

Nghiên cứu

DOI: 10.59715/pntjimp.4.1.18

## Tỉ lệ mổ lấy thai lần đầu và các chỉ định mổ lấy thai ở những thai phụ đến sinh con tại Bệnh viện Quận Bình Tân năm 2024

Đỗ Vạn Sỹ<sup>1</sup>, Mạc Quốc Như Hùng<sup>2</sup>, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Quận Bình Tân

<sup>2</sup>Bộ môn Sản Phụ Khoa, Khoa Y, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Hiện nay mổ lấy thai lần đầu đang là vấn đề được các nhà sản khoa quan tâm vì nếu tỉ lệ mổ lấy thai lần đầu gia tăng sẽ làm tăng tỉ lệ mổ lấy thai nói chung.

**Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ mổ lấy thai lần đầu và các chỉ định mổ lấy thai lần đầu ở những thai phụ đến sinh con tại Bệnh viện Quận Bình Tân năm 2024.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang trên 292 thai phụ đến sinh con tại Bệnh viện Quận Bình Tân từ tháng 01/2024 đến tháng 06/2024.

**Kết quả:** Tỉ lệ mổ lấy thai lần đầu là 47,6%, trong đó tỉ lệ mổ lấy thai lần đầu con so là 59,4% và con rạ là 23,2%. Ở nhóm mổ lấy thai con so, nguyên nhân chỉ định mổ lấy thai thường gặp nhất là do phần phụ của thai (47,0%), do đường sinh dục (30,8%), do thai (25,6%), do yếu tố xã hội (20,5%) và do bệnh lý của thai phụ (12,0%). Ở nhóm mổ lấy thai lần đầu con rạ, chỉ định mổ lấy thai do thai chiếm 72,7%, do bệnh lý của thai phụ (36,4%), do phần phụ của thai (27,3%) và do đường sinh dục (18,2%).

**Kết luận:** Tỉ lệ mổ lấy thai lần đầu là 47,6%, trong đó tỉ lệ mổ lấy thai lần đầu con so là 59,4% và con rạ là 23,3%. Ở nhóm thai phụ sinh con so, nguyên nhân do phần phụ của thai chiếm tỉ lệ cao nhất với 47%. Ở nhóm thai phụ sinh con rạ, nguyên nhân do thai chiếm tỉ lệ cao nhất với 72,7%.

**Từ khóa:** Mổ lấy thai lần đầu, chỉ định mổ lấy thai.

### Abstract

#### The prevalence of primary cesarean section and indications for cesarean sections among pregnant women delivering at Binh Tan District Hospital in 2024

**Background:** The rising incidence of primary cesarean sections has drawn considerable attention from obstetricians due to its significant influence on overall cesarean delivery rates.

**Objective:** This study aims to assess the prevalence of primary cesarean sections and identify their indications among pregnant women delivering at Binh Tan District Hospital in 2024.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted, involving 292 pregnant women who delivered at Binh Tan District Hospital between January and June 2024.

**Results:** The prevalence of primary cesarean sections was 47.6%, with a higher rate observed among primiparous women (59.4%) compared to multiparous women (23.2%). Among primiparous women, the leading indications included issues with fetal appendages (47.0%), genital tract abnormalities (30.8%), fetal factors (25.6%), social

Ngày nhận bài:

08/11/2024

Ngày phản biện:

10/12/2024

Ngày đăng bài:

20/01/2025

Tác giả liên hệ:

Đỗ Vạn Sỹ

Email:

Dr.vansy@gmail.com

ĐT: 0979087345

considerations (20.5%), and maternal comorbidities (12.0%). For multiparous women, the primary indications were fetal factors (72.7%), maternal comorbidities (36.4%), issues with fetal appendages (27.3%), and genital tract abnormalities (18.2%).

**Conclusion:** The study highlights a 47.6% prevalence of primary cesarean sections, with a notably higher rate among primiparous women (59.4%) compared to multiparous women (23.2%). The most common indication for cesarean delivery among primiparous women was fetal appendages, while fetal factors predominated in multiparous cases.

