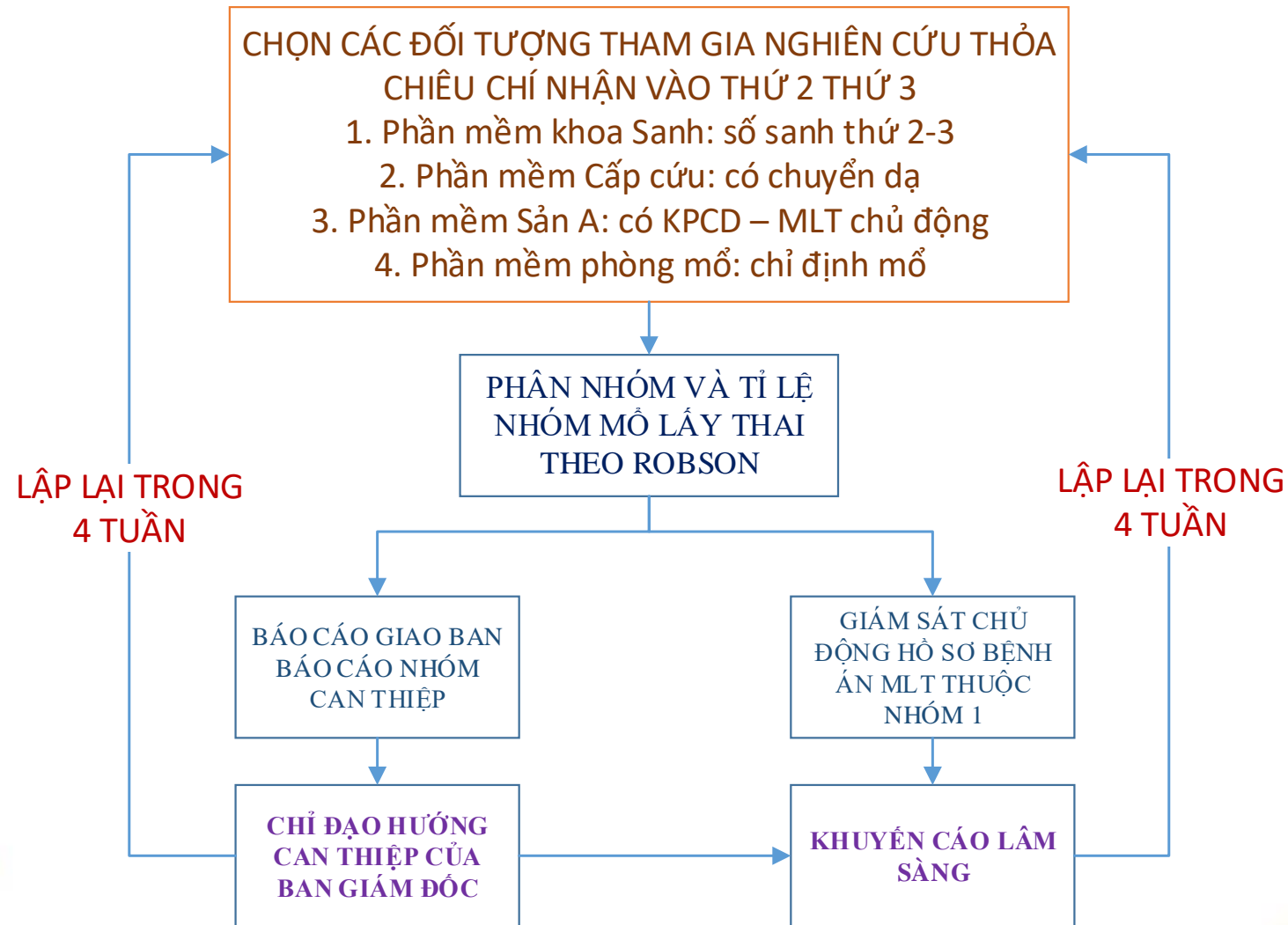
2. GIÁM SÁT MLT THEO ROBSON

NGHIÊN CỨU CAN THIỆP TỔ CHỨC

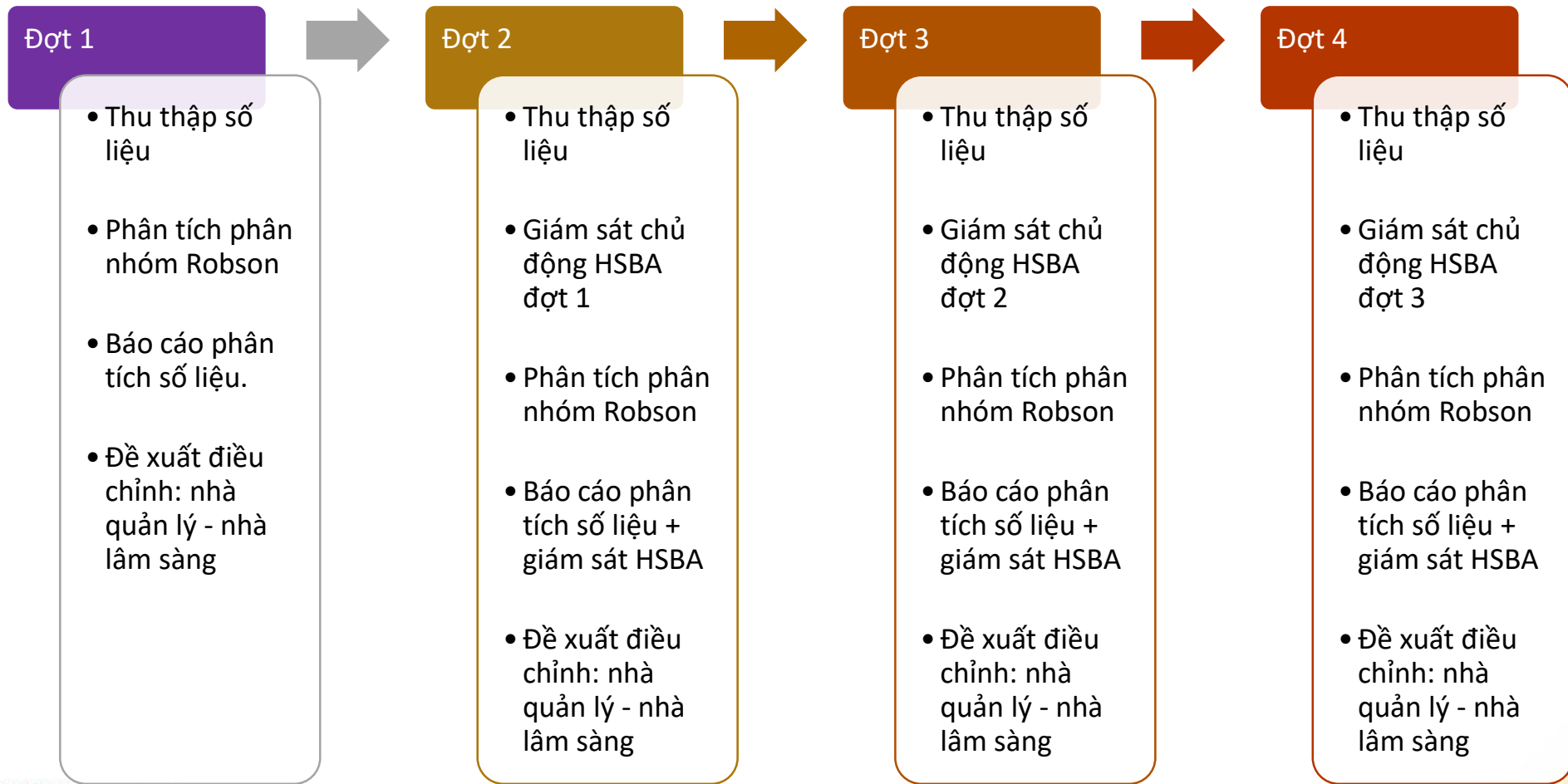
- Tháng 4/2020
- Phổ biến ý nghĩa và cách giám sát trong can thiệp.
- Giám sát 1220 TH sanh.
- Phân tích 50 HSBA.



2. GIÁM SÁT MLT THEO ROBSON



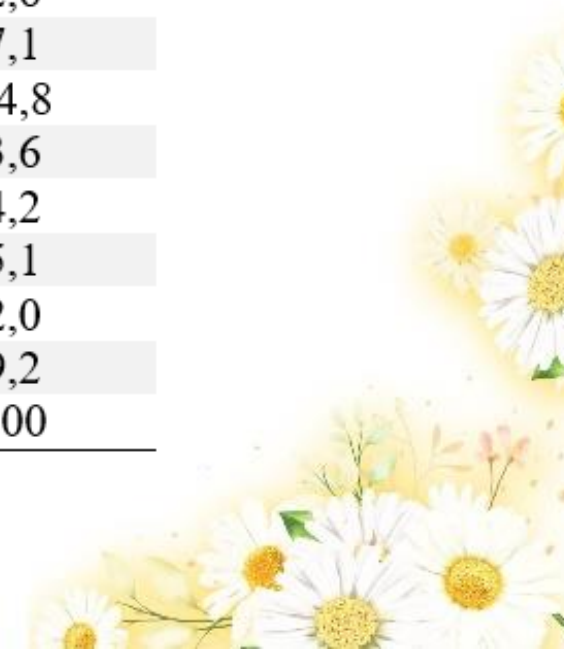
2. GIÁM SÁT MLT THEO ROBSON



2. GIÁM SÁT MLT THEO ROBSON

Kết quả can thiệp

Nhóm	MLT	Tổng số	Tỷ lệ nhóm (%)	% MLT của nhóm	% đóng góp tuyệt đối cho MLT tổng thể	% đóng góp tương đối cho MLT tổng thể
1	58	230	18,9	25,5	4,8	9,0
2	144	177	14,5	81,4	11,8	22,4
3	17	251	20,6	6,8	1,4	2,6
4	46	75	6,1	61,3	3,8	7,1
5	224	261	21,4	85,8	18,4	34,8
6	23	24	2,0	95,8	1,9	3,6
7	27	27	2,2	100	2,2	4,2
8	33	39	3,2	84,6	2,7	5,1
9	13	13	1,1	100	1,1	2,0
10	59	123	10,1	48,0	4,8	9,2
Tổng	644	1220	100	52,8	52,8	100



