

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ CỦA ĐỀ CHỈ HUY TĨNH MẠCH BẰNG OXYTOCIN Ở THAI ĐỦ THÁNG

Hoàng Thị Ngọc Trâm✉

Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Đề chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin là một cuộc đẻ do người thầy thuốc sản khoa khởi động và điều khiển bằng cách dùng oxytocin truyền tĩnh mạch để chỉ huy các cơn co nhằm gây chuyển dạ. Nghiên cứu tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả của đề chỉ huy tĩnh mạch bằng truyền oxytocin ở thai đủ tháng tại Bệnh viện A Thái Nguyên trong nhóm 220 thai phụ mang đơn thai sống, ngôi đầu, tuổi thai từ 37 tuần trở lên tại khoa sản Bệnh viện A Thái Nguyên từ tháng 8/2023 đến tháng 3/2024. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $27 \pm 5,19$ tuổi, tuổi thai 38 tuần 6 ngày. Trong số 220 sản phụ có 50,5% có chỉ số Bishop > 6 điểm, tỉ lệ đẻ đường âm đạo là 82,7% và mổ lấy thai là 17,3%, thời gian theo dõi truyền oxytocin $3,3 \pm 1,32$ giờ. Các yếu tố như chỉ số Bishop > 6, trọng lượng thai < 3500g, thời gian truyền oxytocin ≤ 6 giờ, và con ra đều làm tăng đáng kể khả năng sinh âm đạo ở sản phụ được truyền oxytocin để chỉ huy.

Từ khóa: Đề chỉ huy, oxytocin, mổ lấy thai.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chuyển dạ kéo dài bất thường, hay còn gọi là khó đẻ do chuyển dạ, là một biến chứng thường gặp của quá trình sinh nở. Đẻ khó trong chuyển dạ là một rối loạn phức tạp do nhiều nguyên nhân với kết quả chung là cổ tử cung giãn nở chậm và thai khó di chuyển xuống.¹ Việc thúc đẩy chuyển dạ đẻ nhằm rút ngắn thời gian chuyển dạ, tránh biến cố cho mẹ và thai nhi. Oxytocin là một loại hormone peptide đóng vai trò quan trọng trong việc điều hòa hệ thống sinh sản của phụ nữ, bao gồm cả trong quá trình chuyển dạ và cho con bú. Nó được sản xuất chủ yếu ở vùng dưới đồi và được tuyến yên sau tiết ra. Oxytocin cũng có thể được dùng như một loại thuốc để khởi phát hoặc tăng cường các cơn co thắt tử cung.² Tăng cường chuyển dạ có thể được sử dụng để đẩy nhanh quá trình chuyển dạ, rút ngắn thời gian sinh

nở và làm giảm nguy cơ sinh mổ. Đặc biệt ở những phụ nữ có thời gian chuyển dạ dài hơn hoặc các cơn co tử cung thưa, yếu thì việc tăng cường oxytocin có tác động tích cực đến những kết quả này.³ Đề chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin là một biện pháp được sử dụng rộng rãi trong sản khoa hiện nay. Nó là sự tác động có điều khiển của thầy thuốc sản khoa vào cuộc đẻ với mục đích thúc đẩy cuộc chuyển dạ, tránh nguy cơ chuyển dạ kéo dài gây chảy máu sau sinh đồng thời làm tăng tỷ lệ đẻ đường âm đạo, giảm tỷ lệ mổ lấy thai trong những trường hợp đẻ khó vì cơn co tử cung thưa yếu. Nghiên cứu của tác giả Alfievic, Z. và cộng sự trên 12.819 thai phụ cho thấy oxytocin làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai trong vòng 24 giờ khi so sánh với đẻ chuyển dạ tự nhiên (8,4% so với 53,8%; RR = 0,16; 95%CI: 0,10 - 0,25).⁴ Một nghiên cứu của Cecilia cho thấy tỉ lệ mổ lấy thai khác nhau giữa các nhóm ($p < 0,001$); 12% ở nhóm cổ tử cung mở ≤ 5 cm, 6% ở nhóm cổ tử cung mở 6 - 10cm và 0% ở nhóm cổ tử cung mở hết.⁵ Tại Bệnh viện A Thái Nguyên, chưa có nghiên cứu vào về vấn đề này. Với mong muốn tìm hiểu thực trạng