**Keywords:** Primary cesarean section, cesarean section indications.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) được định nghĩa là phẫu thuật lấy thai, nhau và màng nhau ra khỏi buồng tử cung qua đường rạch trên thành bụng và thành tử cung. Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa ra khuyến cáo tỉ lệ MLT chỉ nên ở mức 10 - 15%. [1] Tuy nhiên, tỉ lệ này đang gia tăng ở hầu hết các quốc gia và khu vực, không chỉ ở những nước đang phát triển mà còn ở cả những nước đang phát triển. Tại Việt Nam, theo một khảo sát về sức khỏe của bà mẹ và trẻ em của Tổ chức Y tế Thế giới tại 9 quốc gia Châu Á tiến hành từ năm 2007 - 2008 thì tỉ lệ MLT của nước ta là 35,6%, cao đứng thứ hai so với các nước trong khu vực chỉ sau Trung Quốc (46,2%). [2] Số liệu trong nước cũng cho thấy tỉ lệ MLT luôn ở mức cao và không có xu hướng giảm trên phạm vi cả nước, nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Khanh năm 1993 - 1994 báo cáo tỉ lệ MLT là 25,2%, [3] nghiên cứu của Vương Tiến Hòa năm 2002 là 36,9%, [4] và nghiên cứu của Mai Trọng Dũng năm 2021 là 54,96%. [5]

Hiện nay, MLT lần đầu đang được các nhà sản khoa quan tâm vì nếu tỉ lệ MLT lần đầu gia tăng sẽ làm tăng tỉ lệ MLT nói chung, cùng với các biến chứng liên quan như rau tiền đạo, rau cài răng lược, thai làm tổ tại vết sẹo mổ cũ, vô sinh do khuyết sẹo MLT, và thậm chí là vỡ tử cung. Bệnh viện Quận Bình Tân là một bệnh viện đa khoa hạng một với quy mô 700 giường tại cửa ngõ phía tây của thành phố Hồ Chí Minh, hằng năm có khoảng hơn 1000 trẻ sơ sinh chào đời. Tỉ lệ MLT luôn ở mức cao theo từng năm, trong đó 3 năm gần đây: năm 2020 là 63,12%, năm 2021 là 63,27% và năm 2022 là 52,66%. Hiện tại ở Bệnh viện Quận Bình Tân chưa có nghiên cứu nào được thực hiện để xác định tỉ lệ MLT lần đầu và các nguyên nhân chỉ định MLT lần đầu ở nhóm thai phụ sinh con so và con rạ. Xuất phát từ những thực tế trên, chúng tôi tiến

hành nghiên cứu với mục tiêu là “Xác định tỉ lệ mổ lấy thai lần đầu và các nguyên nhân chỉ định mổ lấy thai ở những thai phụ đến sinh con tại Bệnh viện Quận Bình Tân năm 2024”.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng

Tất cả thai phụ đến sinh con tại Bệnh viện Quận Bình Tân trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2024.

#### Tiêu chuẩn lựa chọn

- Thai phụ  $\geq 18$  tuổi đến sinh tại Bệnh viện Quận Bình Tân.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### Tiêu chuẩn loại trừ

- Thai phụ có suy giảm nhận thức, mắc bệnh lý tâm thần không thể tham gia hoặc không thể hoàn thành bộ câu hỏi phỏng vấn.

- Thai phụ không có khả năng nghe hiểu và trả lời phỏng vấn bằng tiếng Việt.

- Thai phụ đến sinh nhưng sau đó chuyển viện vì bất cứ lý do gì.

- Thai phụ MLT từ nơi khác chuyển đến.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả

**Cỡ mẫu:** Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ, với  $\alpha = 0,05 \rightarrow Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ ,  $p = 0,255$  (tỉ lệ MLT lần đầu trên tổng số thai phụ đến sinh con tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2017) [6] và  $d = 0,05$ . Chúng tôi tính được  $n = 292$ . Thực tế nghiên cứu đã khảo sát được 292 thai phụ.

**Kỹ thuật chọn mẫu:** Nghiên cứu thực hiện chọn mẫu thuận tiện. Tất cả những thai phụ đến sinh tại Bệnh viện Quận Bình Tân trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2024 được mời tham gia nghiên cứu. Trong 6 tháng nghiên cứu, tại Bệnh viện Quận Bình Tân

có 292 thai phụ đến sinh và đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Thu thập số liệu:** Số liệu được thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp thai phụ và ghi nhận câu trả lời bằng phiếu thu thập số liệu. Các thông tin về chỉ định MLT lần đầu và nguyên nhân chỉ định MLT lần đầu được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án của thai phụ.