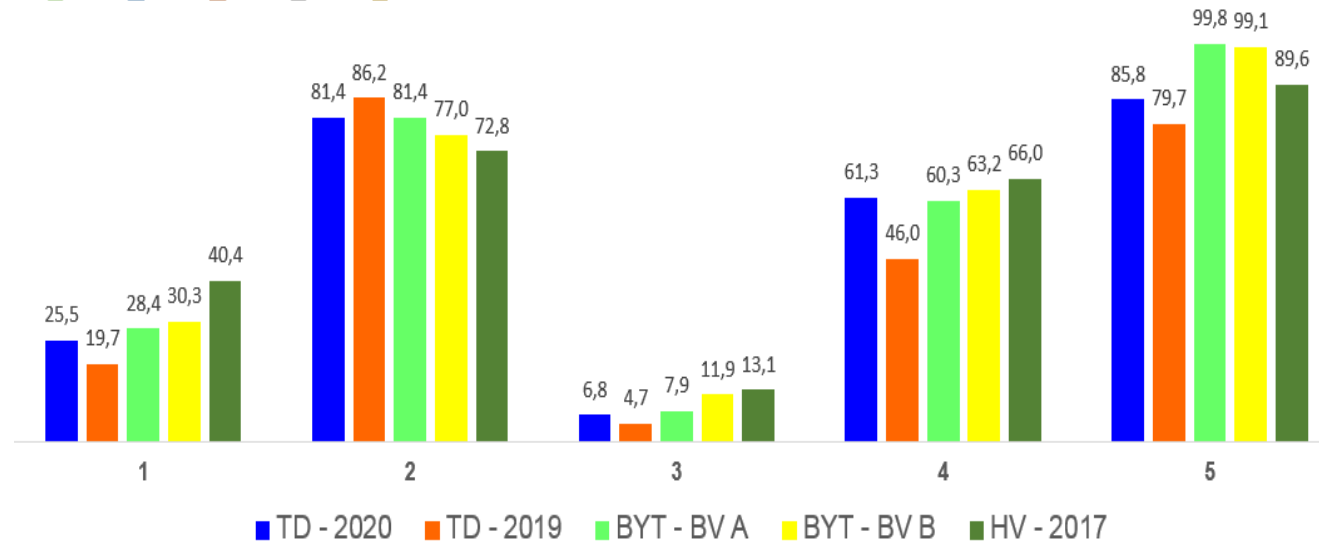
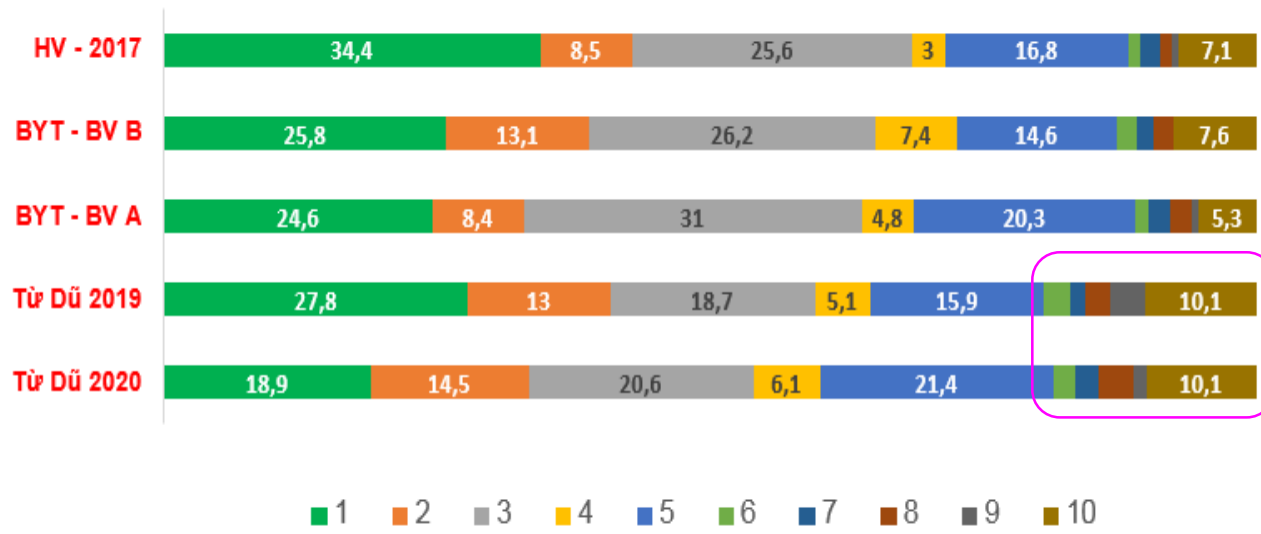
2. GIÁM SÁT MLT THEO ROBSON

Nhóm	%	WHO	Nhận xét thực trạng Từ Dũ
1	18,9	35 – 42% Nhóm ½ ≥ 2	Số người sanh con so là 33,1% hơi thấp Tỷ số ½ của chúng ta chỉ là 1,3 có các lý do sau : - Chúng ta mô chủ động nhiều có thể con so của chúng ta có bệnh lý nên cần KPCD. - Những trường hợp KPCD bằng Oxytocin ở khoa sanh vẫn tính vào nhóm 1.
2	14,4		
3	20,6	30% Nhóm ¾ > 2 lần nhóm ½	Số người sanh con rạ mà không có VMC là 26,7% thấp. Tỷ số ¾ = 3,4 = 2,5 lần nhóm ½.
4	6,1		
5	21,4	< 10%	Số con rạ có VMC rất cao điều này lý giải cho tổng nhóm 3 + 4 thấp. Theo WHO, nhóm 5 trên 15% là hệ quả của việc thực hành MLT cao ở nhóm 1 + 2 từ nhiều năm trước gây ra.

Nhóm	%	WHO	Nhận xét thực trạng Từ Dũ
6	2,0	3 – 4%	Tỷ lệ là 4,2%, tăng nhẹ có thể do non tháng nhóm 10 tập trung ở BV nhiều.
7	2,2		
8	3,2	1,5 – 2%	BV Từ Dũ là trung tâm quản lý các song thai bệnh lý và trung tâm TTTON.
9	1,1	< 1%	Số liệu tiêm cận thể giới, tăng nhẹ có thể do non tháng nhóm 10 tập trung ở ta nhiều
10	10,1	< 5%	BV Từ Dũ là trung tâm quản lý các thai bệnh lý cần CDTK sớm và trung tâm sơ sinh cực non của toàn miền Nam.

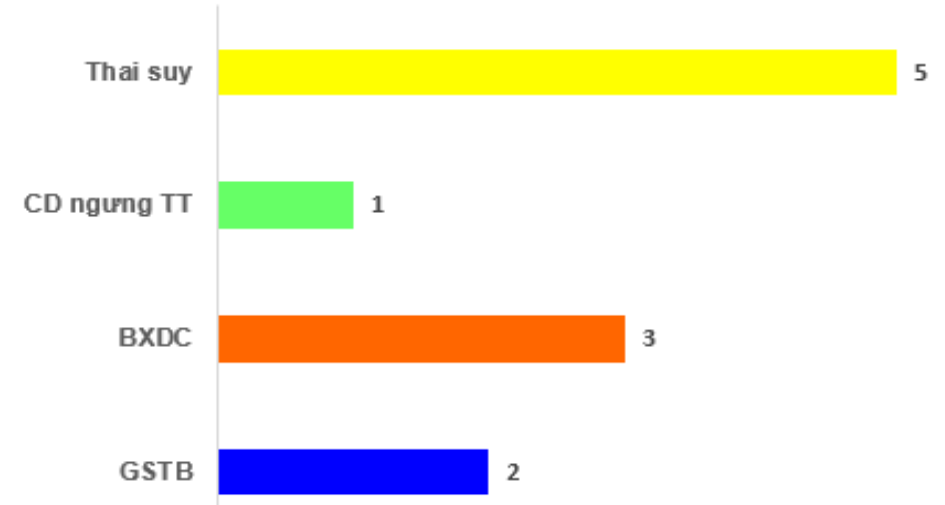
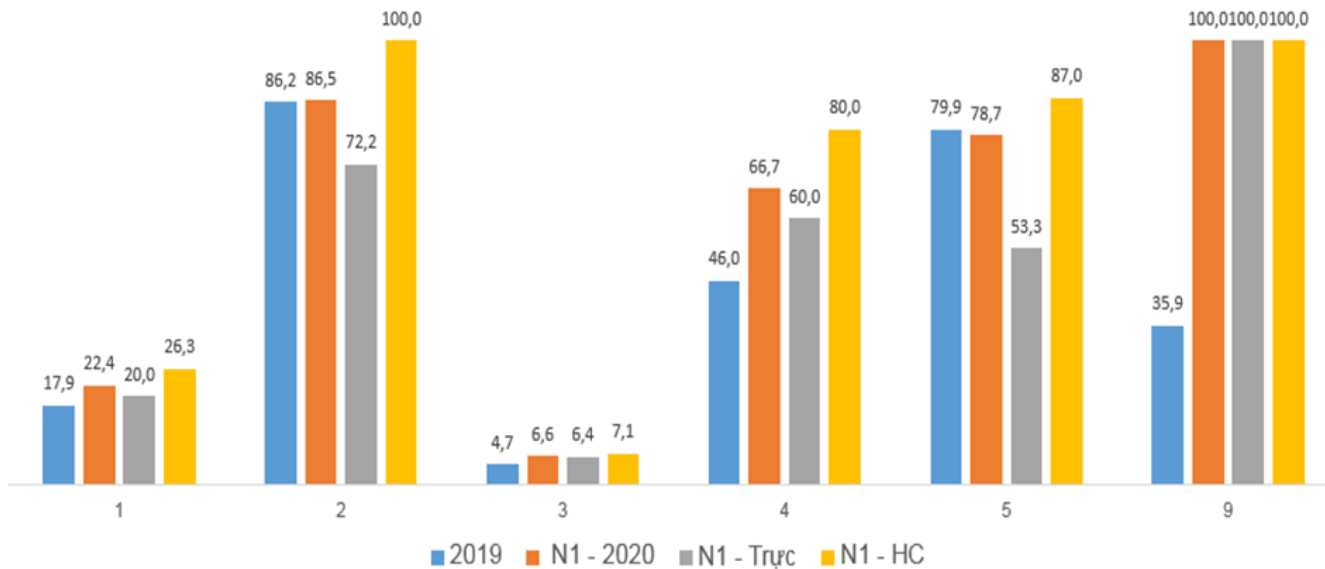


