

Nghiên cứu kết cục chuyển dạ ở sản phụ sử dụng oxytocin giai đoạn I tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Phạm Thị Thạch Thảo*, Trương Quang Vinh, Nguyễn Hoàng, Nguyễn Thị Thu Phương

Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

*Tác giả liên hệ: Phạm Thị Thạch Thảo; Email: pttthao@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài ((Received): 15/12/2025; Ngày duyệt đăng (Accepted): 28/7/2026;

Xuất bản trực tuyến (Published online): 9/2026

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Thúc đẩy chuyển dạ bằng oxytocin là phương pháp được sử dụng phổ biến khi sản phụ có cơn co tử cung thưa, yếu, nhưng nếu không được theo dõi chặt chẽ có thể gây biến chứng cho mẹ và thai.

Mục tiêu: Khảo sát chỉ định và đánh giá kết cục chuyển dạ ở những sản phụ có sử dụng oxytocin giai đoạn I tại Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 68 sản phụ được truyền Oxytocin giai đoạn I tại khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trường Đại học Y dược Huế từ tháng 4/2022 đến tháng 4/2023.

Kết quả: Tỷ lệ sử dụng oxytocin tăng co sau chuyển dạ tự nhiên là 48,6 %. Tỷ lệ mổ lấy thai là 41,1%, chỉ định mổ lấy thai chủ yếu do CTC không tiến triển. Thời gian trung bình khi truyền oxytocin đến khi đạt được tần số cơn co hữu hiệu ở nhóm con so là $1,5 \pm 1,3$ giờ, nhóm con rạ là $1,1 \pm 0,8$ giờ. Tốc độ truyền oxytocin tối đa để đạt được tần số cơn co hữu hiệu ở nhóm con so chủ yếu 10-15 giọt/phút, ở nhóm con rạ là < 10 giọt/phút. Độ mở CTC càng lớn thì cần số giọt oxytocin tối đa/phút để đạt được cơn co tử cung hữu hiệu ít hơn ($p = 0,006$). Các trường hợp ối vỡ cần số giọt oxytocin tối đa/phút để đạt được cơn co tử cung hữu hiệu ít hơn so với ối chưa vỡ ($p = 0,002$). Độ mở CTC càng lớn thì thời gian đạt được cơn co tử cung hữu hiệu càng nhanh ($p = 0,025$).

Kết luận: Tiền sử sản khoa, ối vỡ và độ mở CTC có liên quan đến tốc độ truyền oxytocin tối đa và thời gian để đạt được cơn co tử cung hữu hiệu.

Từ khóa: Oxytocin; giai đoạn I; kết cục chuyển dạ.

Delivery outcomes in pregnant women who received oxytocin in the first stage at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Phạm Thị Thạch Thảo*, Trương Quang Vinh, Nguyễn Hoàng, Nguyễn Thị Thu Phương

Hue University of Medicine and Pharmacy

Abstract

Background: Oxytocin is a commonly used method for labor augmentation when uterine contractions are infrequent or weak, but without close monitoring it may cause maternal and fetal complications.

Objectives: To evaluate the delivery outcomes in pregnant women who received oxytocin in the first stage at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital.

Materials and methods: A cross-sectional description of 68 pregnant women who received oxytocin in the first stage at Department of Obstetrics and Gynecology, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from 4/2022 to 4/2023.

Results: The rate of augmentation by oxytocin after spontaneous labor was 48.6%. The cesarean section rate was 41.1%, mostly due to arrest of cervical dilatation. The average monitoring time from the time of using oxytocin to achieve effective contraction frequency in the nulliparous group was 1.5 ± 1.3 (hours), the multiparous group was 1.1 ± 0.8 (hours). The maximum infusion rate of oxytocin to achieve effective contraction frequency in the nulliparous group was 10-15 drops/min, in the multiparous group was < 10 drops/min. Greater cervical dilatation was associated with a lower maximum oxytocin infusion rate to achieve effective uterine contractions ($p = 0.006$). Cases of ruptured membranes required a lower maximum infusion rate of oxytocin to achieve effective uterine contractions than unruptured membranes ($p = 0.002$). Greater cervical dilatation was associated with a shorter time to achieve effective uterine contractions ($p = 0.025$).

Conclusion: Parity, rupture of membranes and the cervical dilation are related to the maximum dose of oxytocin and the time to achieve effective uterine contractions.