**Biến số nghiên cứu**

- Đặc điểm của thai phụ: nhóm tuổi, nơi cư trú, trình độ học vấn, nghề nghiệp, lần sinh.
- MLT lần đầu: có MLT lần đầu khi thai phụ sinh con bằng phương pháp MLT và đây là lần đầu tiên thai phụ thực hiện phương pháp này.
- Nguyên nhân chỉ định MLT: do phần phụ của thai, do thai, do đường sinh dục, do bệnh lý của thai phụ và do yếu tố xã hội.

**2.3. Phương pháp xử lý số liệu**

Các dữ liệu sau khi thu thập được nhập bằng phần mềm Excel và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14.0. Chỉ định MLT lần đầu và các

nguyên nhân chỉ định MLT lần đầu được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm.

**2.4. Vấn đề y đức**

Nghiên cứu đã thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch theo quyết định số 969/TĐHYKPNT-HĐĐĐ ngày 04/01/2024.

**3. KẾT QUẢ**

**3.1. Đặc điểm thông tin thai phụ**

Trong 292 thai phụ tham gia nghiên cứu, nhóm tuổi 25 - 29 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (38,0%), nhóm từ 30 - 34 tuổi (25,0%), nhóm từ 18 - 24 tuổi (19,2%) và từ 35 tuổi trở lên (17,8%). Đa số các thai phụ sinh sống tại TP.HCM (78,8%). Trình độ học vấn dưới cấp 3 chiếm tỉ lệ cao nhất (59,6%), cấp 3 (26,7%) và trên cấp 3 (13,7%). Nghề nghiệp chủ yếu là lao động chân tay (58,2%), sau đó là nội trợ (34,9%). Tỉ lệ thai phụ sinh con so là 67,5% và con rạ là 32,5%.

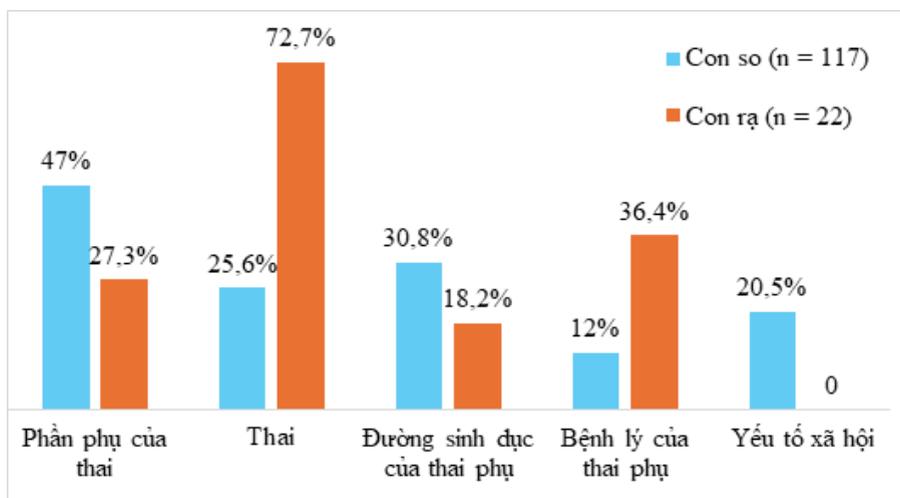
**3.2. Tỉ lệ mổ lấy thai lần đầu ở thai phụ đến sinh con tại Bệnh viện Quận Bình Tân**

**Bảng 1:** Tỉ lệ mổ lấy thai lần đầu tại Bệnh viện Quận Bình Tân

	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	KTC 95%
MLT lần đầu (n = 292)	139	47,6	41,8 - 53,5
MLT lần đầu con so (n = 197)	117	59,4	52,2 - 66,3
MLT lần đầu con rạ (n = 95)	22	23,2	15,1 - 32,9

Trong tổng số 292 thai phụ đến sinh tại Bệnh viện Quận Bình Tân, tỉ lệ MLT lần đầu là 47,6% (KTC 95% = 41,8 - 53,5), trong đó tỉ lệ MLT lần đầu con so là 59,4% và con rạ là 23,2%.