2. GIÁM SÁT MLT THEO ROBSON



2. GIÁM SÁT MLT THEO ROBSON

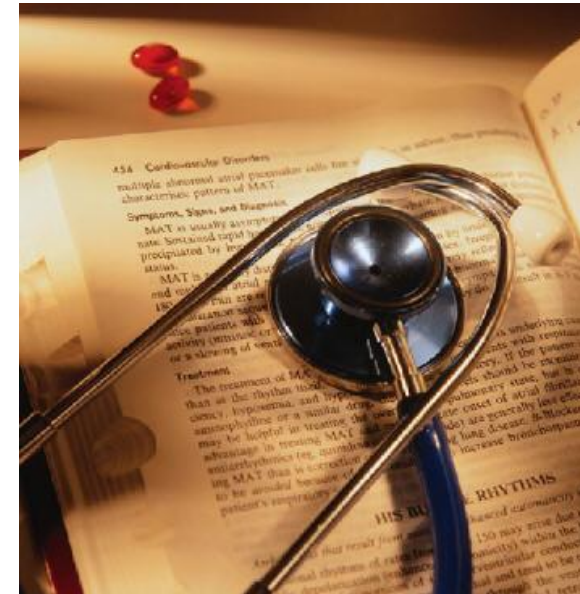
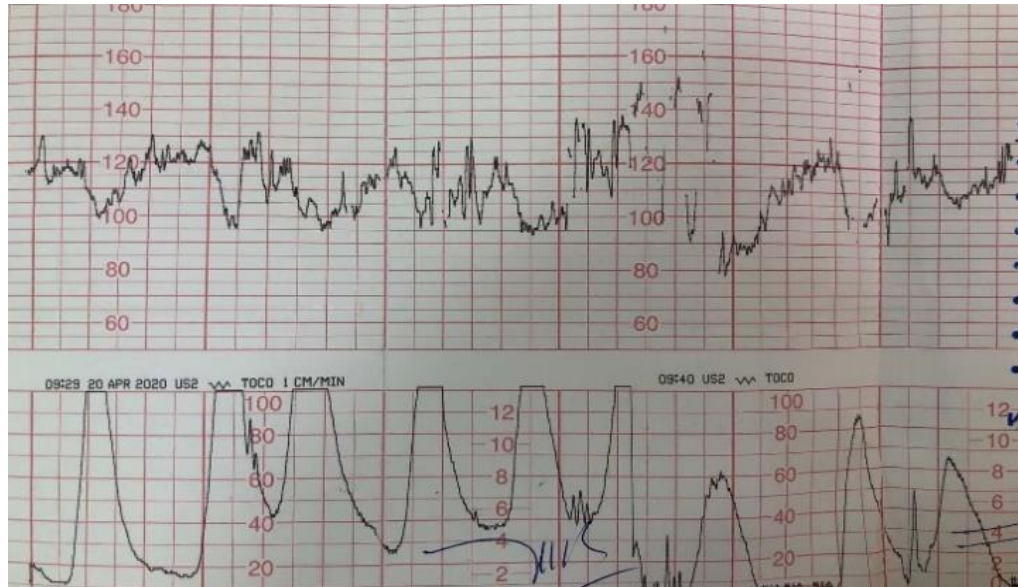
Giám sát lần 1: 13 – 15/4/2020 (276)



Đánh giá chi tiết trước khi quyết định có tình trạng thai suy hay BXDC.

Nhóm 1: 22,4%, Nhóm 3: 19,7%, Chung: 51,8%

2. GIÁM SÁT MLT THEO ROBSON

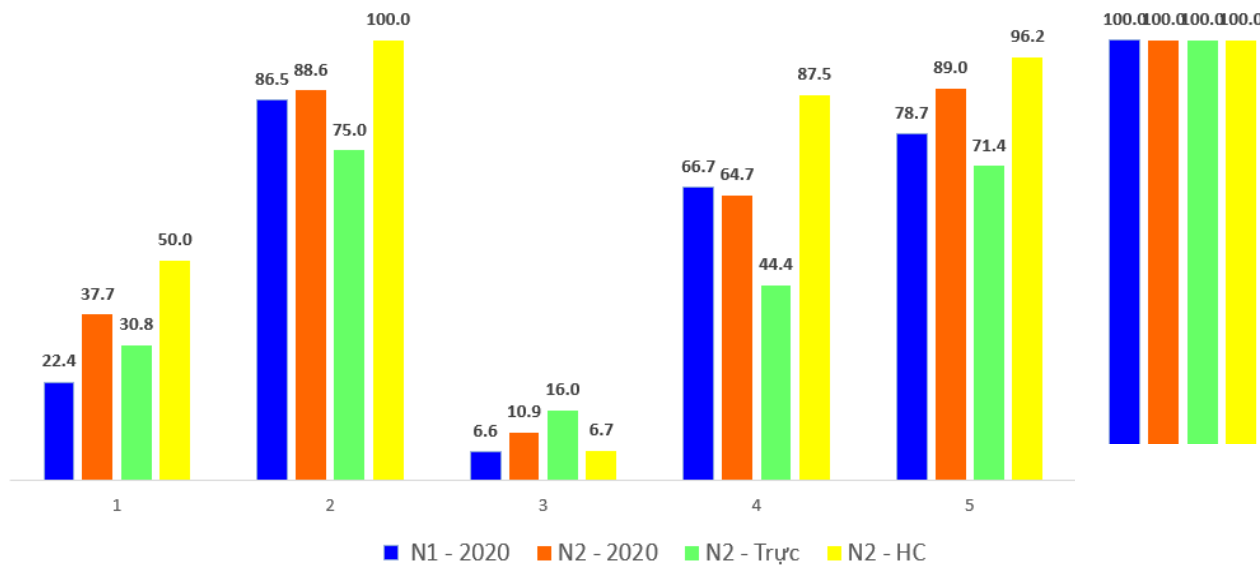


80% thai suy: nhịp tim thai bất thường sau khi CTG nhóm II lập lại 2 lần



2. GIÁM SÁT MLT THEO ROBSON

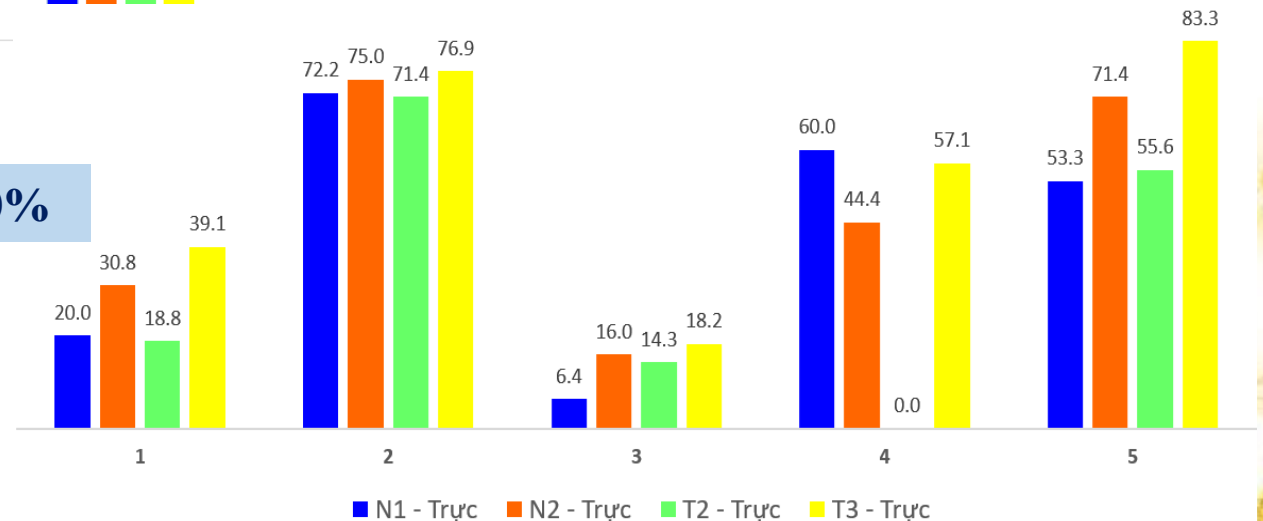
Giám sát lần 2: 20 – 22/4/2020 (305)



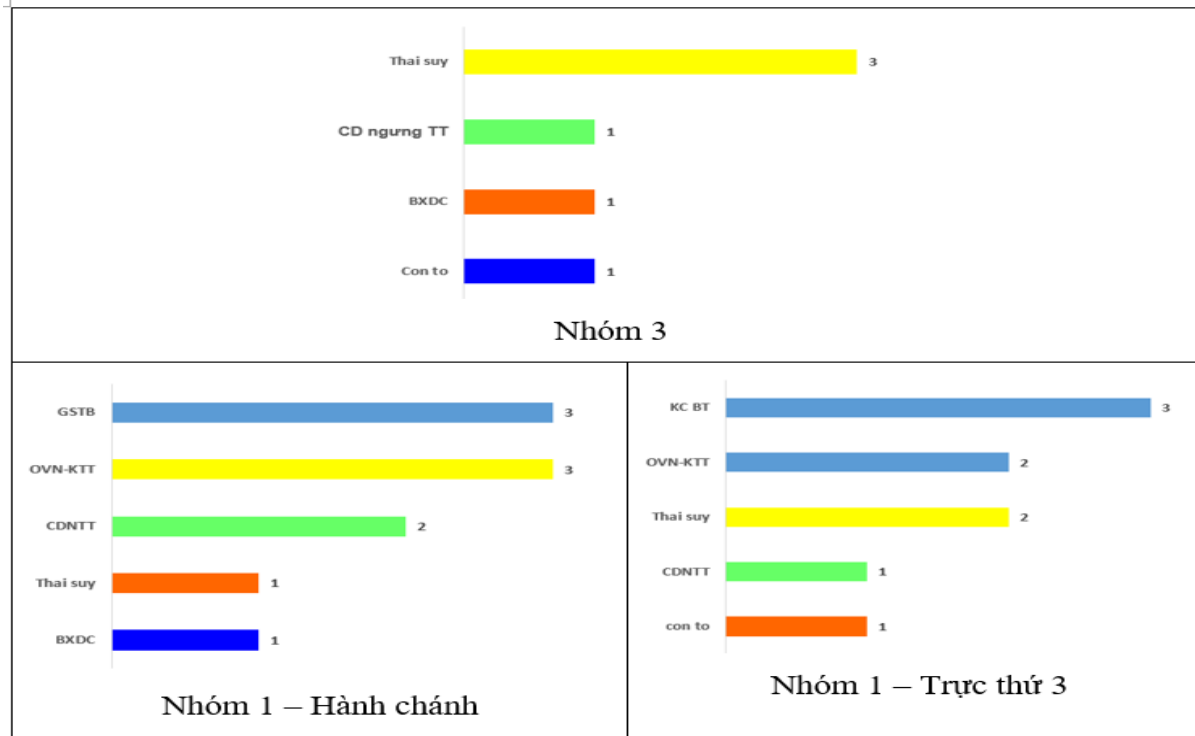
MLT người con so
Trưởng/phó khoa/phiên thường
trực thăm khám và thực hiện

Bất thường đêm trực T3

Nhóm 1: 37,1%, Nhóm 3: 10,7%, Chung: 58,0%



2. GIÁM SÁT MLT THEO ROBSON



Số NV: 27303

Chỉ định: OVN CTC không thuận tiện GS

Kết quả phân tích: 0g10' cơn gò thưa, CTC 1 – 2cm xóa 50%, ngôi đầu cao ối vỡ giờ thứ 1.