Tác giả liên hệ: Hoàng Thị Ngọc Trâm

Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Email: hoangtramyk@gmail.com

Ngày nhận: 09/04/2025

Ngày được chấp nhận: 20/05/2025

sử dụng oxytocin trong đẻ chỉ huy tại Bệnh viện A Thái Nguyên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu liên quan đến kết quả của đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin ở thai đủ tháng tại Bệnh viện A Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Các thai phụ mang đơn thai sống, ngôi đầu, tuổi thai từ 37 tuần trở lên (tính theo ngày đầu kì kinh cuối với chu kì kinh nguyệt đều hoặc ngày dự kiến sinh theo siêu âm 3 tháng đầu) được chỉ định đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin tại khoa sản Bệnh viện A Thái Nguyên.

Tiêu chuẩn loại trừ

Tử cung có sẹo mổ cũ, dị dạng đường sinh dục.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả, cắt ngang.

Cỡ mẫu

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

$p = 0,83$. Theo nghiên cứu của Mbaluka C.M (năm 2014) tỉ lệ thành công khi truyền oxytocin với ối vỡ sớm và cổ tử cung thuận lợi là 83% ($p = 0,83$) (“thành công” được định nghĩa là chuyển dạ thành công qua đường âm đạo sau truyền oxytocin).⁶ Tính được cỡ mẫu $n = 217$ thai phụ. Thực tế, nhóm nghiên cứu thu nhận 220 thai phụ thỏa mãn tiêu chuẩn.

Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 8/2023 đến hết tháng 3/2024 tại Khoa Sản, Bệnh viện A Thái Nguyên.

Kỹ thuật đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin tại Bệnh viện A Thái Nguyên

Nhóm nghiên cứu xây dựng phác đồ dựa

theo hướng dẫn phác đồ điều trị sản phụ khoa 2012 của Bệnh viện Từ Dũ. Cụ thể:

- *Xác định thai phụ được chỉ định đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin*. Thai phụ được chỉ định sử dụng oxytocin theo đúng phác đồ đã quy định.

- *Đặt máy monitoring*: theo dõi tim thai và cơn co tử cung.

- *Dùng thuốc*: Pha 5UI oxytocin vào 500ml Glucose 5%, lắc đều chai, truyền nhỏ giọt tĩnh mạch với tốc độ như sau: Khởi đầu VIII giọt/phút sau đó theo dõi sát bằng monitor sản khoa, đặc biệt theo dõi tim thai và cơn co tử cung, ghi biểu đồ chuyển dạ. Theo dõi trong 20 - 30 phút nếu cơn co tử cung chưa đạt được 3 cơn co/10 phút (khởi phát chuyển dạ) hoặc chưa đạt theo độ mở cổ tử cung thì chỉnh giọt tăng VIII giọt/phút (4 mUI/phút) sao cho đạt được tần số cơn co phù hợp với giai đoạn chuyển dạ. Liều tối đa là XL giọt/phút (20 mUI/phút). Khám ngoài: mỗi 15 phút/ lần đều đặn theo dõi cơn co tử cung, nhịp tim thai, độ lọt của ngôi mỗi giờ. Khi đạt được số cơn co tử cung phù hợp với giai đoạn chuyển dạ và độ mở cổ tử cung, đánh giá tiến triển của chuyển dạ bằng độ mở cổ tử cung, ngôi thai tùy thuộc giai đoạn chuyển dạ. Khi phát hiện chuyển dạ ngưng tiến triển (theo dõi tối đa 2 giờ) thì cân nhắc có tiếp tục sử dụng Oxytocin liều cao hơn hay phối hợp thuốc mềm cổ tử cung hay mổ lấy thai. Nếu cơn co tử cung quá mạnh (có trên 5 cơn co trong 10 phút và mỗi cơn co kéo dài trên 2 phút), ngừng truyền oxytocin. Theo dõi sau 15 phút - 30 phút một lần để đánh giá kết quả.