**3.3. Các nguyên nhân chỉ định mổ lấy thai ở thai phụ đến sinh con tại Bệnh viện Quận Bình Tân**



**Biểu đồ 1:** Các nhóm nguyên nhân chỉ định mổ lấy thai lần đầu (n = 139)

Ở thai phụ MLT lần đầu con so, chỉ định MLT chiếm tỉ lệ cao nhất là do phần phụ của thai với 47%, sau đó là do đường sinh dục của thai phụ và do thai với tỉ lệ lần lượt là 30,8% và 25,6%. Ở thai phụ MLT lần đầu con rạ, chỉ định MLT chiếm tỉ lệ cao nhất là do thai với 72,7%, sau đó là do bệnh lý của thai phụ với 36,4%.

**Bảng 2:** Tỉ lệ các chỉ định mổ lấy thai do phần phụ của thai

Do phần phụ thai	Con so (n = 117)		Con rạ (n = 22)	
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)
Dây rốn quấn cổ	14	12,0	–	–
Sa dây rốn	2	1,7	–	–
Ới vỡ sớm/ới vỡ non	24	20,5	–	–
Thiếu ới	12	10,3	6	27,3
Đa ới	2	1,7	–	–

Trong các chỉ định MLT do phần phụ của thai, ở thai phụ MLT lần đầu con so, nguyên nhân chiếm tỉ lệ cao nhất là ới vỡ sớm/vỡ non (chiếm 20,5%). Ở thai phụ MLT lần đầu con rạ, chỉ định MLT do phần phụ của thai chỉ có nguyên nhân do thiếu ới với 27,3%.

**Bảng 3:** Tỉ lệ các chỉ định mổ lấy thai do đường sinh dục của thai phụ

Do đường sinh dục	Con so (n = 117)		Con rạ (n = 22)	
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)
Khung chậu hẹp	7	6,0	–	–
Khung chậu bị giới hạn	2	1,7	–	–
Cơ co cường tính	2	1,7	–	–
Cổ tử cung không tiến triển	25	21,4	4	18,2
Dọa vỡ tử cung	1	0,9	–	–

Trong nhóm MLT lần đầu con so, MLT do đường sinh dục của thai phụ có 2 nguyên nhân chủ yếu là cổ tử cung không tiến triển và khung chậu hẹp với tỉ lệ lần lượt là 21,4% và 6%. Ở nhóm MLT lần đầu con rạ chỉ có nguyên nhân do cổ tử cung không tiến triển với 18,2%.

**Bảng 4:** Tỉ lệ các chỉ định mổ lấy thai nguyên nhân do thai

Do thai	Con so (n = 117)		Con rạ (n = 22)	
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)
Thai to	10	8,5	12	54,5
Suy thai	18	15,4	–	–
Ngôi mặt	2	1,7	2	9,1
Ngôi thóp trước	2	1,7	2	9,1

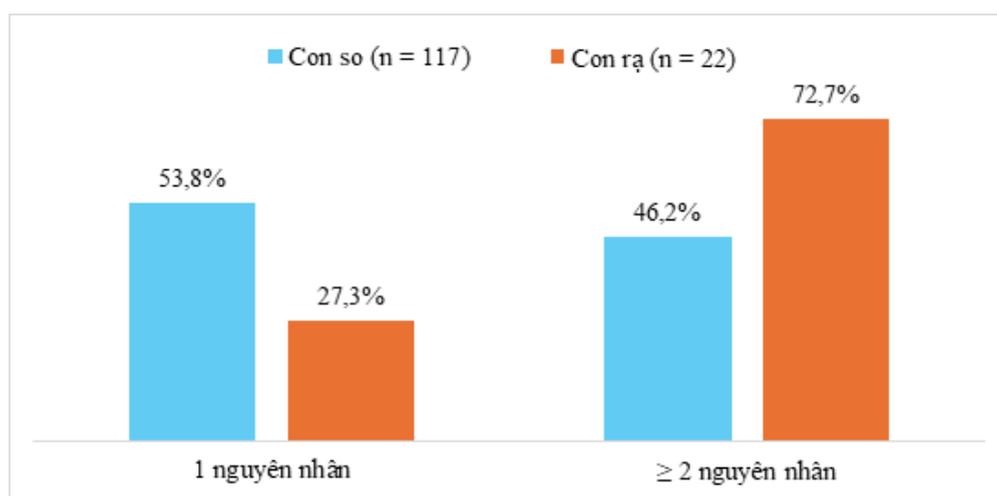
Ở thai phụ MLT lần đầu con so, nguyên nhân suy thai chiếm tỉ lệ cao nhất với 15,4%. Các nguyên nhân MLT lần đầu ở thai phụ sinh con rạ chủ yếu là do thai to (54,5%).