Keywords: Oxytocin, first stage, delivery outcomes

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chuyển dạ là một quá trình sinh lý, trong đó có sự xuất hiện của cơn co tử cung làm xóa mờ cổ tử cung và đẩy thai, phần phụ của thai ra khỏi đường sinh dục của người mẹ. Chuyển dạ gồm có ba giai đoạn, giai đoạn I là giai đoạn xóa mờ cổ tử cung, được tính từ khi bắt đầu chuyển dạ cho đến khi cổ tử cung mở hoàn toàn. Cơn co tử cung là động lực chính của cuộc chuyển dạ. Bất cứ rối loạn nào từ cơn co tử cung đều gây ra những bất lợi cho quá trình chuyển dạ. Sinh khó do rối loạn cơn co tử cung là chỉ định thường gặp cho mổ lấy thai lần đầu, có thể do cơn co tăng, tăng trương lực cơ bản của tử cung hoặc do cơn co tử cung giảm. Cơn co tử cung giảm khi cường độ, biên độ và tần số của các cơn co tử cung đều giảm, có thể gây chuyển dạ kéo dài, thai suy, chảy máu sau sinh do dờ tử cung, nhiễm trùng hậu sản,... Nếu tiến trình chuyển dạ kéo dài, cần thúc đẩy chuyển dạ bằng các phương pháp như bấm ối, truyền oxytocin.

Thúc đẩy chuyển dạ bằng oxytocin là một phương pháp phổ biến và đã được chứng minh [1]. Chỉ định truyền oxytocin khi: Tần số cơn co tử cung < 3 cơn co/10 phút và/hoặc: Cường độ cơn co < 25 mmHg [2]. Oxytocin tác động lên các thụ thể trên cơ tử cung, kích thích làm tăng về tần số, cường độ và thời gian của cơn co tử cung [3]. Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ sử dụng oxytocin ngày càng tăng, đặc biệt ở những người mang thai lần đầu, có tới 37-75% sản phụ sinh con so cần được thúc đẩy chuyển dạ bằng oxytocin [4]. Phân tích tổng hợp với 10 thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng của Shu-Qin Wei cho thấy sử dụng liều cao oxytocin để kích thích chuyển dạ có liên quan đến việc giảm tỷ lệ mổ lấy thai và rút ngắn thời gian chuyển dạ mà không làm tăng nguy cơ bất lợi cho sản phụ và trẻ sơ sinh [5]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Bruggemann và cộng sự thấy rằng, mặc dù việc tăng cường oxytocin đã được chứng minh là giảm thời gian chuyển dạ xuống hai giờ, nhưng chưa có bằng chứng cho thấy làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai [6].

Mặc dù oxytocin có nhiều lợi ích trong quá trình chuyển dạ, nhưng nếu không được sử dụng và quản lý chặt chẽ có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng cho mẹ và thai như cơn co cường tính, vỡ tử cung, suy thai [7], [8]... Tại Bệnh viện trường Đại học Y - Dược Huế, thúc đẩy chuyển dạ bằng oxytocin được sử dụng phổ biến trong thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, chưa có nhiều đề tài nghiên cứu về vấn đề này. Vì vậy, để tìm hiểu hiệu quả của oxytocin cũng như đánh giá kết cục thai kỳ ở những trường hợp được sử dụng oxytocin chúng tôi thực hiện đề tài: “Nghiên cứu kết cục chuyển dạ ở sản phụ sử dụng oxytocin ở giai đoạn I tại Bệnh viện Đại học Y - Dược Huế” với hai mục tiêu:

1. Khảo sát chỉ định sử dụng oxytocin ở giai đoạn I tại Bệnh viện Đại học Y - Dược Huế.
2. Đánh giá kết quả kết thúc chuyển dạ ở những sản phụ có chỉ định sử dụng oxytocin ở giai đoạn I tại Bệnh viện Đại học Y - Dược Huế.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả sản phụ nhập viện tại Khoa Phụ Sản - Bệnh viện trường Đại học Y - Dược Huế có chỉ định thúc đẩy chuyển dạ bằng oxytocin trong giai đoạn I.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi thai từ 34 – 42 tuần (Theo siêu thai Quý I hoặc ngày kinh cuối).
- Đơn thai, ngôi đầu.
- Cổ tử cung (CTC) ≥ 2 cm, cơn co tử cung thưa, yếu.
- Sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Sản phụ có tiền sử dị ứng với oxytocin.
- Thai dị dạng, thai lưu, thai suy, bất tương xứng đầu chậu
- Nhau tiền đạo, nhau bong non.
- Tử cung có sẹo mổ cũ.
- Không tuân thủ phác đồ truyền oxytocin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian nghiên cứu, thu thập được 68 trường hợp phù hợp với nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4/2022 đến tháng 4/2023