Lưu ý: Cách tính nồng độ oxytocin (kim truyền 1ml = 20giọt):

+ 10 giọt/phút = 5 mU/phút.

+ 20 giọt/phút = 5 mU/phút.

+ 30 giọt/phút = 5 mU/phút.

+ 40 giọt/phút = 5 mU/phút * Theo dõi truyền

oxytocin: Kết quả thăm khám được ghi vào phiếu theo dõi trong toàn bộ quá trình truyền oxytocin.

Xử lý số liệu

Lập và xử lý trên máy vi tính sử dụng phần mềm SPSS 25.0. Phân tích số liệu: dùng các thuật toán thống kê y học. Có ý nghĩa thống kê

với $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Y Đức trường Đại học Y Dược Thái Nguyên theo QĐ 92/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 30 tháng 01 năm 2024.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

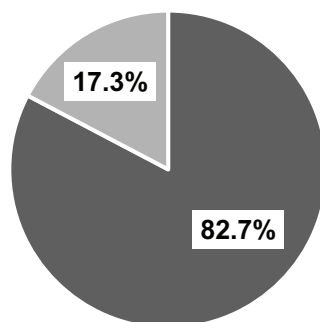
Đặc điểm	Số lượng (n = 220)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi (năm)	≤ 19	05
	20 - 34	194
	≥ 35	21
	Trung bình	27 ± 5,2
Tuổi thai	37 - 39	172
	40 - 42	48
	Trung bình	38,9 ± 0,164
Số lần sinh	0	124
	1	72
	≥ 2	24

Tuổi trung bình của thai phụ là 27 ± 5,19 tuổi. Tuổi thai trung bình 38,9 ± 0,164 tuần. Tỷ lệ thai phụ đẻ lần đầu chiếm 56,4%.

Bảng 2. Chỉ số Bishop và độ mở cổ tử cung tại thời điểm truyền oxytocin

Đặc điểm	Số lượng (n = 220)	Tỷ lệ (%)
Độ mở cổ tử cung	1cm	24
	2cm	70
	3cm	87
	4cm	34
	5cm	05
Chỉ số Bishop	3 - 4	27
	5 - 6	82
	> 6 điểm	111

Cổ tử cung mở 2cm chiếm 31,8%, 3 cm chiếm 39,5%. Chỉ số Bishop trên 6 điểm chiếm 50,5%.



■ Đẻ đường âm đạo ■ Mổ lấy thai

Biểu đồ 1. Kết quả của đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin

Tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 82,7% và mổ lấy thai là 17,3%.

Bảng 3. Thời gian theo dõi đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin

Thời gian	Con so		Con rạ	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
≤ 6 giờ	105	84,7	91	94,8
> 6 giờ	19	15,3	5	5,2
Tổng	124	100	96	100
Trung bình (giờ)	3,3 ± 1,32			

Ở trường hợp con so, thời gian theo dõi đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin ≤ 6 giờ chiếm 84,7%. Ở trường hợp con rạ, thời gian theo dõi đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin ≤ 6 giờ chiếm 94,8%. Thời gian trung bình 3,3 ± 1,32 giờ.