**Bảng 5:** Tỷ lệ các chỉ định mổ lấy thai nguyên nhân do bệnh lý của thai phụ

Do bệnh lý của thai phụ	Con so (n = 117)		Con rạ (n = 22)	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đái tháo đường	9	7,7	8	36,4
Tiền sản giật	5	4,3	–	–

Đa số các thai phụ MLT lần đầu do bệnh lý là đái tháo đường thai kỳ với tỷ lệ ở nhóm MLT lần đầu con so và con rạ lần lượt là 7,7% và 36,4%.

Các nguyên nhân khác không thuộc bệnh lý được xếp vào nhóm yếu tố xã hội, ở nhóm MLT con so ghi nhận 02 nguyên nhân chính là con quý hiếm với 19 trường hợp và con so lớn tuổi với 21 trường hợp. Nhóm MLT lần đầu con rạ không có các nguyên nhân này.



**Biểu đồ 2:** Tỷ lệ kết hợp các nguyên nhân chỉ định mổ lấy thai lần đầu (n = 139)

Tỷ lệ chỉ định MLT từ 2 nguyên nhân trở lên ở nhóm MLT lần đầu con so là 46,2% và MLT lần đầu con rạ là 72,7%.

#### 4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ mổ lấy thai lần đầu ở thai phụ đến sinh con tại Bệnh viện Quận Bình Tân

Kết quả nghiên cứu ghi nhận trong số 292 thai phụ đến sinh con tại Bệnh viện Quận Bình Tân có 139 thai phụ MLT lần đầu, chiếm tỷ lệ 47,6%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Hoài Chương tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2017 ghi nhận tỷ lệ MLT lần đầu trong tổng số thai phụ đến sinh tại bệnh viện là 25,5% [6] và nghiên cứu của Nguyễn Anh Duy tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2020 báo cáo tỷ lệ này là 40,7%. [7] Một nghiên cứu khác của tác giả Hoàng Thị Nam Giang cho thấy tỷ lệ MLT chung là 49,6%, trong đó tỷ lệ MLT ở bệnh viện tư (57,8%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh viện công (49,1%). [8] Sự khác biệt về tỷ lệ MLT giữa các nghiên cứu, cũng như giữa bệnh viện công và tư, có thể là do sự khác nhau về đặc

điểm dân số - kinh tế - xã hội của thai phụ và chính sách chăm sóc sức khỏe tại từng cơ sở. Tỷ lệ MLT cao hơn ở bệnh viện tư có thể do yếu tố thương mại hóa trong y tế và sự khác biệt trong việc tư vấn hoặc ưu tiên phương pháp sinh nở giữa các loại hình bệnh viện.

Về tỷ lệ MLT lần đầu con so, kết quả ghi nhận trong nghiên cứu chúng tôi là 59,4%, tương đồng với nghiên cứu của Phùng Ngọc Hân năm 2017 là 58,8%, [9] nghiên cứu của Tống Thị Khánh Hằng năm 2020 là 57,4% [10] và nghiên cứu của Tô Mai Chi năm 2023 là 59,35%. [11] Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Hương năm 2014 với 42,9% [12] và nghiên cứu của Vương Tiến Hòa năm 2002 với 33,44%. [4] Qua số liệu MLT con so trong một số nghiên cứu có thể thấy tỷ lệ MLT con so tại Việt Nam có xu hướng ngày càng gia tăng rõ rệt trong những năm gần đây.

Về tỉ lệ MLT lần đầu con rạ, kết quả ghi nhận trong số 95 thai phụ sinh con rạ tại Bệnh viện có 22 thai phụ được chỉ định MLT lần đầu, chiếm tỉ lệ 23,2%. Chỉ định MLT lần đầu ở nhóm thai phụ sinh con rạ trong nghiên cứu ghi nhận chủ yếu là do thai, cụ thể là thai to và ngôi thai bất thường.

