



MỔ LẤY THAI: NHỮNG QUAN ĐIỂM HIỆN NAY

BS. Nguyễn Quốc Tuấn

Đại học Y Dược Cần Thơ

1. mổ lấy thai do người mẹ yêu cầu (maternal request) hoặc mổ lấy thai chương trình (elective c-section) còn gọi là mổ lấy thai chủ động: nên mổ sau tuần thứ 39 của thai kì.

2. Sát trùng âm đạo trước khi mổ lấy thai sẽ làm giảm tỉ lệ nhiễm trùng hậu phẫu:

Tổng hợp tài liệu trên Cochrane Pregnancy và Childbirth Group's Trials Register, có tất cả 7 thử nghiệm lâm sàng với 2.635 sản phụ được chia làm 2 nhóm: nhóm được sát trùng âm đạo (bằng povidin - iodine) trước khi mổ và nhóm không có sát trùng, tất cả được đánh giá xem có nhiễm trùng hậu phẫu hay không. Chất lượng của các nghiên cứu này khá cao với nguy cơ nhiễu thấp. Kết quả cho thấy rằng khi mổ lấy thai chủ động, sát trùng âm đạo trước khi mổ lấy thai làm giảm một cách đáng kể tỉ lệ viêm nội mạc tử cung (4,3% so với 8,3%)

(RR = 0,45, 95% CI 0,25-0,81). Nếu mổ lấy thai trong giai đoạn chuyển dạ thì nguy cơ viêm nội mạc tử cung cũng giảm (7,4% ở nhóm có sát trùng âm đạo trước khi mổ so với 13% ở nhóm không sát trùng) (RR = 0,56, 95% CI 0,34-0,95, 3 nghiên cứu, 523 sản phụ), ở nhóm có ối vỡ thì nguy cơ viêm nội mạc tử cung ở nhóm có sát trùng âm đạo trước khi mổ thấp hơn nhóm không có sát trùng (4,3% so với 17,9%; RR = 0,24, 95% CI 0,10-0,55, 3 thử nghiệm lâm sàng, 272 sản phụ) (Haas và cs., 2014).

3. Cho kháng sinh dự phòng khi mổ lấy thai (bao gồm cả mổ lấy thai chương trình và cấp cứu). Cho kháng sinh dự phòng trước mổ có hiệu quả hơn cho sau khi kẹp rốn:

Có nhiều nghiên cứu so sánh việc dùng “kháng sinh dự phòng” và “kháng sinh điều trị” trong mổ lấy thai. Kháng

sinh dự phòng có nhiều ưu điểm hơn kháng sinh điều trị.

Một thống kê hệ thống “so sánh hiệu quả của việc dùng kháng sinh dự phòng so với nhóm không dùng kháng sinh dự phòng trong mổ lấy thai”, có 95 nghiên cứu với 15.000 sản phụ. Kết quả: khi mổ lấy thai cấp cứu so với không dùng kháng sinh dự phòng hoặc dùng giả dược thì dùng kháng sinh dự phòng làm giảm tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ (RR = 0,40, 95% CI 0,35-0,46, 82 nghiên cứu, 14.407 sản phụ), giảm tỉ lệ viêm nội mạc tử cung (RR = 0,38, 95% CI 0,34-0,42, 83 nghiên cứu, 13.548 sản phụ) và giảm tỉ lệ các nhiễm trùng nghiêm trọng khác của người mẹ (RR = 0,31, 95% CI 0,20-0,49, 32 nghiên cứu, 6.159 sản phụ). Khi nghiên cứu về nhóm mổ lấy thai chương trình cũng cho thấy dùng kháng sinh dự phòng làm giảm tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ (RR = 0,62, 95% CI 0,47-0,82, 17 nghiên cứu, 3.537 sản phụ) và giảm tỉ lệ viêm nội mạc tử cung (RR = 0,38, 95% CI 0,24-0,61, 15 nghiên cứu, 2.502 sản phụ). Kết quả cho thấy rằng so với nhóm không dùng kháng sinh dự phòng thì nhóm có dùng kháng sinh dự phòng sẽ giảm tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ, viêm nội mạc tử cung và những nhiễm trùng nặng khác 60-70%. Kháng sinh dự phòng nên cho ở những trường hợp mổ lấy thai chương trình hay cấp cứu (Smaill và Grivell, 2014).