Bảng 4. Trọng lượng thai nhi lúc sinh

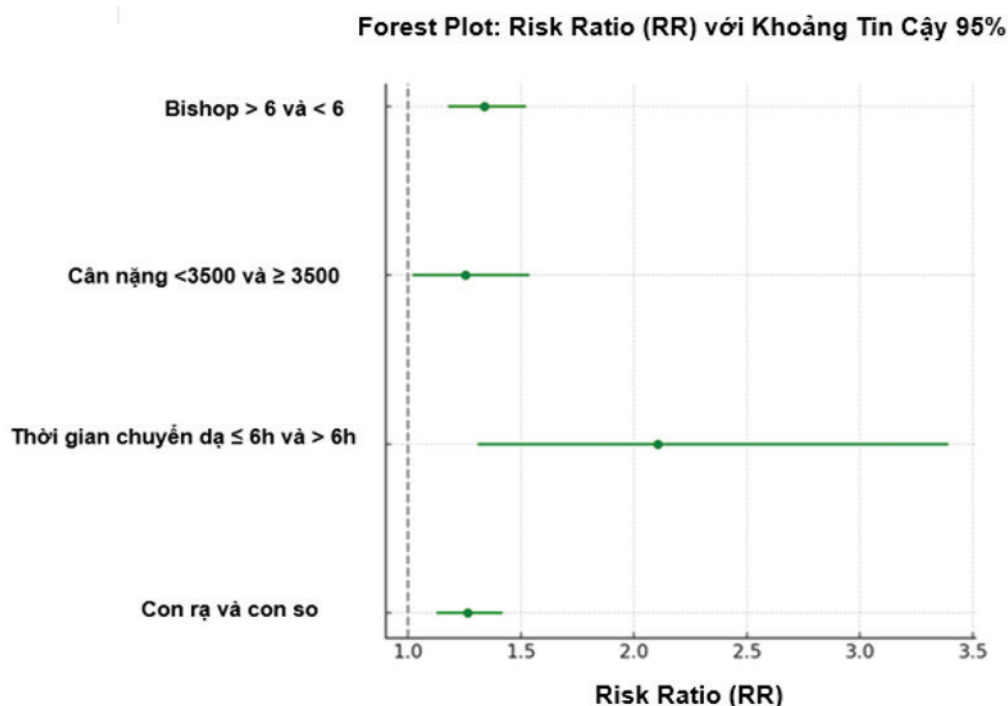
Trọng lượng (gam)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
2500 - 2700	19	8,6
2800 - 3400	156	70,9
≥ 3500	45	20,5
Tổng	220	100

Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng từ 3500 gam trở lên chiếm 20,5%.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến kết quả của đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin

Đặc điểm		Mổ lấy thai		Đẻ đường âm đạo		OR (95%CI)
		Số lượng (n = 38)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n = 182)	Tỷ lệ (%)	
Tuổi (năm)	≥ 35	3	15,8	16	84,2	1,70
	< 35	35	17,3	166	82,6	[0,84 - 3,43]
Chỉ số Bishop (điểm)	≤ 6	32	29,4	77	70,6	7,27
	> 6	6	5,4	105	94,6	[2,9 - 18,25]
Trọng lượng thai (gam)	≥ 3500	14	31,1	31	68,9	2,84
	< 3500	24	13,7	151	86,3	[1,31 - 6,1]
Thời gian truyền (giờ)	> 6	14	58,3	10	41,7	10,03
	≤ 6	24	12,3	172	87,7	[4,01 - 25,1]
Số lần sinh	Con so	32	25,8	92	74,2	5,22
	Con rạ	6	6,3	90	93,8	[2,08 - 13,08]

Tác động rõ rệt nhất là chỉ số Bishop > 6 và thời gian truyền ≤ 6 giờ giúp tăng đáng kể khả năng đẻ âm đạo.



Biểu đồ 2. Biểu đồ forest plot minh họa Risk Ratio (RR) và khoảng tin cậy 95% cho từng yếu tố