Sự gia tăng tỉ lệ MLT lần đầu dẫn đến sự gia tăng tỉ lệ MLT lần hai, tạo thành một vòng lặp dẫn đến việc tổng số ca MLT không ngừng tăng lên. Nguyên nhân tỉ lệ MLT lần đầu cao có thể là do độ tuổi trung bình của bà mẹ ngày càng tăng và những phụ nữ lớn tuổi, đặc biệt là những người chưa từng sinh con, có nguy cơ phải sinh mổ cao hơn. [13] Trong nghiên cứu chúng tôi cũng ghi nhận, tỉ lệ thai phụ từ 30 tuổi trở lên chiếm đến 42,8%. Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy điều kiện kinh tế xã hội tốt hơn [14] và sự gia tăng tình trạng thừa cân béo phì [13,15] cũng góp phần làm gia tăng tỉ lệ MLT. Ngoài ra, có thể là do ảnh hưởng của sàng lọc trước sinh, việc sử dụng siêu âm giúp phát hiện những rủi ro nghiêm trọng trong thai kỳ, nhưng đồng thời cũng có thể làm tăng sự lo lắng của bà mẹ về sức khỏe của thai nhi, dẫn đến việc lựa chọn MLT.

Các nguyên nhân chỉ định MLT ở thai phụ đến sinh con tại Bệnh viện Quận Bình Tân

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận ở nhóm thai phụ MLT lần đầu con so có 18 nguyên nhân MLT và chia thành 5 nhóm bao gồm nhóm nguyên nhân do phần phụ của thai chiếm tỉ lệ cao nhất với 47,0%, sau đó là do đường sinh dục chiếm 30,8%, do thai 25,6%, do yếu tố xã hội 20,5% và do bệnh lý của thai phụ chiếm 12%. Đối với nhóm thai phụ MLT lần đầu con rạ, nghiên cứu thống kê được có 6 nguyên nhân chỉ định MLT, trong đó nguyên nhân do thai chiếm tỉ lệ cao nhất với 72,7%, do bệnh lý của thai phụ với 36,4%, do phần phụ của thai 27,3%, do đường sinh dục 18,2% và nghiên cứu không ghi nhận chỉ định MLT do yếu tố xã hội.

Về nguyên nhân do phần phụ của thai, ở thai phụ MLT con so, kết quả thấy rằng chỉ định MLT do ối vỡ non/ối vỡ sớm chiếm tỉ lệ cao nhất với 43,6% trong tổng số trường hợp thai phụ MLT nguyên nhân do phần phụ của thai và chiếm 20,5% trong tổng số trường hợp thai phụ MLT con so. Tỉ lệ này tương đồng với nghiên

cứu của Nguyễn Thị Minh Phương tỉ lệ chỉ định MLT do ối vỡ non/ối vỡ sớm trong số trường hợp thai phụ MLT nguyên nhân do phần phụ là 35,8%. [16] Riêng những thai phụ MLT lần đầu con rạ, chúng tôi thấy rằng chỉ định MLT do phần phụ của thai chỉ có nguyên nhân do thiếu ối chiếm 27,3% trong tổng số trường hợp MLT lần đầu con rạ.

Về nhóm nguyên nhân MLT do đường sinh dục, ở nhóm thai phụ MLT con so, kết quả cho thấy chỉ định MLT do cổ tử cung không tiến triển có 25 trường hợp, chiếm 69,4% trong tổng số các trường hợp chỉ định MLT nguyên nhân do đường sinh dục và chiếm 21,4% trong tổng số các trường hợp thai phụ MLT con so. Nghiên cứu của tác giả Phùng Ngọc Hân cũng ghi nhận nguyên nhân do cổ tử cung không tiến triển chiếm tỉ lệ cao nhất 58,3% trong tổng số các chỉ định MLT do đường sinh dục [9] và tỉ lệ này trong nghiên cứu của Phiewphone Sivongsa là 75%. [17] Ở nhóm thai phụ MLT lần đầu con rạ, kết quả nghiên cứu chúng tôi cũng ghi nhận có 4 trường hợp do cổ tử cung không tiến triển.