3g35' – 12g15': gò thưa, CTC 1 – 2cm, xóa 60% chắc, trung gian, ngôi đầu cao, ối vỡ → chỉ định MLT.

Nhóm nghiên cứu đánh giá thực tế TH này chưa tự vào CD 12g sau khi vỡ ối, thực tế có thể sử dụng oxytocin để KPCD, chỉ định MLT chưa phù hợp.



Definitions used in this setting:

1. Spontaneous labour: on arrival 3 contractions / 10 min with cervical effacement > 50% and dilation > 3 cm, with intact or ruptured membranes.
2. Induction: use of misoprostol, Foley catheter or oxytocin in a woman who does not fulfill the criteria for spontaneous labour



2. GIÁM SÁT MLT THEO ROBSON

Số NV: 27336

Chỉ định: CD ngưng tiến triển

Kết quả phân tích: 6g35' gò 1 cơn/10' CTC 2cm xóa 80%, đầu cao, ối còn.

10g35' gò 1 – 2 cơn/10', CTC 4cm xóa 70%, ngôi đầu cao, ối vỡ.

12g25' gò 3 cơn/10', CTC 4cm xóa 70%, ngôi đầu cao, ối vỡ.

14g20' gò 3 cơn/10', CTC 4cm xóa 70%, ngôi đầu cao, ối vỡ → chỉ định MLT.

Thời gian CTC không tiến triển khi đủ cơn gò chỉ là 2g chỉ định MLT trường hợp này sớm.

Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery

Box 1. Definition of Arrest of Labor in the First Stage

Spontaneous labor: More than or equal to 6 cm dilation with membrane rupture and one of the following:

- 4 hours or more of adequate contractions (eg, more than 200 Montevideo units)
- 6 hours or more of inadequate contractions and no cervical change



LẦN THỨ
21 HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á
THÁI BÌNH DƯƠNG



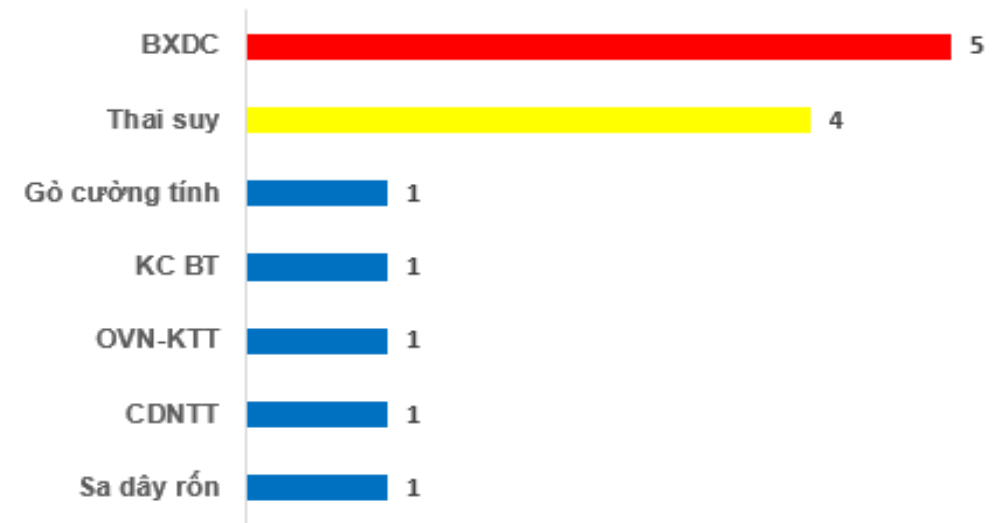
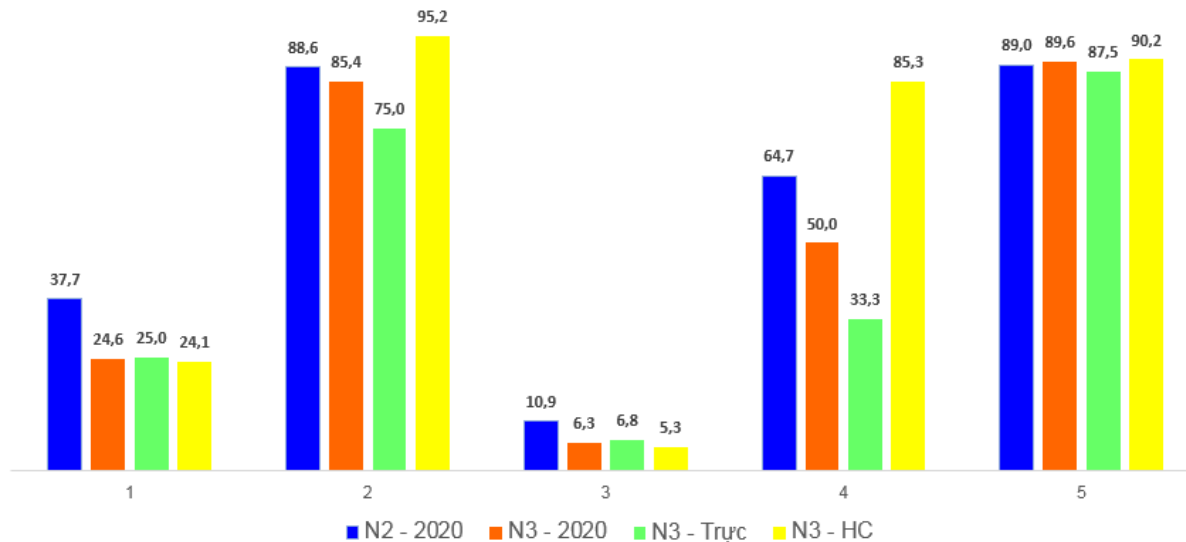
The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS



Society for
Maternal-Fetal
Medicine

2. GIÁM SÁT MLT THEO ROBSON

Giám sát lần 3: 27 – 29/4/2020 (302)



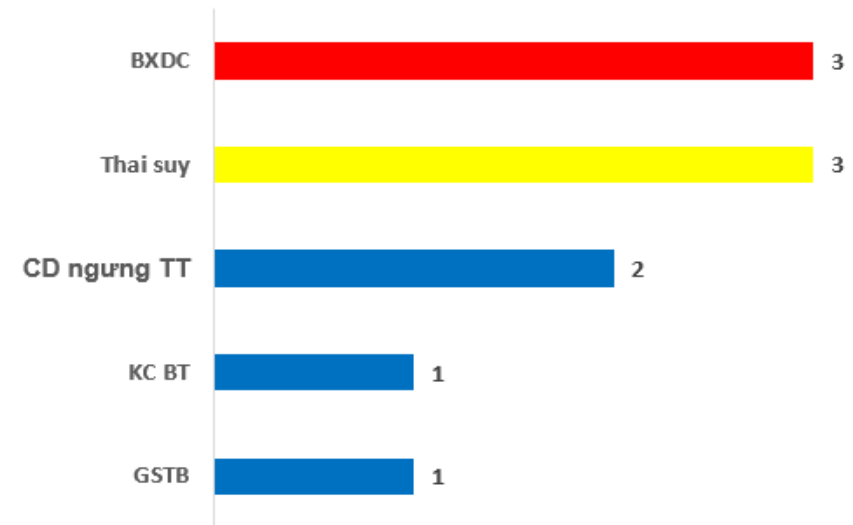
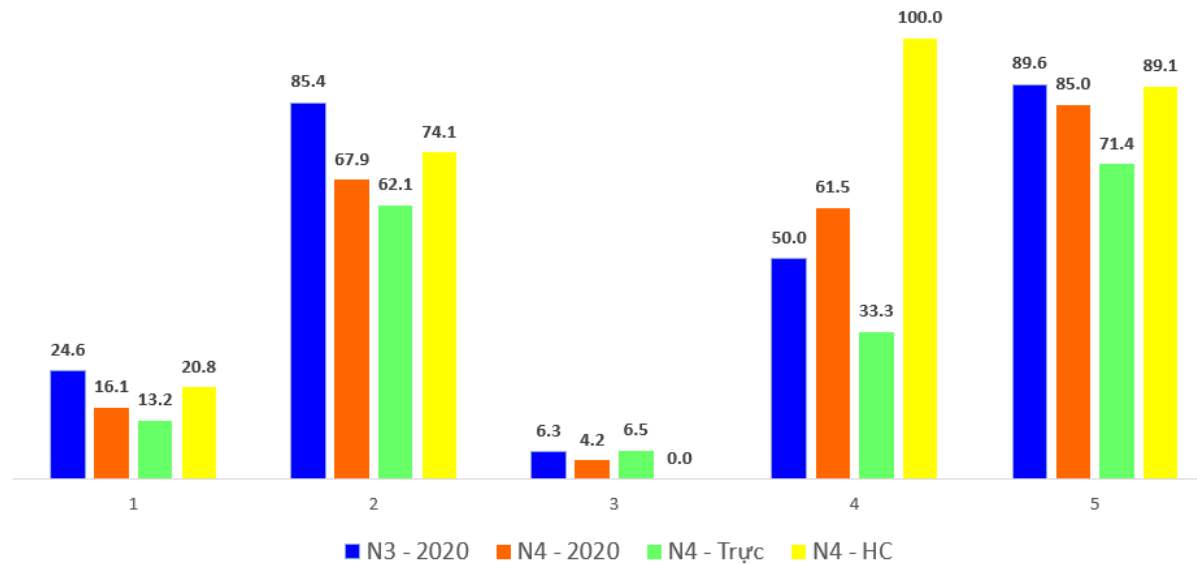
Nhóm 1: 24,6%, Nhóm 3: 6,3%, Chung: 55,0%

Hội đồng KH-CN thay đổi qui trình chuyên môn: OVN, thai trình ngưng tiến triển.