RR > 1 cho thấy yếu tố đó làm tăng khả năng sinh đường âm đạo. Các yếu tố như truyền ≤ 6 giờ, chỉ số Bishop > 6, và con rạ đều có RR > 1 và khoảng tin cậy không chứa 1, cho thấy có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 220 trường hợp được theo dõi để chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin, nghiên cứu thu được một số kết quả như tuổi trung bình của thai phụ là $27 \pm 5,19$ tuổi, cao nhất là 43 tuổi, thấp nhất 18 tuổi. Tỷ lệ thai phụ chưa sinh lần nào 56,4% (bảng 1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả Fedyeh Haghollahi năm 2014 về độ tuổi trung bình của các thai phụ được chỉ định đẻ chỉ huy là $25,7 \pm 4,56$.⁷ Nghiên cứu chỉ ra rằng hầu hết các trường hợp có tuổi thai 37 - 39 tuần chiếm tỷ lệ 78,2%. Nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của tác giả Baranowska, B. và cộng sự, 54% thai phụ có tuổi thai 37 - 39 tuần, 46% thai phụ có tuổi thai > 40 tuần. Kết quả nghiên cứu của tác giả Hidalgo-Lopezosa, tỷ lệ đẻ con so 63%, đẻ con rạ 37%.⁸ Sở dĩ có sự khác biệt này do nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác tiến hành trên các nhóm đối tượng khác nhau, địa lý khác nhau cũng như hệ thống y tế khác nhau.

Tỷ lệ thai phụ truyền đẻ chỉ huy trong giai đoạn Ia chiếm đa số là 82,2%, trong đó tình trạng cổ tử cung mở 2 cm chiếm 31,8%, 3cm chiếm 39,5%. Chỉ số Bishop trên 6 điểm chiếm 50,5% (bảng 2). Nghiên cứu của Girault, A. và cộng sự trên 7.196 thai phụ có kết quả: 15,4% được chỉ định truyền oxytocin tĩnh mạch khi cổ tử cung mở < 3cm, 69% truyền khi cổ tử cung mở 3 - 5cm, 15,6% truyền khi cổ tử cung ≥ 6cm. Theo tác giả Kujabi L. M. và cộng sự, tỷ lệ truyền oxytocin tĩnh mạch ở giai đoạn Ia thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi: 68,5%, 31,5% số thai phụ được chỉ định truyền oxytocin giai

đoạn Ib.⁹ Chỉ số Bishop là một trong những chỉ số được sử dụng để đánh giá khả năng thành công của đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin tại thời điểm thăm khám. Dựa vào chỉ số Bishop để xác định xem có cần thiết phải làm chín muồi cổ tử cung trước khi đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin hay không. Theo Hướng dẫn quốc gia năm 2016, chỉ số Bishop được sử dụng để dự đoán khả năng sinh đường âm đạo với độ nhạy khoảng 75%. Điểm Bishop từ 7 điểm trở lên được coi là thuận lợi sinh đường âm đạo, điểm dưới 6 được coi là không thuận lợi mà cần phải làm chín muồi cổ tử cung. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 111 trường hợp có Bishop > 6 điểm có chỉ định đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin tương đương 50,5%.

Tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 82,7% và mổ lấy thai là 17,3% (biểu đồ 1). So sánh kết quả đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin của chúng tôi với một số nghiên cứu: Sandro G. tỷ lệ đẻ thường 85,9%, đẻ forceps: 3,2%, tỷ lệ mổ lấy thai 12,9%, Selin L. và cộng sự: tỷ lệ đẻ đường âm đạo 72,8%, đẻ forceps, giác hút 14,8%, mổ lấy thai 12,4%.^{10,11} Đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin là một phương pháp phổ biến để thúc đẩy cuộc chuyển dạ, rút ngắn thời gian chuyển dạ, tuy nhiên việc thành công hay thất bại phụ thuộc vào nhiều yếu tố mà trong đó có sự tác động của nhân viên y tế trong việc sử dụng thuốc, theo dõi chuyển dạ, chỉnh liều, đánh giá tiến triển của cuộc chuyển dạ, ngoài ra thai phụ cũng góp phần lớn, khi có giảm đau trong đẻ, thai phụ sẽ chịu đựng tốt hơn các cơn co tử cung, có sức khỏe để thực hiện khi được yêu cầu rặn đẻ.