Về nhóm nguyên nhân do thai, nghiên cứu ghi nhận có bốn chỉ định MLT ở nhóm thai phụ sinh con so bao gồm suy thai, thai to, ngôi mặt và ngôi thóp trước. Nguyên nhân suy thai có 18 trường hợp, chiếm tỉ lệ cao nhất với 60% trong tổng số các chỉ định MLT do thai và 15,4% các trường hợp MLT con so. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phùng Ngọc Hân với nguyên nhân suy thai chiếm 57,4% nhóm nguyên nhân do thai.[9] Suy thai là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến chỉ định MLT. Suy thai có thể gây nguy hiểm tính mạng cho cả mẹ và thai nhi nếu không được can thiệp kịp thời, thông qua MLT sẽ giúp ngăn ngừa các biến chứng nặng nề hơn xảy ra. Tuy nhiên, không phải mọi trường hợp suy thai đều phải MLT, việc chỉ định MLT phải căn cứ vào mức độ suy thai, tình trạng của mẹ và thai nhi, đánh giá lợi ích so với nguy cơ. Ở nhóm thai phụ MLT lần đầu con rạ, kết quả ghi nhận có 12 trường hợp thai to chiếm tỉ lệ cao nhất với 54,5%. Chúng tôi khuyến nghị cần đánh giá trọng lượng thai nhi chính xác, tư vấn chế độ dinh dưỡng hợp lý để tránh tình trạng tăng cân quá mức trong quá trình mang thai, góp phần giảm thiểu tỉ lệ MLT do thai to.

Về nhóm nguyên nhân do bệnh lý của mẹ, nghiên cứu ghi nhận có 9 trường hợp MLT do thai phụ mắc bệnh đái tháo đường ở nhóm thai phụ sinh con so và 8 trường hợp ở nhóm thai phụ sinh con rạ. MLT do bệnh lý đái tháo đường thường là chỉ định dựa trên đánh giá toàn diện tình trạng của mẹ và thai nhi. Quyết định này phụ thuộc vào nhiều yếu tố như kích thước thai nhi, tình trạng kiểm soát đường huyết của mẹ và các biến chứng kèm theo.

Với xu hướng hiện nay, các yếu tố xã hội đã làm cho chỉ định MLT ngày càng tăng. Trong nghiên cứu chúng tôi ở nhóm thai phụ sinh có so có 19 trường hợp chỉ định MLT do con quý hiếm và 21 trường hợp MLT do con so lớn tuổi. Tỷ lệ vô sinh trên toàn cầu đã tăng lên đáng kể, kéo theo đó là sự gia tăng trong việc sử dụng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản như thụ tinh trong ống nghiệm. Những trường hợp mang thai sau điều trị vô sinh, đặc biệt là thụ tinh trong ống nghiệm, thường được coi là rất quý hiếm, do đó, việc bảo vệ an toàn tuyệt đối cho thai nhi trở nên ưu tiên hàng đầu trong các quyết định y khoa. Do đó, đối với các trường hợp con quý hiếm cần sự kết hợp giữa việc quản lý thai kỳ chặt chẽ, tư vấn tâm lý tốt, và tối ưu hóa các quyết định lâm sàng. Đối với nguyên nhân do con so lớn tuổi, yếu tố này không được coi là chỉ định MLT tuyệt đối, bởi vì tuổi mẹ chỉ là một trong những yếu tố gây dễ khó. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã chứng minh rằng nguy cơ MLT tăng lên theo tuổi mẹ. [13,15]

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy ở nhóm thai phụ MLT con so, chỉ định MLT do nhiều nguyên nhân chiếm tỷ lệ 46,2% và ở nhóm MLT lần đầu con rạ tỷ lệ này là 72,7%. Nghiên cứu của tác giả Tống Thị Khánh Hằng cho thấy tỷ lệ MLT do có một nguyên nhân là 56,8% và có nhiều nguyên nhân chiếm 43,2%. [10] Trong thực tế lâm sàng, có những chỉ định MLT tuyệt đối, như khung chậu hẹp, rau tiền đạo, sa dây rốn,... Những trường hợp này chỉ cần một lý do là đủ để đưa ra quyết định MLT. Tuy nhiên, đối với các chỉ định MLT tương đối, chẳng hạn như tuổi mẹ cao, tiền sử vô sinh, tiền sử sản khoa phức tạp,... các bác sĩ thường kết hợp thêm một số lý do khác để đưa ra quyết định MLT một cách thuyết phục và hợp lý.