2. GIÁM SÁT MLT THEO ROBSON

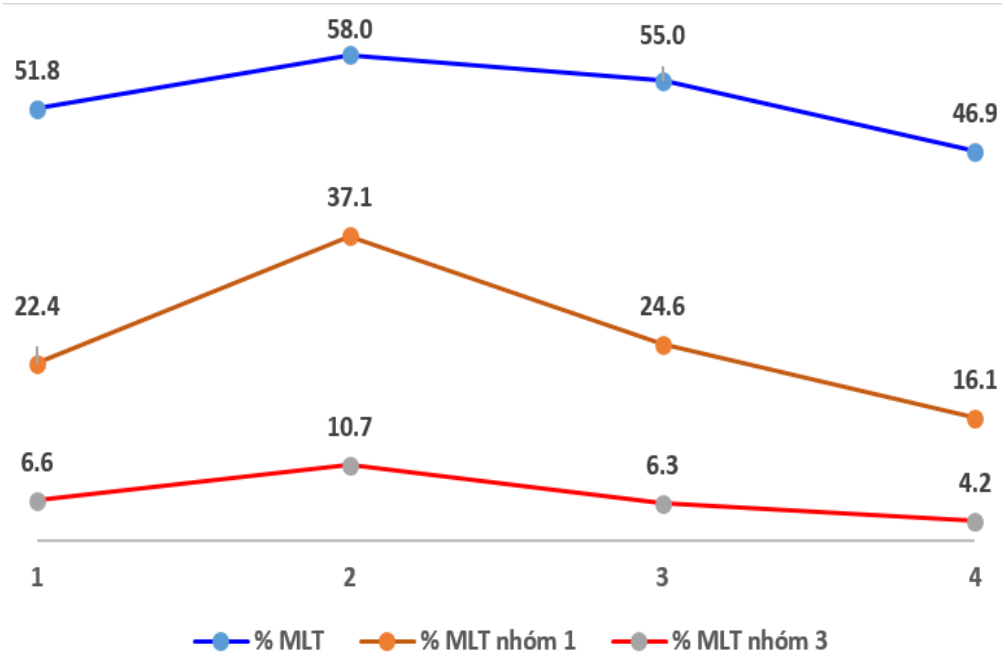
Giám sát lần 4: 4 – 6/5/2020 (337)



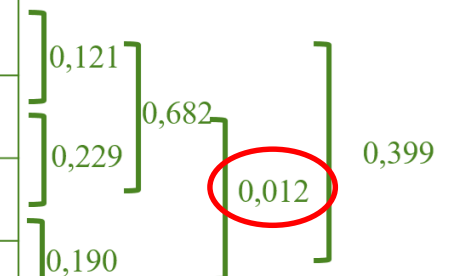
LẦN THỨ
21 HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á
THÁI BÌNH DƯƠNG

Nhóm 1: 16,1%, Nhóm 3: 4,2%, Chung: 46,9%

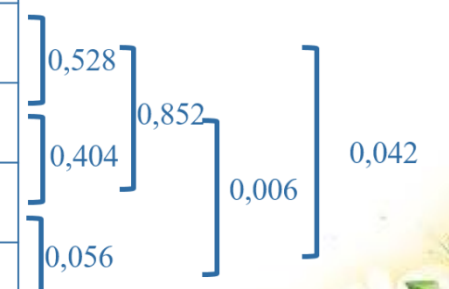
2. GIÁM SÁT MLT THEO ROBSON



	Con số, đơn thai ngôi đầu, ≥ 37 tuần, chuyển dạ tự nhiên	Số bệnh nhân	Tỷ lệ sanh mổ
Đợt 1	Sanh thường	38	22,4%
	Mổ lấy thai	11	
Đợt 2	Sanh thường	39	36,1%
	Mổ lấy thai	22	
Đợt 3	Sanh thường	43	25,9%
	Mổ lấy thai	15	
Đợt 4	Sanh thường	52	16,1%
	Mổ lấy thai	10	



	Con số, đơn thai ngôi đầu, ≥ 37 tuần, khởi phát chuyển dạ, hoặc MLT trước chuyển dạ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ sanh mổ
Đợt 1	Sanh thường	5	86,5%
	Mổ lấy thai	32	
Đợt 2	Sanh thường	4	90,9%
	Mổ lấy thai	40	
Đợt 3	Sanh thường	6	85%
	Mổ lấy thai	34	
Đợt 4	Sanh thường	18	67,9%
	Mổ lấy thai	38	



3. SỬ DỤNG OXYTOCIN VÀ MLT

Các trường hợp sản phụ được chỉ định **sử dụng oxytocin trong chuyển dạ** tại bệnh viện Từ Dũ:

- Tỷ lệ MLT

- Các yếu tố nào tiên lượng

NC ĐOÀN HỆ: 334 trường hợp
01/2020 đến tháng 06/2020

NHẬN VÀO

1. Đơn thai, ngôi đầu
2. Tuổi thai 34-42 tuần.
3. CD tự nhiên hoặc được KPCD
4. Oxytocin trong CD.



3. SỬ DỤNG OXYTOCIN VÀ MLT

Đặc điểm	Tổng (n = 334)	Tỷ lệ (%)
Vai trò oxytocin		
Khởi phát CD	109	32,6
Tăng co	225	67,4
CD tăng co	225	67,4
Ói vỡ lâu	73	32,5
Sau Foley	60	26,7
CD tiềm thời kéo dài	28	12,5
CD diễn tiến chậm	22	9,8
Khác	12	5,3
Không rõ	12	5,3
Gò không phù hợp CD	8	3,6
Ói vỡ không rõ giờ	6	2,7
Tiền sản giật	4	1,8
Điểm số Bishop lúc tăng co	6,1 ± 2,0 [1-12]	
CTC lúc tăng co (cm)	2 (2-3)*	



3. SỬ DỤNG OXYTOCIN VÀ MLT

Đặc điểm	Tổng (n = 334)	Tỷ lệ (%)
TG dùng oxytocin	4,6 ± 2,5 giờ	
Phương pháp sinh		
Sinh thường	145	43,4
Forceps	35	10,5
Giác hút	3	0,9
Mổ lấy thai	151	45,2

Pedro 2016: 18,6%
Anjel 2006: 24,9%

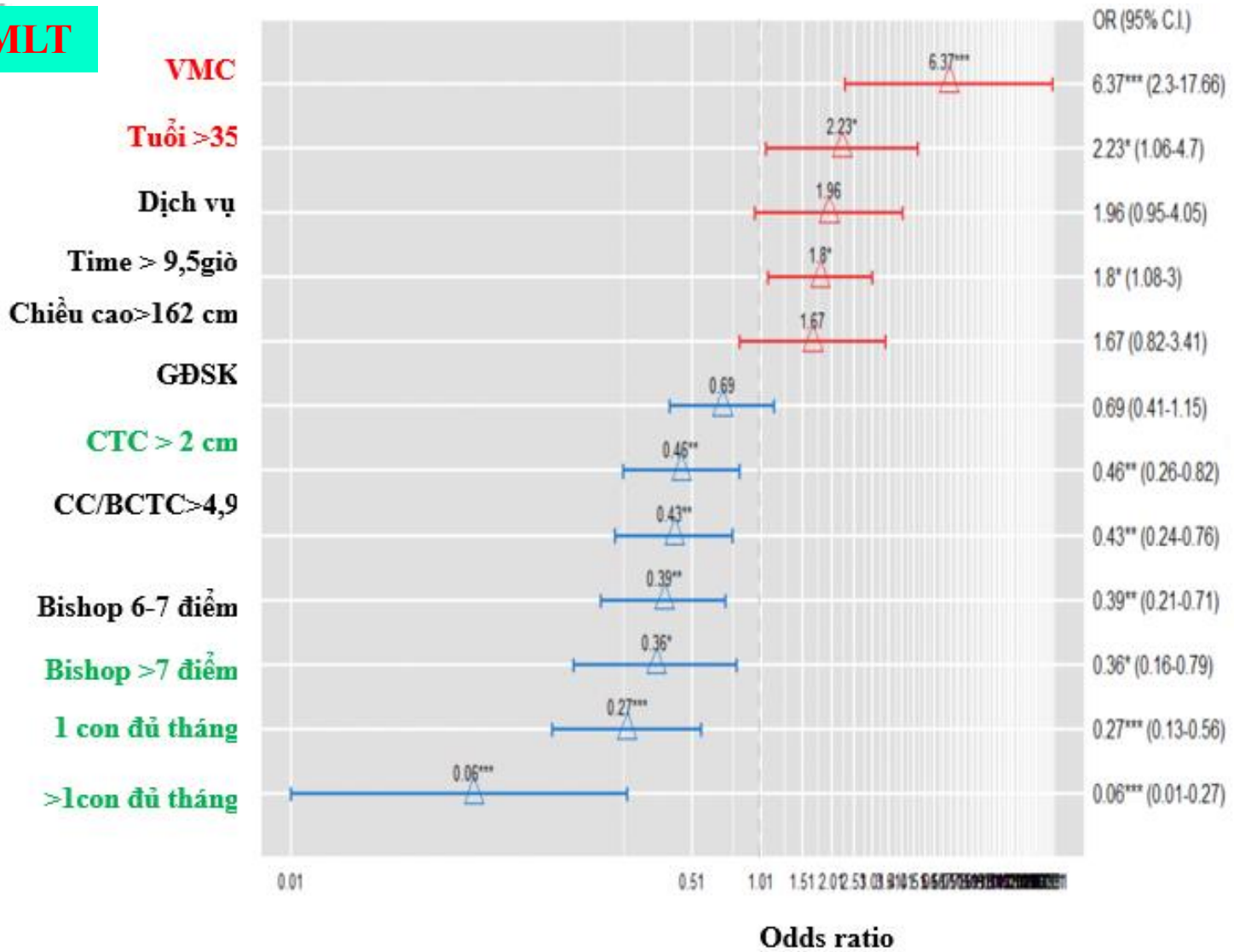
Yếu tố	Mổ lấy thai (n = 151)	Sang ngã ÂĐ (n = 183)	OR	95% CI	P*
Vào CD					
Tự nhiên	65(39,4)	100(60,6)	1		
Foley + oxytocin	29(53,7)	25(46,3)	1,78	0,96-3,32	0,07
Foley	33(55,9)	26(44,1)	1,15	0,62-2,13	0,65
Oxytocin	24(42,9)	32(57,1)	1,95	1,07-3,56	0,03
Vai trò Oxytocin					
KPCD	53(48,6)	56(51,4)	1		
Tăng co	98(43,6)	127(56,4)	0,81	0,51-1,29	0,38