Khi “so sánh hiệu quả của kháng sinh đường tĩnh mạch cho trước khi mổ lấy thai so với cho sau khi kẹp dây rốn trên tình trạng của mẹ và thai”, có 10 nghiên cứu (12 báo cáo lâm sàng) và có 5.041 sản phụ tham gia nghiên cứu (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group’s Trials

Register). Kết quả, khi dùng kháng sinh dự phòng đường tiêm cho trước khi mổ thì tỉ lệ nhiễm trùng của sản phụ giảm (RR = 0,57, 95% CI 0,45-0,72), tỉ lệ viêm nội mạc tử cung giảm (RR = 0,54, 95% CI 0,36-0,79), tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ giảm (RR = 0,59, 95% CI 0,44-0,81) so với nhóm cho sau khi kẹp dây rốn. Tỉ lệ nhiễm trùng sơ sinh của 2 nhóm không khác biệt (RR = 0,76, 95% CI 0,51-1,13). Tỉ lệ nhiễm trùng đường tiểu, viêm thận bể thận, nhiễm trùng hô hấp không khác nhau. Với kết quả trên đã cho thấy rằng so với tiêm kháng sinh sau khi kẹp rốn thì tiêm kháng sinh trước khi phẫu thuật sẽ làm giảm đáng kể tỉ lệ nhiễm trùng sau mổ. Những ảnh hưởng lên thai nhi của 2 nhóm không rõ ràng (Mackeen và cs., 2014).

4. Đường mổ ngang trên vệ (Joel-Cohen hoặc Pfannenstiel) thường được chọn lựa sử dụng hơn trong mổ lấy thai. Đường mổ ngang sẽ làm bệnh nhân ít đau hơn, vết sẹo chắc hơn và mang tính thẩm mỹ hơn. So với đường mổ Pfannenstiel thì đường mổ Joel-Cohen có nhiều ưu điểm hơn:

Trong một phân tích gộp thử nghiệm lâm sàng so sánh đường mổ Joel-Cohen và Pfannenstiel trong mổ lấy thai, kết quả cho thấy rằng đường mổ Joel-Cohen có thời gian phẫu thuật ngắn hơn (từ lúc rạch da đến lúc bắt bé), tỉ lệ sốt, đau sau mổ ít hơn và thời gian nằm viện cũng ít hơn. Trong 2 thử nghiệm lâm sàng (411 sản phụ) so sánh 2 đường mổ Joel-Cohen và Pfannenstiel cho thấy tỉ lệ sốt sau mổ của đường mổ Joel-Cohen ít hơn (RR = 0,35, 95% CI 0,14-0,87), 1 thử nghiệm lâm sàng cho thấy đường mổ Joel-Cohen làm giảm tỉ lệ dùng thuốc giảm đau sau mổ (RR = 0,55, 95% CI 0,40-0,76), thời gian phẫu thuật ngắn hơn (khác biệt trung bình -11,40, 95% CI -16,55 đến -6,25 phút), thời gian lấy thai ngắn hơn (khác biệt trung bình -1,90, 95% CI -2,53 đến -1,27 phút), tổng liều giảm đau sau mổ trong vòng 24 giờ đầu ít hơn (khác biệt trung bình -1,50, 95% CI -2,16 đến -0,84 ngày), lượng máu mất ít hơn (khác biệt trung bình -58,00, 95% CI -108,51 đến -7,49mL), thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn (khác biệt trung bình -1,50, 95% CI -2,16



đến -0,84 ngày) (Mathai và Hofmeyr, 2007; Hofmeyr và cs., 2009; Gizzo và cs., 2015).

5. Nên mở phúc mạc thành bụng bằng tay vì sẽ làm giảm nguy cơ tổn thương ruột và các tạng trong ổ bụng nếu có dính các tạng trong ổ bụng.