## 5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ MLT lần đầu trong nghiên cứu là 47,6%, trong đó tỷ lệ MLT lần đầu con so là 59,4% và con rạ là 23,2%. Ở nhóm MLT con so, nhóm nguyên nhân chỉ định MLT chủ yếu là do phần phụ của thai chiếm tỷ lệ 47%, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là ối vỡ sớm/ối vỡ non. Ở nhóm MLT lần đầu con rạ, nguyên nhân chủ yếu ghi nhận là do thai to. Chúng tôi khuyến nghị cần giám sát chặt chẽ các chỉ định MLT, đặc biệt đối với các chỉ định như ối vỡ non, ối vỡ sớm. Bên cạnh đó, cần đánh giá trọng lượng thai nhi chính xác, tư vấn chế độ dinh dưỡng hợp lý để tránh tình trạng tăng cân quá mức trong quá trình mang thai, góp phần giảm thiểu tỷ lệ MLT do thai to.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Accessed 12 September, 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
2. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet*. Feb 6 2010; 375(9713):490-9. doi:10.1016/s0140-6736(09)61870-5
3. Nguyễn Thị Ngọc Khanh. Thái độ xử trí đối với sản phụ có sẹo mổ lấy thai cũ tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh năm 1993 - 1994. Công trình nghiên cứu Khoa học. Hà Nội; 1997:45-50.
4. Vương Tiến Hòa. Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai ở người đẻ con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2002. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2004; 31(5):79-84.
5. Mai Trọng Dũng, Nguyễn Đức Thắng, Phạm Hoài Sơn, Nguyễn Thị Hồng Phượng, Lê Linh Huyền. Phân tích các yếu tố liên quan đến chỉ định phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2021. *Tạp chí Phụ sản*. 2022; 20(3):46-49. doi:10.46755/vjog.2022.3.1506
6. Lê Hoài Chương, Mai Trọng Dũng, Nguyễn Đức Thắng, Đoàn Thị Thu Trang. Nhận xét thực trạng mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2017. *Tạp chí Phụ sản*. 2018; 16(01):92-96. doi:10.46755/vjog.2018.1.707

7. Nguyen AD, Duong GTT, Do DT, et al. Primary cesarean section rate among full-term pregnant women with non-previous uterine scar in a hospital of Vietnam. *Heliyon*. 2022/12/01/ 2022; 8(12):e12222. doi:<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e12222>
8. Giang HTN, Duy DTT, Hieu LTM, et al. Factors associated with the very high caesarean section rate in urban areas of Vietnam. *PLoS One*. 2022; 17(8):e0273847. doi:10.1371/journal.pone.0273847
9. Phùng Ngọc Hân, Lê Minh Tâm, Trương Quang Vinh. Chỉ định mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế. *Tạp chí Phụ sản*. 2017; 15(01):41-46.
10. Tống Thị Khánh Hằng, Phạm Mỹ Hoài, Hoàng Thị Ngọc Trâm. Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến mổ lấy thai con so đủ tháng tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 6/2019 đến tháng 5/2020. *Tạp chí Y Dược học*. 2020; 4:154-157.
11. Tô Mai Chi, Nguyễn Thị Diễm Thúy, Huỳnh Thanh Phong, Trần Đỗ Thanh Phong. Tỷ lệ mổ lấy thai và các yếu tố liên quan ở sản phụ mang thai con so tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Gia Lai năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024; 540(02):100-103.
12. Nguyễn Thị Lan Hương, Đỗ Thị Hằng Nga, Nguyễn Thanh Phong. Nhận xét về các chỉ định mổ lấy thai đối với sản phụ con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2014. *Tạp chí Phụ sản*. 2015; 13(1):39-42.
13. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. *Cesarean Delivery and Peripartum Hysterectomy*. Williams Obstetrics, 26e. McGraw Hill; 2022.
14. Khan MN, Islam MM, Shariff AA, Alam MM, Rahman MM. Socio-demographic predictors and average annual rates of caesarean section in Bangladesh between 2004 and 2014. *PLoS One*. 2017; 12(5):e0177579. doi:10.1371/journal.pone.0177579
15. Wu Y, Kataria Y, Wang Z, Ming WK, Ellervik C. Factors associated with successful vaginal birth after a cesarean section: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. Oct 17 2019; 19(1):360. doi:10.1186/s12884-019-2517-y
16. Nguyễn Thị Minh Phương. Nhận xét tỉ lệ và chỉ định mổ lấy thai ở 192 sản phụ sinh con con so đủ tháng, tại Bệnh viện Quân y 354, năm 2022. *Tạp chí Y học Quân sự*. 2024; (369):19-23. doi:<https://doi.org/10.59459/1859-1655/JMM.433>
17. Phiewphone Sivongsa, Phạm Bá Nha, Nguyễn Thái Giang. Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 534(01):205-208.