3. SỬ DỤNG OXYTOCIN VÀ MLT

OR TRONG MÔ HÌNH TIÊN LƯỢNG MLT

THỜI ĐIỂM BẮT ĐẦU SỬ
DỤNG OXYTOCIN



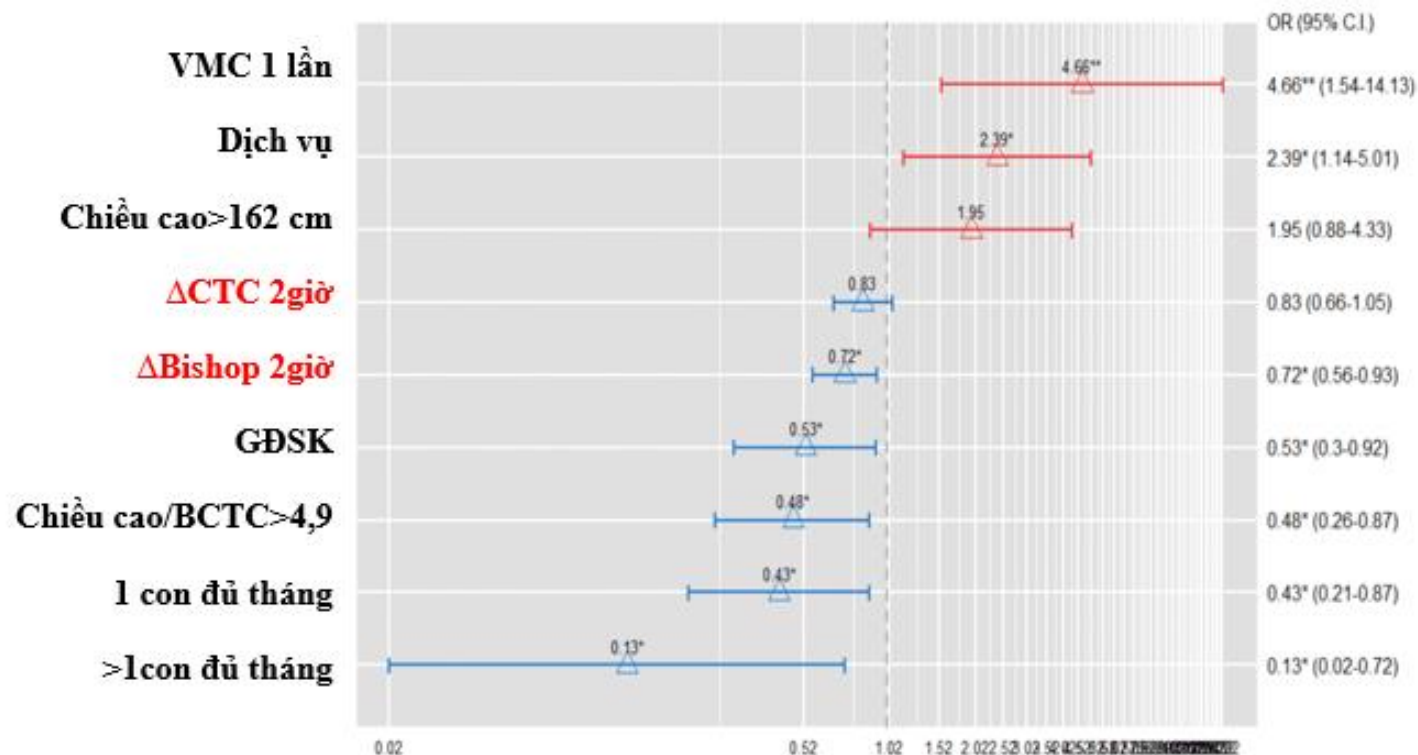
LẦN THỨ **21** HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á
THÁI BÌNH DƯƠNG



3. SỬ DỤNG OXYTOCIN VÀ MLT

OR TRONG MÔ HÌNH TIÊN LƯỢNG MLT

2 GIỜ SAU SỬ DỤNG
OXYTOCIN



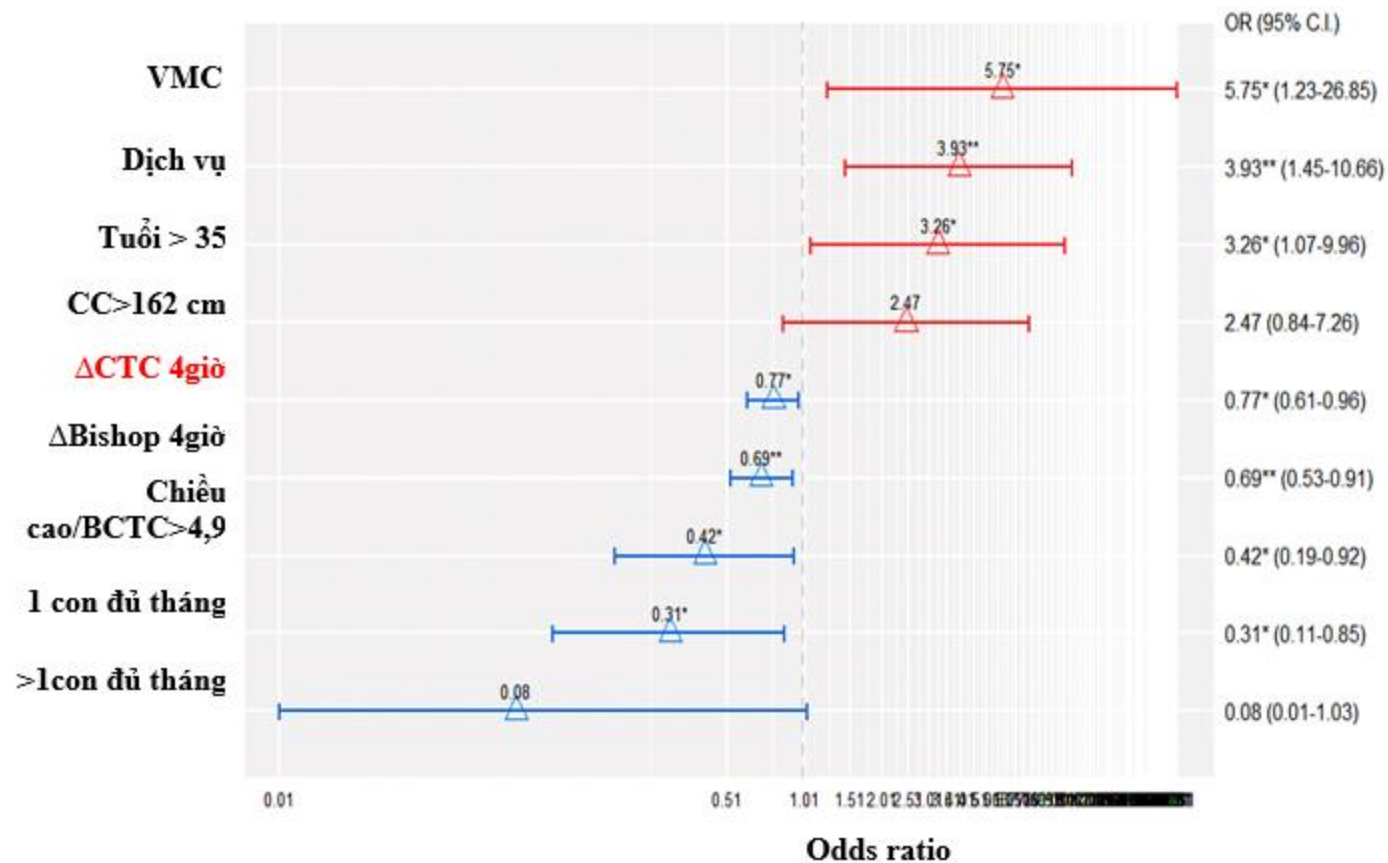
Odds ratio



3. SỬ DỤNG OXYTOCIN VÀ MLT

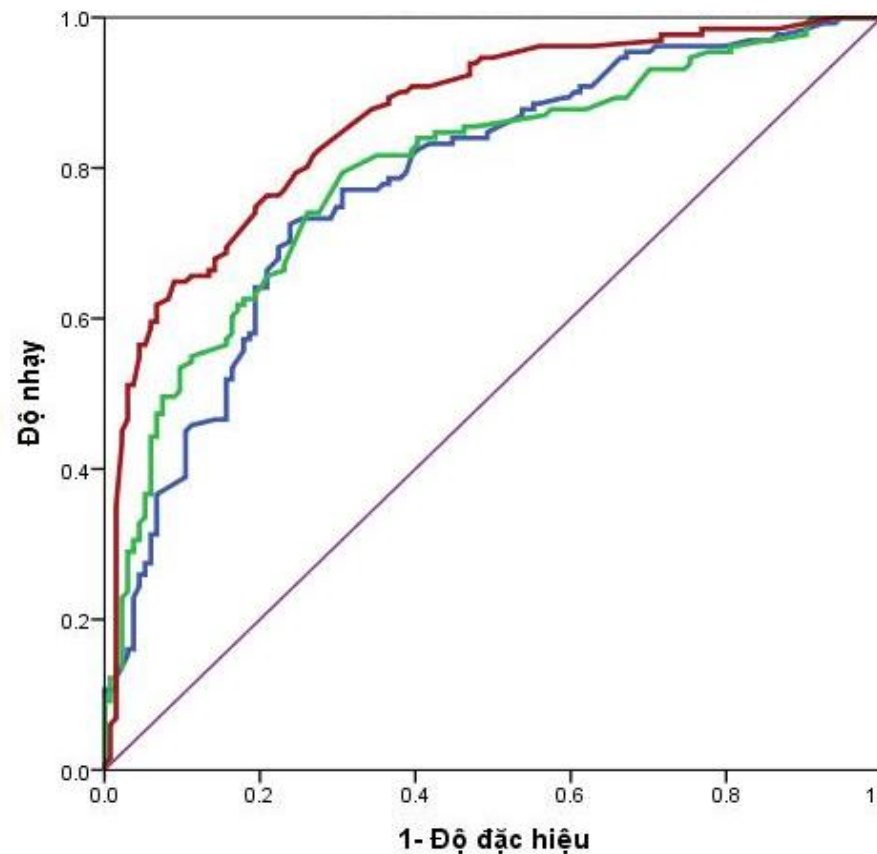
OR TRONG MÔ HÌNH TIÊN LƯỢNG MLT

4 GIỜ SAU SỬ DỤNG OXYTOCIN



3. SỬ DỤNG OXYTOCIN VÀ MLT

MÔ HÌNH TIÊN LƯỢNG MLT



AUC 0: 0,78 (95%CI 0,73-0,83)

AUC 2: 0,79 (95%CI 0,73-0,84)

AUC 4: 0,82 (95%CI 0,76-0,89)



4. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mổ lấy thai: Cần phải được giám sát

Phân nhóm Robson

- Hiệu quả kiểm soát % MLT
- Ứng dụng EBM

Sử dụng Oxytocin

- Con rạ, Bishop > 6 điểm
- Thay đổi CTC sau 4h





VISION

Trở thành bệnh viện
sản phụ khoa hàng
đầu Việt Nam, có vị thế
trong khu vực Châu Á

TÂM NHÌN



SỞ Y TẾ
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN TỬ DŨ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Số: 976 /TB-BVTD Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 12 tháng 6 năm 2020

THÔNG BÁO
Về việc cập nhật một số chỉ định mổ lấy thai

Căn cứ Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29 tháng 7 năm 2016 của Bộ Y tế;

Ban Giám đốc bệnh viện thông báo như sau:

1. Thuật ngữ “cổ tử cung không thuận tiện giục sinh” chỉ chẩn đoán trong các trường hợp có vết mổ cũ ở tử cung và kèm các điều kiện sau: sản phụ không vào chuyển dạ khi ối vỡ ≥ 12 giờ và chỉ số Bishop ≤ 5 điểm.