Ở trường hợp con so, thời gian theo dõi đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin ≤ 6 giờ chiếm 84,7%, trên 6 giờ chiếm 15,3%. Ở trường hợp con rạ, thời gian theo dõi đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin ≤ 6 giờ chiếm 94,8%, trên 6 giờ chiếm 5,2%. Thời gian trung bình $3,3 \pm 1,32$ giờ (bảng 3). Kết quả của chúng tôi cho thấy

ở người con rạ, thời gian đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin ngắn hơn con so do ở người con rạ đã từng sinh nên tăng sinh môn giãn nở tốt, cổ tử cung mở tốt hơn người con so. Trong trường hợp đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin > 6 giờ đa số là những trường hợp có chỉ số Bishop thấp trước khi truyền, sau truyền oxytocin 6 giờ cổ tử cung có tiến triển chậm. Trong đó, có 18 trường hợp là con so và 6 trường hợp là con rạ, theo dõi thấy cơn co tử cung và tim thai bình thường, thai phụ không có dấu hiệu nhiễm trùng nên chúng tôi vẫn quyết định theo dõi thêm. Chúng tôi cho rằng với liều thuốc và phương pháp dùng trong nghiên cứu của chúng tôi có thể đảm bảo an toàn khi thúc đẩy chuyển dạ.

Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng từ 3500 gam trở lên chiếm 20,5% (bảng 4). Thai phụ có sơ sinh cân nặng trong nhóm này đều là sinh con rạ, khung chậu rộng rãi, khám tiền lượng theo dõi đẻ đường dưới được nên có chỉ định truyền tĩnh mạch oxytocin. Theo tác giả Espada-Trespacios X. và cộng sự, 18,5% trẻ sơ sinh có cân nặng < 3000g, 45,7% trẻ có cân nặng 3000 - 3500g, 29,3% trẻ có cân nặng >3500 - 4000g, 6,5% trẻ có cân nặng > 4000g.¹²

Sự khác biệt giữa nhóm tuổi ≥ 35 và < 35 tuổi với kết quả của đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin của đối tượng nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nghiên cứu của Kwayke-Ackah và cộng sự cũng cho thấy kết quả sinh mổ tương tự nhau giữa các nhóm (45,5% ở nhóm tuổi ≥ 35 tuổi so với nhóm tuổi < 35 tuổi 40%), tuổi mẹ không ảnh hưởng tới phương thức sinh đẻ trên thai đủ tháng với $p = 0,42$.¹³ Sự khác biệt giữa chỉ số Bishop, trọng lượng thai, thời gian truyền và số lần sinh với kết quả của đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin của đối tượng nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 5). Nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa khẳng định mối liên quan giữa chỉ số Bishop khi vào viện và kết quả đẻ chỉ huy

tĩnh mạch bằng oxytocin, cổ tử cung càng chín muồi thì tỷ lệ thành công càng cao.

Những trường hợp từ 3500gam trở lên được chỉ định đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin có tỷ lệ đẻ đường âm đạo thấp hơn. Điều này là do khi trọng lượng thai làm cho sự bình chỉnh của thai nhi không tốt, quá trình lọt, xuống khó khăn hơn, ảnh hưởng xấu đến sự tiến triển của cổ tử cung, dẫn đến khả năng thất bại phải mổ lấy thai cao hơn. Vì vậy, trọng lượng thai được xem như một yếu tố có tính tiên lượng đến kết quả đẻ chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin.

Kết quả nghiên cứu cho thấy một số yếu tố có liên quan chặt chẽ đến khả năng sinh đường âm đạo trong trường hợp chỉ định đẻ chỉ huy bằng truyền oxytocin (bảng 5, biểu đồ 2). Cụ thể:

- Chỉ số Bishop > 6 là yếu tố dự báo mạnh nhất cho kết quả sinh âm đạo, với OR = 7,27 (95% CI: 2,90 – 18,25) và RR = 1,34 (95% CI: 1,18 – 1,52). Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy Bishop là thước đo đáng tin cậy để đánh giá mức độ chín muồi của cổ tử cung và khả năng đáp ứng với oxytocin.

- Trọng lượng thai < 3500g cũng liên quan đến tăng khả năng sinh đường dưới, với OR = 2,84 (95% CI: 1,32 – 6,10) và RR = 1,25 (95% CI: 1,02 – 1,54). Thai to là yếu tố nguy cơ gây chuyển dạ kéo dài và tăng chỉ định mổ lấy thai.