Đánh giá điểm Bishop đối với trường hợp ối chưa vỡ:

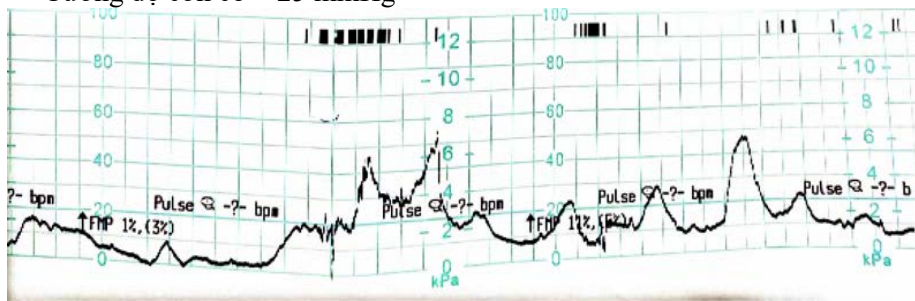
Bảng 1. Chỉ số Bishop [9]

Đặc điểm	Điểm			
	0	1	2	3
Độ mở CTC (cm)	0	1-2	3-4	>5
Độ xoá CTC (%)	0-30	40-50	60-70	>80
Độ lọt	-3	-2	-1, 0	+1, +2
Tư thế CTC	Ngã trước	Trung gian	Ngã sau	
Mật độ CTC	Cứng	Trung bình	Mềm	

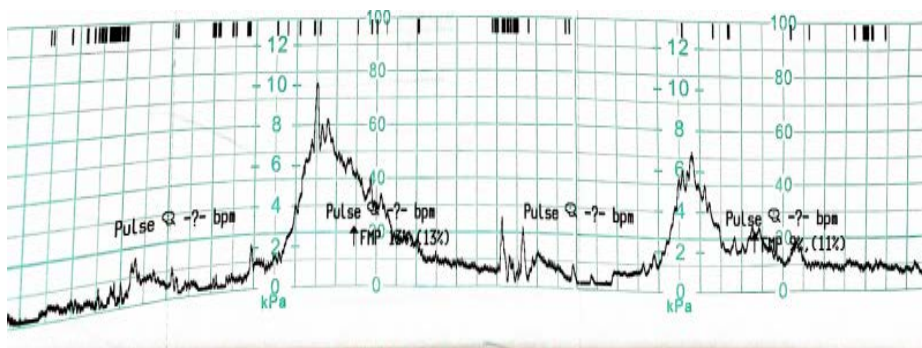
Chỉ định truyền oxytocin khi điểm Bishop ≥ 6 điểm.

Chỉ định truyền oxytocin khi [2]:

- Tần số cơn co tử cung < 3 cơn co/10 phút. Và/hoặc:
- Cường độ cơn co < 25 mmHg

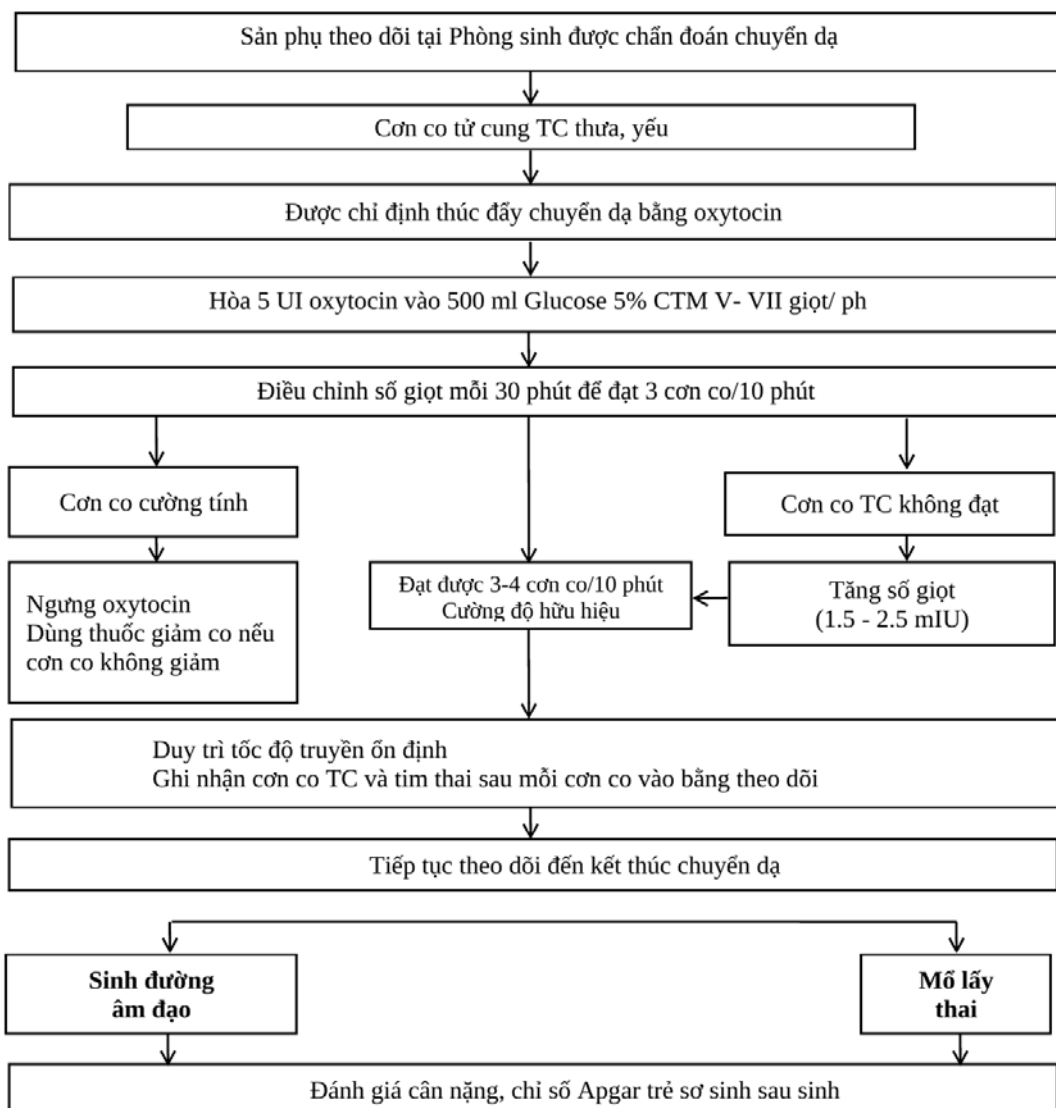


Hình 1. Cơn co tử cung yếu



Hình 2. Con co tử cung thừa

Sơ đồ nghiên cứu:



Sơ đồ 1. Sơ đồ nghiên cứu [10]

2.3. Xử lý số liệu

- Thống kê tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn.
- So sánh giữa các biến định lượng có phân phối chuẩn sử dụng test t độc lập, các biến phân phối không chuẩn sử dụng test Mann-Whitney U (Wilcoxon rank sum test) và test Kruskal Wallis. So sánh giữa các biến định tính sử dụng Chi – square test và Fisher's exact test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.
- Các phần mềm sử dụng: SPSS 20.0 và Excel 2016, Word 2016.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng chuyên môn thông qua đề cương, Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y - Dược Huế phê duyệt theo quyết định số 1138/QĐ-ĐHYD.

Mọi thông tin cá nhân của bệnh nhân đều được giữ bí mật, bệnh nhân được giải thích kỹ và đồng ý tham gia nghiên cứu. Các số liệu, kết quả nghiên cứu là trung thực.

3. KẾT QUẢ

3.1. Chỉ định sử dụng oxytocin

Bảng 2. Chỉ định sử dụng oxytocin

Đặc điểm	n (68)	%
Oxytocin tăng co sau chuyển dạ tự nhiên	33	48,6
Oxytocin sau KPCD	35	51,4

Tỷ lệ sử dụng oxytocin tăng co sau chuyển dạ tự nhiên là 48,6%. Tỷ lệ sử dụng oxytocin tăng co sau KPCD là 51,4%.