Các trường hợp không có vết mổ cũ ở tử cung, không chống chỉ định sinh ngã âm đạo và phải chấm dứt thai kỳ cần được khởi phát chuyển dạ bằng phương pháp hóa học, cơ học, oxytocin... hoặc phối hợp các phương pháp để khởi phát chuyển dạ.

Nếu tình trạng mẹ và thai ổn định, thời gian cần sử dụng oxytocin để khởi phát chuyển dạ ít nhất là 6 giờ trước khi chẩn đoán “khởi phát chuyển dạ thất bại”.

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán “chuyển dạ ngừng tiến triển”: khi cổ tử cung mở ≥ 6 cm, đã vỡ ối, cổ tử cung không thay đổi sau 4 giờ nếu cơn gò đủ (≥ 200 đơn vị Montevideo) hoặc sau 6 giờ chính cơn gò tử cung bằng oxytocin và cơn gò tử cung không đủ dù đã tăng liều oxytocin theo phác đồ.

3. Chẩn đoán “bất xứng đầu chậu” chỉ áp dụng từ giai đoạn chuyển dạ hoạt động và cần ghi rõ nguyên nhân.

4. Chuyển dạ tiềm thời kéo dài (20 giờ đối với con so, 14 giờ đối với con rạ) không là chỉ định mổ lấy thai nếu tình trạng mẹ và thai ổn định.

5. Các trường hợp có vết mổ cũ ở tử cung: chẩn đoán “khởi phát chuyển dạ thất bại”, “chuyển dạ ngừng tiến triển” giống mục 1. và 2., tuy nhiên việc chẩn đoán có thể cá thể hóa tùy từng trường hợp.

6. Người chủ trì hội chẩn phẫu thuật:

+ Hội chẩn khoa: bác sĩ trưởng, phó khoa/phòng, bác sĩ thường trú, bác sĩ tham vấn chuyên môn.

2

+ Hội chẩn phiên thường trực: bác sĩ trưởng, phó phiên thường trực, bác sĩ tham vấn chuyên môn.

Đề nghị các khoa, phòng thông tin đến các nhân viên y tế để biết và thực hiện. *lcc*

Nơi nhận:

- Các khoa/phòng;
- Lưu: VT, KHTH. *lcc*



BS. CKII. Nguyễn Bá Mỹ Nhi

QUẢN LÝ TỶ LỆ MLT

Group	Obstetric population
1	Nulliparous women with a single cephalic pregnancy, ≥ 37 weeks gestation in spontaneous labour
2	Nulliparous women with a single cephalic pregnancy, ≥ 37 weeks gestation who had labour induced or were delivered by CS before labour
2a	Labour induced
2b	Pre-labour CS
3	Multiparous women without a previous CS, with a single cephalic pregnancy, ≥ 37 weeks gestation in spontaneous labour
4	Multiparous women without a previous CS, with a single cephalic pregnancy, ≥ 37 weeks gestation who had labour induced or were delivered by CS before labour
4a	Labour induced
4b	Pre-labour CS
5	All multiparous women with at least one previous CS, with a single cephalic pregnancy, ≥ 37 weeks gestation
5.1	With one previous CS
5.2	With two or more previous CSs
6	All nulliparous women with a single breech pregnancy
7	All multiparous women with a single breech pregnancy including women with previous CS(s)
8	All women with multiple pregnancies including women with previous CS(s)
9	All women with a single pregnancy with a transverse or oblique lie, including women with previous CS(s)
10	All women with a single cephalic pregnancy < 37 weeks gestation, including women with previous CS(s)



QUẢN LÝ TỶ LỆ MLT

Obstetric variables

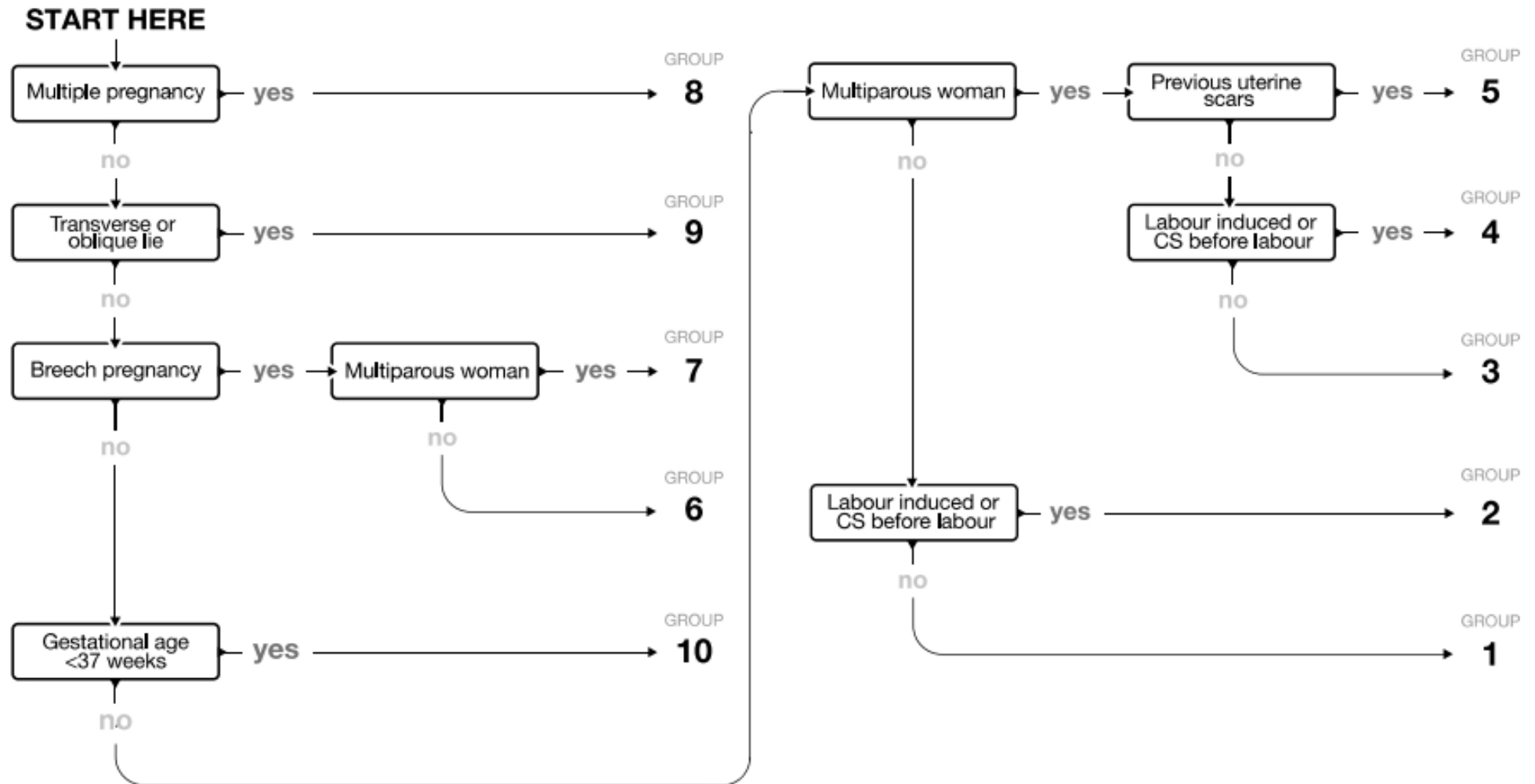
Parity	<ul style="list-style-type: none">• Nullipara• Multipara
Previous CS	<ul style="list-style-type: none">• Yes (one or more)• No
Onset of labour	<ul style="list-style-type: none">• Spontaneous• Induced• No labour (pre-labour CS)
Number of fetuses	<ul style="list-style-type: none">• Singleton• Multiple
Gestational age	<ul style="list-style-type: none">• Preterm (less than 37 weeks)• Term (37 weeks or more)
Fetal lie and presentation	<ul style="list-style-type: none">• Cephalic presentation• Breech presentation• Transverse lie

Definitions used in this setting:

1. Spontaneous labour: on arrival 3 contractions / 10 min with cervical effacement > 50% and dilation > 3 cm, with intact or ruptured membranes.
2. Induction: use of misoprostol, Foley catheter or oxytocin in a woman who does not fulfill the criteria for spontaneous labour