- Thời gian truyền oxytocin ≤ 6 giờ có OR = 10,03 (95% CI: 4,01 – 25,10) và RR = 2,11 (95% CI: 1,31 – 3,39), cho thấy nếu đáp ứng tốt trong vòng 6 giờ đầu, khả năng sinh thường cao hơn đáng kể. Ngược lại, truyền kéo dài có thể phản ánh sự không thuận lợi của cổ tử cung hoặc bất thường trong tiến triển chuyển dạ.

- Phụ nữ đã từng sinh (con rạ) có OR = 5,22 (95% CI: 2,08 – 13,08) và RR = 1,26 (95% CI: 1,13 – 1,42), khẳng định lại yếu tố con so là yếu tố nguy cơ mổ lấy thai. Tất cả các khoảng tin cậy đều không chứa giá trị 1, cho thấy các kết quả đều có ý nghĩa thống kê.

Qua kết quả trên, chúng tôi cho rằng 06 giờ là khoảng thời gian đủ để đánh giá hiệu quả của đề chỉ huy tĩnh mạch bằng oxytocin, nếu sau 6 giờ cơn co tử cung không đáp ứng, cổ tử cung không mở thêm hay mở không đáng kể thì nên kết thúc bằng phẫu thuật lấy thai. Sự đáp ứng với oxytocin ở con rạ tốt hơn ở con so bởi những thai phụ sinh con rạ, cổ tử cung và âm đạo đã có sự giãn nở trước đó rồi, khi chuyển dạ được truyền oxytocin để có cơn co tử cung phù hợp thì cổ tử cung sẽ vừa xóa vừa mở rất nhanh. Tổng thời gian từ lúc truyền đến lúc đẻ thành công đã được rút ngắn rất nhiều, đây cũng là mục đích chính của chỉ định truyền đề chỉ huy mà chúng ta mong muốn đạt được cho các thai phụ. Do vậy mà những trường hợp đề chỉ huy kéo dài ở cả con so và con rạ > 6 giờ mà chưa kết thúc và không có dấu hiệu của sự tiến triển tới thành công, kèm theo có ối vỡ nên có chỉ định dùng kháng sinh sớm và kết thúc chuyển dạ, tránh nguy cơ cho mẹ và thai nhi. Ngoài ra, trong quá trình truyền oxytocin còn có thể gặp hải những tình huống như rối loạn cơn co tử cung, suy thai, cổ tử cung không tiến triển, thậm chí khi cổ tử cung mở hết ngội không lọt, vẫn phải chỉ định mổ lấy thai. Tùy từng trường hợp cụ thể, các thầy thuốc sẽ có những điều chỉnh phù hợp để cuộc chuyển dạ diễn ra một cách an toàn nhất cho mẹ và thai.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của thai phụ là $27 \pm 5,19$ tuổi, tuổi thai trung bình $38,9 \pm 0,164$ tuần. Tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 82,7% và mổ lấy thai là 17,3%. Các yếu tố như chỉ số Bishop > 6, trọng lượng thai < 3500g, thời gian truyền oxytocin ≤ 6 giờ, và con rạ đều làm tăng đáng kể khả năng sinh âm đạo ở sản phụ được truyền oxytocin để chỉ huy.