6. Không tách lớp phúc mạc đoạn dưới tử cung sẽ làm giảm thời gian phẫu thuật và lượng máu mất:

So với nhóm không tách phúc mạc đoạn dưới tử cung, nhóm tách phúc mạc có tăng thời gian từ lúc rạch da đến lúc bắt bé (7 phút so với 5 phút), thời gian phẫu thuật kéo dài hơn (40 phút so với 35 phút), tình trạng giảm Hb cũng nhiều hơn (1 g/dL so với 0,5 g/dL). Bóc tách phúc mạc đoạn dưới cũng làm tăng tỉ lệ tụ máu vi thể (47% so với 21%) và tỉ lệ cần giảm đau 2 ngày sau mổ cũng nhiều hơn (55% so với 26%) (Hohlagschwandtner và cs., 2001).

7. Nên xé rộng đường rạch đoạn dưới tử cung bằng tay hơn là bằng kéo. Nếu dùng bằng tay thì nguy cơ tổn thương cho thai nhi thấp hơn, thời gian mổ ngắn hơn và ít mất máu hơn:

So với mổ rộng đoạn dưới tử cung bằng kéo thì xé rộng cơ tử cung bằng tay sẽ làm giảm lượng máu mất hơn (khoảng 43mL), tỉ lệ chảy máu sau sinh ít hơn (9% so với 13%), tỉ lệ cần truyền máu ít hơn (0,4% so với 2%). Xé cơ tử cung làm thời gian phẫu thuật ngắn hơn và không có nguy cơ tổn thương dây rốn hoặc thai nhi (Rodriguez và cs., 1994; Magann và cs., 2002).

Thử nghiệm lâm sàng bao gồm 1.076 sản phụ được mổ lấy thai chương trình (elective cesarean). Mục đích nghiên cứu là so sánh tỉ lệ rách cơ tử cung không kiểm soát (unintended extension) liên quan đến phương pháp mở rộng vết mổ tử cung (bằng kéo so với bằng tay).

Kết quả: cả 2 nhóm nghiên cứu đều giống nhau về đặc điểm lâm sàng và xã hội học. Tỉ lệ rách cơ tử cung không kiểm soát, lượng máu mất trung bình và lượng máu mất > 1.000mL ở nhóm dùng kéo để cắt cơ tử cung cao hơn ở nhóm dùng tay để xé cơ tử cung (8,8% so với 4,8%, P = 0,009), (853,67 ± 42mL so với 664,80 ± 38mL, P = 0,001) và (11,4% so với 6,8%, P = 0,009). Không có sự khác nhau về tỉ lệ truyền máu (7,5% so với 6,3%, P = 0,440) và sử dụng các thuốc tăng co cơ tử cung (16% so với 12,9%, P = 0,144) (Ascioglu và cs., 2014).

8. Xé rộng cơ tử cung theo hướng dọc:

Một nghiên cứu có 406 ca cơ tử cung được xé theo hướng ngang (transversal) và 405 ca được xé theo hướng dọc (cephalad-caudad). Các sản phụ đều giống nhau về đặc điểm lâm sàng, chỉ định mổ, phương pháp vô cảm. Tỉ lệ truyền máu (0,7% so với 0,7%, P = 1,0) và lượng máu mất (440 ± 341mL và 398 ± 242mL, P = 0,09) không khác nhau giữa 2 nhóm. Tuy nhiên, tình trạng rách không kiểm soát đoạn dưới và tỉ lệ máu mất > 1.500mL ở nhóm xé cơ tử cung theo hướng ngang nhiều hơn theo hướng dọc (7,4% so với 3,7%, P = 0,03) và (2,0% so với 0,2%, P = 0,04) (Cromi và cs., 2008).

9. Sổ nhau bằng cách kéo dây rốn và xoa đáy tử cung sẽ ít mất máu và viêm nội mạc tử cung hơn là bóc nhau bằng tay:

Một phân tích gộp so sánh 2 phương pháp sổ nhau: “kéo dây rốn và xoa đáy tử cung” với “bóc nhau bằng tay”, có 15 nghiên cứu với 4.694 sản phụ. Kết quả: so với sổ nhau bằng cách kéo dây rốn thì bóc nhau bằng tay làm: tăng tỉ lệ viêm nội mạc tử cung (RR = 1,64, 95% CI 1,42-1,90, 13 nghiên cứu, 4.134 sản phụ), tỉ lệ mất máu nhiều hơn (chỉ số trung bình 94,42mL, 95% CI 17,19-171,64, 8 nghiên cứu, 2.001 sản phụ), tỉ lệ mất máu > 1.000mL nhiều hơn (RR = 1,81, 95% CI 1,44-2,28, 2 nghiên cứu, 872 sản phụ), có Hct giảm sau mổ nhiều hơn (chỉ số trung bình 0,39, 95% CI 0,00-0,78, 5 nghiên cứu, 1.777 phụ nữ), có Hct sau mổ thấp