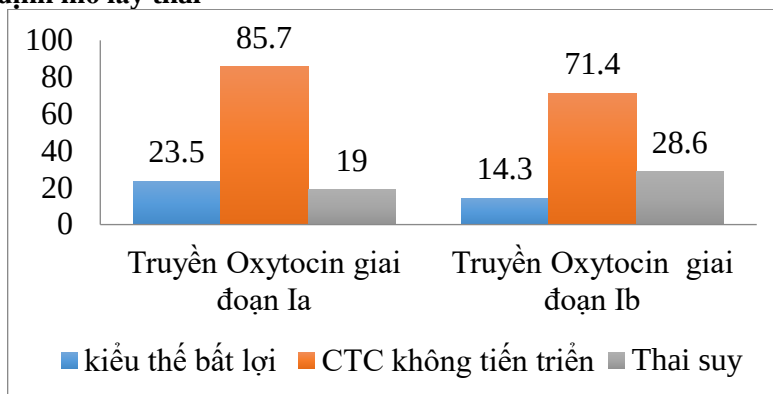
3.2. Kết cục chuyển dạ

Bảng 3. Kết cục chuyển dạ

		n (68)	%
Phương pháp sinh	Sinh thường	39	57,4
	Sinh thủ thuật	1	1,5
	Mổ lấy thai	28	41,1
Biến chứng	Con co cường tính	1	1,5
	Thai suy	7	10,3
Apgar 1 phút	< 7 điểm	0	0
	≥ 7 điểm	100	100

Tỷ lệ sinh thường là 57,4%, sinh thủ thuật là 1,5%, mổ lấy thai là 41,1%. Tỷ lệ thai suy là 10,3%, con co cường tính là 1,5%. 100% trẻ sơ sinh có Apgar tại thời điểm 1 phút ≥ 7 điểm.

3.3. Chỉ định mổ lấy thai



Biểu đồ 1. Chỉ định MLT

Chỉ định MLT ở cả 2 nhóm chủ yếu là do CTC không tiến triển chiếm tỷ lệ lần lượt là 85,7% và 71,5%.

3.4. Tốc độ truyền oxytocin tối đa và thời gian để đạt được con co tử cung hữu hiệu

Bảng 4. Tốc độ truyền oxytocin tối đa và thời gian để đạt được con co tử cung hữu hiệu

Tiền sử sản khoa Thời gian và tốc độ tối đa		Con so (33) n (%)	Con rạ (35) n (%)	P
Thời gian đạt được con co hữu hiệu	< 1 giờ	9 (27,3)	17(48,6)	0,405
	1-2 giờ	18 (54,5)	13 (37,1)	
	> 2 giờ	6 (18,2)	5 (14,3)	
	Trung bình	1,5 ± 1,3	1,1 ± 0,8	0,191
Tốc độ truyền oxytocin tối đa để đạt được con co tử cung hữu hiệu	< 10 giọt/phút	10 (30,3)	16 (47,6)	0,374
	10-15 giọt/phút	14 (42,4)	13 (37,1)	
	> 15 giọt/phút	9 (27,3)	6 (17,1)	

Sự khác biệt về thời gian trung bình sử dụng oxytocin đến khi đạt được con co hữu hiệu ở nhóm con so (1,5 ± 1,3 giờ) và con rạ (1,1 ± 0,8 giờ) là không có ý nghĩa thống kê (p=0,191).

Sự khác biệt về liều oxytocin tối đa để đạt được con co tử cung hữu hiệu ở nhóm con so và con rạ không có ý nghĩa thống kê (p=0,374).