KIẾN NGHỊ

Các trường hợp có chỉ số Bishop > 6, trọng

lượng thai < 3500gam, con rạ làm tăng đáng kể khả năng sinh âm đạo. Các kết quả này có thể hỗ trợ bác sĩ sản khoa trong việc đánh giá tiên lượng và cá thể hóa xử trí cho từng sản phụ.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu trân trọng cảm ơn sự hỗ trợ giúp đỡ của Bệnh viện A Thái Nguyên và Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kissler K, Hurt KJ. The Pathophysiology of Labor Dystocia: Theme with Variations. *Reprod Sci*. Mar 2023; 30(3):729-742.
2. Hermes AC, Kernberg AS, Layoun VR, Caughey AB. Oxytocin: physiology, pharmacology, and clinical application for labor management. *Am J Obstet Gynecol*. Mar 2024; 230(3s): S729-s739.
3. Kernberg A, Caughey AB. Augmentation of Labor: A Review of Oxytocin Augmentation and Active Management of Labor. *Obstet Gynecol Clin North Am*. Dec 2017; 44(4): 593-600.
4. Alfrevic Z, Kelly, A. J, Dowswell, T., Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour. *The Cochrane database of systematic reviews*. Oct 7 2009; 2009(4): Cd003246.
5. Brüggemann C, Carlhäll S, Grundström H, Blomberg M. Labor dystocia and oxytocin augmentation before or after six centimeters cervical dilatation, in nulliparous women with spontaneous labor, in relation to mode of birth. *BMC Pregnancy Childbirth*. May 13 2022; 22(1): 408.
6. Mbaluka C. Effectiveness and Safety of 2-Hourly 20 MCG Oral Misoprostol Solution Compared to Standard Intravenous Oxytocin in Labour Induction Due to Pre-Labour Rupture of Membranes at Term: A Randomised Clinical

Trial at Kenyatta National Hospital. *East African Medical Journal*. 2014; 91.

7. Haghollahi F, Khazardoost S, Hantoushzadeh S, Naghizadeh MM, Rashidi B. Induction of Labor Using Native (OXYTIP) in Comparison to Foreign Oxytocin (SYNTOCINON). *Journal of family & reproductive health*. Jun 2014; 8(2): 53-8.

8. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre, M., Rodríguez-Borrego, M. A. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2016; 24:e2744.

9. Kujabi ML, Maembe L, Nkundu D, et al. Temporalities of oxytocin for labour augmentation: a mixed-methods study of time factors shaping labour practices in a busy maternity unit in Tanzania. *BMC pregnancy and childbirth*. Aug 29 2024; 24(1): 563.

10. Sandro G, Alessandro, F., Vittorio, B. Effect of epidural analgesia on labour and

delivery: a retrospective study. *The journal of maternal - fetal and neonatal medicine*. 2011; 24(3): tr 458 - 460.

11. Selin L, Wennerholm UB, Jonsson M, et al. High-dose versus low-dose of oxytocin for labour augmentation: a randomised controlled trial. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. Aug 2019; 32(4): 356-363.

12. Espada-Trespacios X, Ojeda F, Perez-Botella M, et al. Oxytocin Administration in Low-Risk Women, a Retrospective Analysis of Birth and Neonatal Outcomes. *International journal of environmental research and public health*. Apr 20 2021; 18(8)

13. Kwayke-Ackah G, Burger A, de la Vega G, Kainz G, Rochon M, Quiñones JN. Influence of maternal age in mode of delivery after term induction of labor. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2022/04/03 2022; 35(7): 1258-1263.

Summary

FACTORS ASSOCIATED WITH THE OUTCOMES OF INTRAVENOUS OXYTOCIN- INDUCED LABOR IN FULL-TERM PREGNANCIES

Intravenous Oxytocin-Induced Labor is initiated and controlled by an obstetrician using intravenous oxytocin to control contractions to induce labor. This study investigates several factors related to the outcomes of intravenous oxytocin-induced labor in full-term pregnancies at Hospital A in Thai Nguyen. The study group included 220 women with singleton, cephalic-presenting fetuses, gestational age from 37 weeks or greater at the Obstetrics Department of Hospital A, Thai Nguyen, from August 2023 to March 2024. The average maternal age was 27 ± 5.19 yearsold, and the mean gestational age was 38 weeks 6 days. Among 220 pregnant women, 50.5% had a Bishop index > 6 points, Vaginal delivery occurred in 82.7%, while cesarean section accounted for 17.3%. The mean duration of oxytocin infusion monitoring was 3.3 ± 1.32 hours. The outcomes of intravenous oxytocin-induced labor were found to be statistically significantly associated with the Bishop score, fetal weight, infusion duration, and parity ($p < 0.05$).

Keywords: Command delivery, oxytocin, cesarean section.