hơn (chỉ số trung bình -1,55, 95% CI -3,09 đến 0,01; 2 nghiên cứu, 384 sản phụ).

10. Lấy tử cung ra khỏi ổ bụng hoặc để trong ổ bụng khi khâu cơ tử cung:

Một phân tích gộp vào năm 2015 so sánh kĩ thuật lấy tử cung ra khỏi ổ bụng với để tử cung trong ổ bụng khi khâu cơ tử cung cho thấy rằng cả 2 kĩ thuật này không khác nhau về lượng máu mất, tình trạng buồn nôn, nôn và đau sau mổ. Lấy tử cung ra khỏi ổ bụng làm thời gian phẫu thuật ngắn hơn và nhu động ruột hoạt động lại sớm hơn (Coutinho và cs., 2008; Zaphiratos và cs., 2015). Theo Obstet Gynecol (2008), một nghiên cứu bao gồm 325 trường hợp lấy tử cung ra khỏi ổ bụng và 312 trường hợp để tử cung trong ổ bụng khi khâu cơ tử cung, kết quả cho thấy rằng: ở nhóm lấy tử cung ra khỏi ổ bụng có thời gian mổ < 45 phút ít hơn (44% - 35,3% (P = 0,02)), tỉ lệ đau bụng mức độ trung bình và nặng 6 giờ sau mổ nhiều hơn (32,6% - 23,1% (P = 0,026) và tỉ lệ cần ít mũi khâu nhiều hơn: 18,2% - 11,9% (P = 0,03).

11. Khâu cơ tử cung bằng mũi liên tục (lấy hết bề dày lớp cơ) và không khóa ở mỗi mũi khâu. So với khâu cơ tử cung 2 lớp thì khâu cơ tử cung 1 lớp làm giảm lượng máu mất, thời gian phẫu thuật và đau sau mổ một cách đáng kể. Tuy nhiên, những trường hợp sản phụ còn muốn có thai thì nên khâu cơ tử cung 2 lớp:

Một thử nghiệm lâm sàng mù đôi, đối tượng là những sản phụ con so có chỉ định mổ lấy thai chương trình, các trường hợp này đều được mổ lấy thai theo phương pháp Misgav-Ladach. Tất cả những sản phụ được đánh giá tình trạng lành của vết mổ bằng siêu âm tử cung trước khi xuất viện và được soi buồng tử cung sau mổ 5 tháng. Kết quả, có 76 sản phụ tham gia nghiên cứu, trong đó, 38 sản phụ được khâu cơ tử cung 1 lớp và 36 sản phụ được khâu cơ tử cung 2 lớp. Hai nhóm này giống nhau về tuổi thai khi chấm dứt thai kì, thời gian phẫu thuật và lượng máu mất sau mổ. Bề dày cơ tử

cung sau mổ không khác nhau giữa 2 nhóm khi xuất viện ($20,2 \pm 8,0\text{mm}$ so với $21,0 \pm 9,7\text{mm}$) và sau mổ 5 tháng ($5,7 \pm 2,9\text{mm}$ so với $5,7 \pm 2,2\text{mm}$). Bề dày cơ tử cung sau mổ khoảng 1/2 so với bề dày cơ tử cung bình thường ở cả 2 thời điểm khám (Bennich và cs., 2015).