3.5. Một số yếu tố liên quan đến kết quả kết thúc chuyển dạ

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến kết quả kết thúc chuyển dạ

Tiền sử sản khoa Yếu tố liên quan		Sinh âm đạo (40) n (%)	Mổ lấy thai (28) n (%)	OR 95% CI	P
Tuổi mẹ	< 35 tuổi	28 (70)	23 (82,8)	2,1 (0,6-6,9)	0,255
	≥ 35 tuổi	12 (30)	5 (17,2)		
TS sản khoa	Con so	14 (35)	19 (67,9)	3,9 (1,4-10,9)	0,008
	Con rạ	26 (65)	9 (32,1)		
Độ mở CTC	< 3 cm	28 (70)	21 (75)	1,1 (0,4-3,1)	0,651
	≥ 3 cm	12 (30)	7 (25)		
Tình trạng ối	Ổi còn	17 (42,5)	14 (50)	1,5 (0,6-4,1)	0,541
	Ổi vỡ	23 (57,5)	14 (50)		
Cân nặng thai	< 3500g	33 (82,5)	12 (42,9)	3,5 (1,2-10,7)	0,02
	≥ 3500g	7 (17,5)	16 (57,1)		

Tỷ lệ sinh đường âm đạo ở nhóm con rạ cao hơn nhóm con so (p = 0,008, (OR=3,9, 95%CI:1,4-10,9)) và nhóm có cân nặng thai < 3500g cao hơn nhóm ≥ 3500g (p = 0,02, (OR=3,5, 95%CI :1,2-10,7)).

3.6. Mối liên quan giữa độ mở cổ tử cung với tốc độ truyền oxytocin tối đa và thời gian để đạt được con co tử cung hữu hiệu

Bảng 6. Mối liên quan giữa độ mở cổ tử cung với tốc độ truyền oxytocin tối đa và thời gian để đạt được con co tử cung hữu hiệu

Độ mở CTC Thời gian và tốc độ tối đa		CTC < 3 cm (49) N (%)	CTC ≥ 3cm (19) N (%)	P
Tốc độ truyền oxytocin tối đa để đạt được con co tử cung hữu hiệu	< 10 giọt/phút	13 (26,5)	13 (68,4)	0,006
	10 - 15 giọt/phút	23 (47,0)	4 (21,1)	
	> 15 giọt/phút	13 (26,5)	2 (10,5)	
Thời gian đạt được con co hữu hiệu	< 1 giờ	14 (28,6)	12 (63,2)	0,025
	1-2 giờ	25 (51)	6 (32,6)	

Độ mở CTC		CTC < 3 cm (49) N (%)	CTC ≥ 3cm (19) N (%)	P
Thời gian và tốc độ tối đa				
	> 2 giờ	10 (20,3)	1 (5,3)	

Sự khác biệt giữa độ mở CTC với tốc độ truyền oxytocin tối đa và thời gian để đạt được cơn co tử cung hữu hiệu ($p = 0,006$ và $p = 0,025$).

3.7. Mối liên quan giữa tình trạng ối với tốc độ truyền oxytocin tối đa và thời gian để đạt được cơn co tử cung hữu hiệu

Bảng 7. Mối liên quan giữa tình trạng ối với tốc độ truyền oxytocin tối đa và thời gian để đạt được cơn co tử cung hữu hiệu

Tình trạng ối		Ối còn (31) n(%)	Ối vỡ (37) n(%)	P
Thời gian và tốc độ tối đa				
Tốc độ truyền oxytocin tối đa để đạt được cơn co tử cung hữu hiệu	< 10 giọt/phút	5 (16,1)	21 (56,8)	0,002
	10-15 giọt/phút	16 (51,6)	11 (29,7)	
	> 15 giọt/phút	10 (32,3)	5 (13,5)	
Thời gian đạt được cơn co hữu hiệu	< 1 giờ	9 (29)	17 (45,9)	0,246
	1-2 giờ	15 (48,4)	16 (43,2)	
	> 2 giờ	7 (22,6)	4 (10,8)	

Sự khác biệt giữa tình trạng ối và tốc độ truyền oxytocin tối đa để đạt được cơn co tử cung hữu hiệu là có ý nghĩa thống kê ($p = 0,002$). Sự khác biệt giữa tình trạng ối và thời gian đạt được cơn co tử cung hữu hiệu là không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,246$).