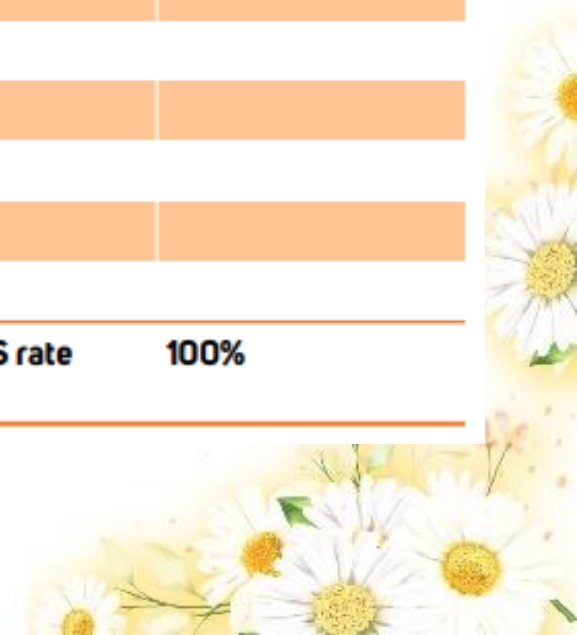


QUẢN LÝ TỶ LỆ MLT



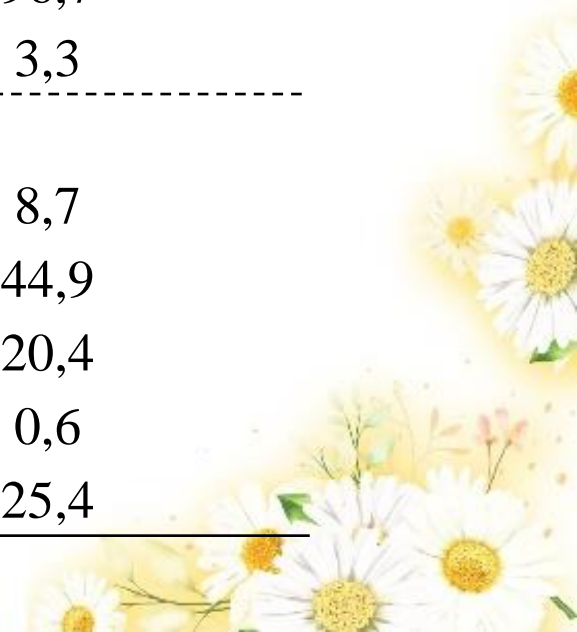
QUẢN LÝ TỶ LỆ MLT

Setting name: <i>Hospital ABC</i>				period: <i>January 2016 to December 2016</i>		
Column 1	Column 2	Column 3	Column 4	Column 5	Column 6	Column 7
Group	Number of CS in group	Number of women in group	Group Size ¹ (%)	Group CS rate ² (%)	Absolute group contribution to overall CS rate ³ (%)	Relative contribution of group to overall CS rate ⁴ (%)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
Total*	Total number CS	Total number women delivered	100%	Overall CS rate	Overall CS rate	100%



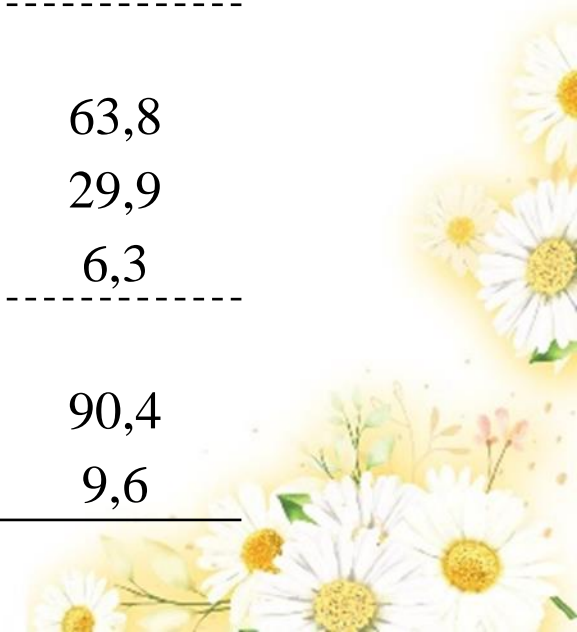
OXYTOCIN và MLT

Đặc điểm dịch tễ	Tổng (n = 334)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	29,6 ± 5,2 tuổi	
< 35 tuổi	279	83,5
≥ 35 tuổi	55	16,5
<hr/>		
Địa chỉ		
TP HCM	111	33,2
Khác	223	66,8
<hr/>		
Dân tộc		
Kinh	323	96,7
Khác	11	3,3
<hr/>		
Nghề nghiệp		
Buôn bán	29	8,7
Công nhân viên	150	44,9
Nội trợ	68	20,4
Học sinh-sinh viên	2	0,6
Khác	85	25,4



OXYTOCIN và MLT

Đặc điểm tiền căn sản khoa	Tổng (n = 334)	Tỷ lệ (%)
Số lần mang thai đủ tháng		
0 lần	217	65,0
1 lần	98	29,3
≥ 2 lần	19	5,7
Số lần mang thai thiếu tháng		
0 lần	323	96,7
1 lần	10	3,0
≥ 2 lần	1	0,3
Số con hiện sống		
0 con	213	63,8
1 con	100	29,9
≥ 2 con	21	6,3
Tiền căn MLT		
0 lần	302	90,4
1 lần	32	9,6



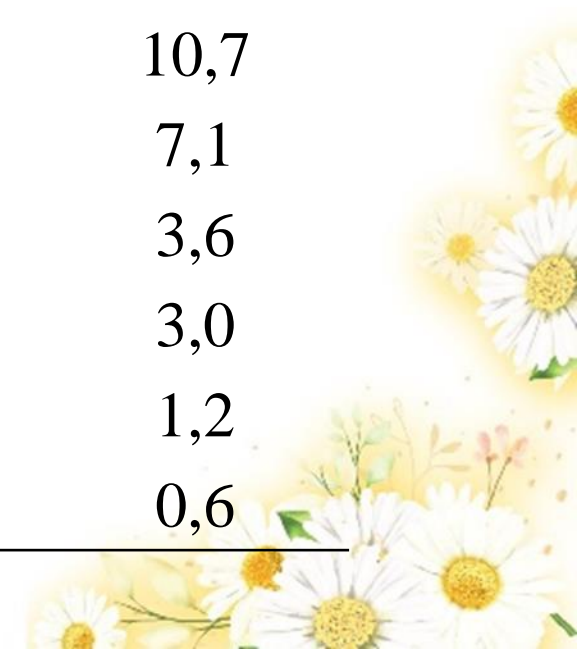
OXYTOCIN và MLT

Đặc điểm thai kỳ lần này	Tổng (n = 334)	Tỷ lệ (%)
Chỉ số khối cơ thể (BMI) (kg/m²)		
<18,5	49	14,7
Từ 18,5 đến 24,9	251	75,1
≥25	34	10,2
<hr/>		
Tuổi thai lúc sinh		
Từ 34 - <37 tuần	26	7,8
Từ 37 tuần đến <40 tuần	217	65,0
Từ 40 tuần đến <42 tuần	91	27,2
<hr/>		
Vào CD		
CD tự nhiên	165	49,4
KPCD bằng Foley + Oxytocin	54	16,2
KPCD bằng Oxytocin	56	16,8
KPCD bằng Foley	59	17,7



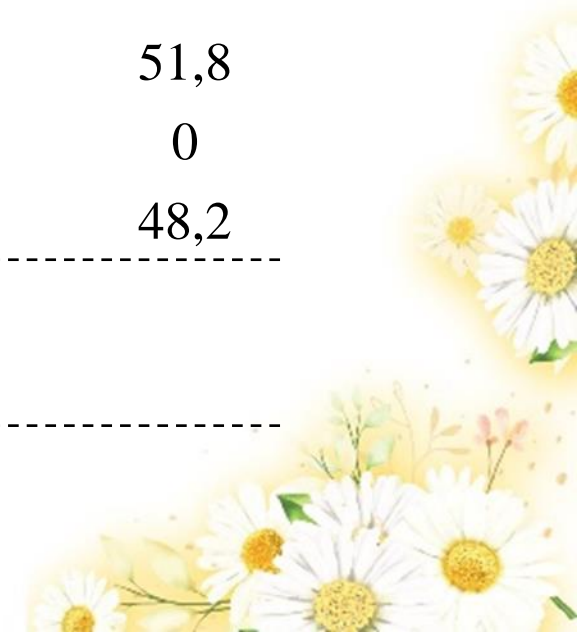
OXYTOCIN và MLT

Đặc điểm	Tổng (n = 334)	Tỷ lệ (%)
Chỉ định khởi phát CD		
Ôi vỡ lâu	44	26,0
Thai quá ngày dự sinh	37	21,9
Tiền sản giật	23	13,6
Thai FGR	21	12,4
Đái tháo đường thai kỳ	18	10,7
Thai giảm TKĐMNG	12	7,1
Bệnh lý khác của thai	6	3,6
Thiếu ôi	5	3,0
Bệnh lý khác của mẹ	2	1,2
Không rõ	1	0,6



OXYTOCIN và MLT

Đặc điểm cuộc sinh ở mẹ	Tổng (n = 334)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng ối lúc tăng co		
Còn	143	42,8
Rỉ còn màng	14	4,2
Vỡ hoàn toàn	177	53,0
Thời gian nhập ps đến dùng oxytocin		
	9,6 ± 5,3 giờ	
Giảm đau sản khoa		
Tê ngoài màng cứng	173	51,8
Tê tuỷ sống	0	0
Không	161	48,2
CTC tại thời điểm giảm đau sản khoa (cm)		
	3,6 ± 1,2	



OXYTOCIN và MLT

Đặc điểm cuộc sinh ở mẹ	Tổng (n = 334)	Tỷ lệ (%)
Lý do mổ lấy thai	151	45,2
Giục sinh thất bại	68	45,0
Bất xứng đầu chậu	18	18,5
Nhịp tim thai bất thường	12	12,6
Thai suy	14	9,3
CD ngưng tiến	13	8,6
Gò cường tính	5	3,3
Khác	4	2,6
Biên chứng mẹ		
Nhiễm trùng	1	0,3
Vỡ tử cung	1	0,3
Không	332	99,4
Thời gian nằm viện trung bình	4 (3-5)*	

Anjel 2006: giai đoạn 1 CD là 78,5%, bất thường tim thai 20,5%



VFAP

Đặc điểm con	Tổng (n = 334)	Tỷ lệ (%)
Cân nặng con sau sinh (gam)		
<3.500	259	77,5
3.500 – <4.000	65	19,5
≥4.000	10	3,0
APGAR 1 phút		
Rất thấp (0-3)	1	0,3
Khá thấp (4-6)	20	6,0
Bình thường (7-10)	313	93,7
APGAR 5 phút		
Rất thấp (0-3)	1	0,3
Khá thấp (4-6)	1	0,3
Bình thường (7-10)	332	99,4
Nhập Khoa Sơ Sinh		
Theo mẹ		65,9
Sơ sinh 1	26	7,8
Sơ sinh 2	88	26,3

Pedro 2016: 10,3%
nhập hồi sức tích cực