Một nghiên cứu đánh giá hiệu quả của 3 kĩ thuật khâu cơ tử cung khi mổ lấy thai, những trường hợp được đưa vào nghiên cứu là những sản phụ đơn thai, có tuổi thai ≥ 38 tuần. Có 3 kĩ thuật khâu cơ tử cung được áp dụng là: (1) khâu 1 lớp có khóa ở mỗi mũi khâu; (2) khâu 2 lớp, có khóa mũi khâu ở lớp thứ nhất và khâu lớp nội mạc tử cung; (3) khâu 2 lớp, không khóa lớp thứ nhất và không khâu lớp nội mạc tử cung. Đánh giá bề dày cơ tử cung còn lại bằng siêu âm đầu dò âm đạo sau mổ 6 tháng. Kết quả là kĩ thuật "khâu 2 lớp, không khóa lớp thứ nhất và không khâu lớp nội mạc tử cung" có bề dày cơ tử cung dày hơn ($3,8 \pm 1,6\text{mm}$ so với $6,1 \pm 2,2\text{mm}$, $P < 0,001$) và tỉ lệ lành vết thương (healing ratio) (tỉ lệ phần trăm lớp cơ tử cung lành so với bề dày vết sẹo) cao hơn ($54 \pm 20\%$ so với $73 \pm 23\%$, $P = 0,004$). Trong khi đó, khâu cơ tử cung 2 lớp có khóa lớp 1 với khâu 1 lớp thì không khác nhau bề dày cơ tử cung và tỉ lệ lành vết thương ($4,8 \pm 1,3$, $P = 0,032$) và ($60 \pm 21\%$, $P = 0,287$). Các tác giả đã kết luận rằng may cơ tử cung 2 lớp và không khóa lớp 1 sẽ giúp cơ tử cung lành tốt hơn may 1 lớp. Các tác giả khuyến cáo rằng nếu sản phụ còn muốn sinh thêm thì nên may 2 lớp (Roberge và cs., 2015).

Nhiều báo cáo cho thấy khâu cơ tử cung 1 lớp và có khóa ở mỗi mũi khâu làm tăng nguy cơ vỡ tử cung ở lần mang thai sau gấp 4 lần.

12. Không đóng lớp phúc mạc cũng không làm tăng tỉ lệ dính trong ổ bụng:

Một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng bao gồm 533 sản phụ được mổ lấy thai lần đầu tiên. Trong đó, 256 sản phụ không đóng phúc mạc và 277 sản phụ có đóng phúc mạc. Có 50 sản phụ không đóng phúc mạc và 47 sản phụ có đóng phúc mạc được đánh giá ở lần mổ sau. Kết quả là tỉ lệ bị dính sau mổ ở nhóm không có đóng

phức mạc so với nhóm có đóng phức mạc tương đương nhau (60% so với 51%, $P = 0,31$). Thời gian từ lúc rạch da đến lúc bắt bé ở nhóm không đóng phức mạc và nhóm có đóng phức mạc tương đương nhau ($8,98 \pm 4,7$ so với $9,32 \pm 5,2$ phút, $P = 0,84$) (Kapustian và cs., 2012). Một nghiên cứu khác cho thấy rằng nhóm không khâu lớp phức mạc thời gian mổ sẽ ngắn hơn nhóm có khâu phức mạc trung bình là 6 phút.

13. May cơ thẳng bụng sẽ làm giảm nguy cơ bị dính, tuy nhiên, một số bác sĩ không khâu cơ thẳng bụng vì họ cho rằng khâu cơ thẳng bụng sẽ làm bệnh nhân đau khi vận động.

14. Để làm giảm nguy cơ nhiễm trùng vết mổ sau khi mổ lấy thai, nên khâu lớp mỡ dưới da nếu lớp mỡ dày > 2cm.

15. Nếu nhai chewing gum 3 lần/ngày và mỗi lần ít nhất 30 phút sau khi mổ lấy thai sẽ làm cho nhu động ruột trở lại sớm hơn (khoảng 5 giờ), ợ hơi sớm hơn (khoảng 5 giờ) và ít triệu chứng của đường ruột hơn (12% so với 21%).