4. BÀN LUẬN

Về chỉ định truyền oxytocin, trong nghiên cứu của chúng tôi, oxytocin chủ yếu được sử dụng để tăng co sau chuyển dạ tự nhiên, chỉ định sử dụng oxytocin tăng co sau KPCD chiếm tỷ lệ thấp hơn. So sánh với nghiên cứu của Võ Thị Huệ, oxytocin được sử dụng trong 2/3 trường hợp với mục tiêu tăng co sau chuyển dạ và 1/3 trường hợp còn lại là khởi phát chuyển dạ [11]. Như vậy có thể thấy oxytocin đóng một vai trò quan trọng trong thúc đẩy chuyển dạ ở những trường hợp rối loạn cơn co tử cung, cơn co tử cung thừa, yếu. Đối với việc thúc đẩy chuyển dạ tiến triển trong những trường hợp cần rút ngắn chuyển dạ vì những lý do khác nhau thì hiệu quả của truyền oxytocin nhỏ giọt tĩnh mạch đã được thừa nhận qua nhiều nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cũng như ở Việt Nam.

Về kết cục chuyển dạ, nghiên cứu chúng tôi cho thấy tỉ lệ sinh đường âm đạo cao hơn so với mổ lấy thai, nguyên nhân mổ lấy thai chủ yếu là do CTC không tiến triển. Tỷ lệ sinh âm đạo trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Bugg với tỷ lệ 51,1% [12]. Tỉ lệ biến chứng như cơn co cường tính và suy thai khá thấp, nhờ sự theo dõi chặt chẽ và điều chỉnh tốc độ truyền hợp lý. 100% trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar tại thời điểm 1 phút ≥ 7 điểm, kết quả này là tương đồng với Võ Thị Huệ [11]. Như vậy, có thể thấy rằng thúc đẩy chuyển dạ bằng oxytocin là phương pháp an toàn và không gây ảnh hưởng đến kết cục chu sinh.

Về thời gian sử dụng và tốc độ truyền tối đa của oxytocin để đạt được cơn co tử cung hữu hiệu, nghiên cứu của chúng tôi tiến hành với truyền oxytocin theo phác đồ của hướng dẫn Quốc Gia (2017) với mong muốn sử dụng liều oxytocin thấp nhất nhưng vẫn đạt được cơn co hữu hiệu là 3 cơn co/10 phút [10]. Trong nghiên cứu này, sự khác biệt về thời gian trung bình sử dụng và liều oxytocin tối đa để đạt được cơn co hữu hiệu ở nhóm con so và con rạ là không có ý nghĩa thống kê. Có thể thấy oxytocin là có hiệu quả trong việc thúc đẩy chuyển dạ, giúp đạt được cơn co tử cung hữu hiệu mà không có sự khác biệt về tiền sử sản khoa.

Một số yếu tố như tiền sử sản khoa và trọng lượng thai có liên quan đến kết quả kết thúc chuyển dạ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sinh đường âm đạo ở nhóm con rạ và trọng lượng thai < 3500 g cao hơn so với nhóm con so và nhóm ≥ 3500 g. Kết quả này là do ở những người con rạ, CTC, âm đạo và tầng sinh môn giãn nở tốt hơn những người sinh con so. Trong khi đó, không có mối liên quan giữa tình trạng ối và kết cục chuyển dạ, kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Valentino De Vivo về việc bấm ối sớm rút ngắn được thời gian chuyển dạ mà không làm tăng nguy cơ phải mổ lấy thai [13].

Các yếu tố như độ mở CTC và tình trạng ối có mối liên quan với tốc độ truyền oxytocin tối đa và thời gian để đạt được cơn co tử cung hữu hiệu. Trong đó, độ mở CTC tại thời điểm truyền oxytocin càng thấp thì liều lượng oxytocin tối đa sử dụng càng cao và các trường hợp ối chưa vỡ cần liều oxytocin cao hơn so với trường hợp ối đã vỡ. Nguyên nhân là do nếu bắt đầu truyền oxytocin tại thời điểm CTC giãn 4 cm, để đạt đến 5 cm thì tốn khoảng 3-10 giờ [14]. Tuy nhiên, khoảng thời gian này càng ngắn dần khi chuyển dạ tiến triển. Đồng thời, ối vỡ sẽ giúp kích thích giải phóng prostaglandin và oxytocin, giúp cho chuyển dạ tiến triển dễ dàng hơn, nên liều oxytocin tối đa cũng thấp hơn.

5. KẾT LUẬN

Oxytocin chủ yếu được chỉ định để tăng co ở các trường hợp đã có chuyển dạ tự nhiên. Phần lớn sản phụ sinh đường âm đạo; mổ lấy thai chiếm tỷ lệ thấp hơn, chủ yếu cổ tử cung không tiến triển. Kết cục sơ sinh tốt, toàn bộ trẻ có chỉ số Apgar 1 phút đạt từ 7 điểm trở lên.