16. Tụy chưa đủ bằng chứng nhưng vấn đề ăn uống sớm dường như an toàn đối với những trường hợp mổ lấy thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ascioglu O, Gungorduk K, Ascioglu BB, Yildirim G, Gungorduk OC, Ark C (2014). Unintended extension of the lower segment uterine incision at cesarean delivery: a randomized comparison of sharp versus blunt techniques. *Am J Perinatol*; 31(10):837-844. doi: 10.1055/s-0033-1361934.
2. Bennich G, Rudnicki M, Wilken-Jensen C, Lousen T, Lassen PD, Wøjdemann K (2015). Impact of adding a second-layer to a single unlocked closure of Cesarean uterine incision: a randomized controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol*. doi: 10.1002/uog.15792.
3. Coutinho IC, Ramos de Amorim MM, Katz L, Bandeira de Ferraz AA (2008). Uterine exteriorization compared with in situ repair at cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*; 111:639.
4. Cromi Antonella, Ghezzi Fabio, Di Naro Edoardo, Siesto Gabriele, Loverro Giuseppe, Bolis Pierfrancesco (2008). Blunt expansion of the low transverse uterine incision at cesarean delivery: a randomized comparison of 2 techniques. This research was presented at the 28th annual meeting of the Society for Maternal-Fetal Medicine, Dallas, TX.
5. Gizzo S, Andrisani A, Noventa M et al. (2015). Caesarean section: could different transverse abdominal incision techniques influence postpartum pain and subsequent quality of life? A systematic review. *PLoS One*; 10:e0114190.
6. Haas DM, Morgan S, Contreras K (2014). Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections. *Cochrane Database Syst Rev*; 12:CD007892. doi: 10.1002/14651858.CD007892.pub5.
7. Hofmeyr JG, Novikova N, Mathai M, Shah A (2009). Techniques for cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*; 201:431.3.
8. Hohlagschwandtner M, Ruecklinger E, Husslein P et al. (2001). Is the formation of a bladder flap at cesarean necessary? A randomized trial. *Obstet Gynecol*; 98:1089-1092.
9. Kapustian V, Anteby EY, Gdalevich M, Shenhav S, Lavie O, Gemer O (2012). Effect of closure versus nonclosure of peritoneum at cesarean section on adhesions: a prospective randomized study. *Am J Obstet Gynecol*; 206(1):56.e1-e4. doi: 10.1016/j.ajog.2011.07.032.
10. Mackeen AD, Packard RE, Ota E, Berghella V, Baxter JK (2014). Timing of intravenous prophylactic antibiotics for preventing postpartum infectious morbidity in women undergoing cesarean delivery. *Cochrane Database Syst Rev*; 12:CD009516. doi: 10.1002/14651858.CD009516.pub2.
11. Magann EF, Chauhan SP, Bufkin L et al. (2002). Intra-operative haemorrhage by blunt versus sharp expansion of the uterine incision at caesarean delivery: a randomised clinical trial. *Br J Obstet Gynaecol*; 109:448-452.
12. Mathai M, Hofmeyr GJ (2007). Abdominal surgical incisions for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*; CD004453.2.
13. Roberge S, Demers S, Girard M, Vikhareva O, Markey S, Chaillet N, Moore L, Paris G, Bujold E (2015). Impact of uterine closure on residual myometrial thickness after cesarean: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*; pii: S0002-9378(15)02221-8. doi: 10.1016/j.ajog.2015.10.916.
14. Rodriguez AI, Porter KB, OBrien WF (1994). Blunt versus sharp expansion of the uterine incision in low-segment transverse cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*; 171:1022-1025.
15. Smail FM, Grivell RM (2014). Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*; 10:CD007482. doi: 10.1002/14651858.CD007482.pub3.
16. Zaphiratos V, George RB, Boyd JC, Habib AS (2015). Uterine exteriorization compared with in situ repair for cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Can J Anaesth*; 62:1209.

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN và VÔ SINH TPHCM (HOSREM)

Sứ mệnh

HOSREM thúc đẩy và thực hiện các hoạt động đào tạo liên tục nhằm không ngừng nâng cao năng lực chuyên môn của nhân viên y tế trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Tầm nhìn

Nỗ lực xây dựng HOSREM thành một tổ chức tin cậy, thân thiết, cùng chia sẻ kiến thức và kinh nghiệm, nâng cao năng lực chuyên môn nhằm chăm sóc sức khỏe sinh sản cho cộng đồng với chất lượng ngày càng cao.

Các giá trị cơ bản

Tri thức, sáng tạo, mẫu mực, tiên phong, trách nhiệm và nhân bản.