Tiền sử sản khoa, tình trạng ối và độ mở cổ tử cung là những yếu tố có liên quan đến liều oxytocin tối đa và thời gian cần thiết để đạt được cơn co tử cung hữu hiệu. Cụ thể, sản phụ con rạ, thai có trọng lượng dưới 3500g, ối đã vỡ và cổ tử cung mở nhiều hơn có xu hướng cần liều oxytocin tối đa thấp hơn, đạt cơn co hữu hiệu nhanh hơn và có khả năng sinh đường âm đạo cao hơn.

6. KIẾN NGHỊ

Những kết quả này góp phần hỗ trợ bác sĩ sản khoa trong việc cá thể hóa liều oxytocin và tiên lượng diễn tiến chuyển dạ. Tuy nhiên, do đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang với cỡ mẫu còn hạn chế. Do đó, cần thêm những nghiên cứu tiến cứu, cỡ mẫu lớn và đa trung tâm để khẳng định vai trò của các yếu tố này và xây dựng phác đồ sử dụng oxytocin phù hợp.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Nghiên cứu của chúng tôi không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu khác và tác giả khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alfievic Z, Kelly AJ, Dowswell T. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour. The Cochrane database of systematic reviews. Oct 7 2009;2009(4): CD003246. doi:10.1002/14651858.CD003246.pub2
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 49: Dystocia and augmentation of labor. Obstet Gynecol. 2003;102(6):1445-1454
3. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. Revista latino-americana de enfermagem. 2016;24:e2744. doi:10.1590/1518-8345.0765.2744
4. Gaudernack LC, Frøslie KF, Michelsen TM, Voldner N, Lukasse M. De-medicalization of birth by reducing the use of oxytocin for augmentation among first-time mothers - a prospective intervention study. BMC pregnancy and childbirth. Mar 27 2018;18(1):76. doi:10.1186/s12884-018-1706-4

5. Wei SQ, Luo ZC, Qi HP, Xu H, Fraser WD. High-dose vs low-dose oxytocin for labor augmentation: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*. Oct 2010;203(4):296-304. doi:10.1016/j.ajog.2010.03.007
6. 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 and childbirth*. 2022;22(1):408. doi:10.1186/s12884-022-04710-2
7. Boie S, Glavind J, Uldbjerg N, Steer PJ, Bor P. Continued versus discontinued oxytocin stimulation in the active phase of labour (CONDISOX): double blind randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed)*. Apr 14 2021;373:n716. doi:10.1136/bmj.n716
8. Litorp H, Sunny AK, Kc A. Augmentation of labor with oxytocin and its association with delivery outcomes: A large-scale cohort study in 12 public hospitals in Nepal. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. Apr 2021;100(4):684-693. doi:10.1111/aogs.13919
9. Bishop EH. Pelvic scoring for elective induction. *Obstet Gynecol*. 1964;24:266-268.
10. Bộ Y Tế. Sử dụng Oxytocin. Hướng dẫn chuẩn quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản. Nhà xuất bản Y học; 2017. tr 124.
11. Võ Thị Huệ, Lê Quang Thanh, Phạm Thanh Hải, Nguyễn Long, Vương Thị Ngọc Lan. Tỷ lệ mổ lấy thai và yếu tố liên quan trên các trường hợp sản phụ được chỉ định sử dụng Oxytocin tại Bệnh viện Từ Dũ. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2021;25(1):161-168.
12. Bugg GJ, Stanley E, Baker PN, Taggart MJ, Johnston TA. Outcomes of labours augmented with oxytocin. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. Jan 1 2006;124(1):37-41. doi:10.1016/j.ejogrb.2005.04.015
13. De Vivo V, Carbone L, Saccone G, Magoga G, De Vivo G, Locci M, et al.. Early amniotomy after cervical ripening for induction of labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol*. Apr 2020;222(4):320-329. doi:10.1016/j.ajog.2019.07.049
14. Zhang L, Troendle J, Branch DW, Hoffman M, Yu J, Zhou L, et al. The expected labor progression after labor augmentation with oxytocin: A retrospective cohort study. *PLoS One*. 2018;13(10):e0205735. doi:10.1371/journal.pone.0205735