

# 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

Nguyễn Thị Minh Phương<sup>1\*</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét về tỉ lệ và chỉ định mổ lấy thai trên sản phụ sinh con so đủ tháng, tại Bệnh viện Quân y 354, năm 2022.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang 192 sản phụ sinh con so đủ tháng (mẹ và con đều sống sau sinh), tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Quân y 354 từ ngày 01/01/2022 đến ngày 31/12/2022.

**Kết quả:** Tỉ lệ mổ lấy thai là 47,9%, trong đó 38,0% sản phụ có chỉ định mổ vì 1 lí do, 62,0% sản phụ có chỉ định mổ vì nhiều lí do. Các lí do chỉ định mổ lấy thai trên 92 sản phụ gồm: do bệnh lí của mẹ (tăng huyết áp và tiền sản giật: 7,6%; sùi mào gà: 5,4%; trĩ: 4,3%; đái tháo đường: 3,2%), do thai nhi (thai to: 21,7%; thai suy: 18,5%; ngôi thai bất thường: 9,9%; thai đầu không lọt: 13,0%), do phần phụ thai (ối vỡ non và ối vỡ sớm: 35,8%; thiếu ối: 10,9%), do đường sinh dục (cổ tử cung không tiến triển: 19,6%; khung chậu hẹp: 9,8%). Tỉ lệ mổ lấy thai ở sản phụ từ 35 tuổi trở lên nhiều hơn ở sản phụ dưới 35 tuổi; ở sản phụ chiều cao dưới 150 cm nhiều hơn ở sản phụ chiều cao từ 150 cm trở lên; ở sản phụ cân nặng từ 70 kg trở lên nhiều hơn ở sản phụ cân nặng dưới 70 kg; ở sản phụ có thai nhi từ 3.500g trở lên nhiều hơn ở sản phụ có thai nhi dưới 3.500g; ở sản phụ ối vỡ non/ối vỡ sớm nhiều hơn ở sản phụ không có tình trạng ối vỡ non/ối vỡ sớm; sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê, với  $p < 0,05$ .

**Từ khóa:** Mổ lấy thai, con so đủ tháng, sản phụ.

## ASBTRACT

**Objectives:** To observe the rate and indications for cesarean section in pregnant women with full-term deliveries at Military Hospital 354 in 2022.

**Subjects and methods:** A retrospective study and cross-sectional description of 192 pregnant women with full-term deliveries (both mother and baby survived) at the Obstetrics Department, Military Hospital 354, from January 1, 2022, to December 31, 2022.

**Results:** The cesarean section rate was 47.9%, with 38.0% of cases having a single reason and 62.0% having multiple reasons. The reasons for cesarean section in 92 cases included maternal pathology (hypertension and preeclampsia: 7.6%; genital warts: 5.4%; hemorrhoids: 4.3%; diabetes: 3.2%), fetal conditions (macrosomia: 21.7%; fetal distress: 18.5%; abnormal fetal position: 9.9%; cephalopelvic disproportion (big head): 13.0%), placental conditions (amniotic fluid rupture: 35.8%; oligohydramnios: 10.9%), and genital tract (cervical dystocia: 19.6%; narrow pelvis: 9.8%). The rate of cesarean section in pregnant women aged 35 years and older was higher than in pregnant women under 35 years old; In pregnant women with a height of less than 150 cm was more than in pregnant women with a height of 150 cm or more, in pregnant women weighing 70 kg was more than in pregnant women weighing less than 70 kg; In pregnant women with fetuses weighing 3,500g or more was more than in pregnant women with fetuses weighing less than 3,500g; in pregnant women with amniotic fluid rupture was more than in pregnant women without amniotic fluid rupture, with statistically significant differences ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** Cesarean section, full-term deliveries, woman in childbirth

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Thị Minh Phương, Email:ntmphuong71@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/3/2023; mời phản biện khoa học: 3/2024; chấp nhận đăng: 15/4/2024.

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 354.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mang thai và sinh đẻ là “thiên chức” của người phụ nữ, song trong một số trường hợp, quá trình này gặp rất nhiều khó khăn. Cuộc chuyển dạ thuận

lợi và sinh lí nhất là đẻ qua đường âm đạo. Mổ lấy thai (MLT) chỉ được thực hiện khi có bất thường trong cuộc đẻ hay khi người thầy thuốc nhận định có thể nguy hiểm cho sản phụ (SP) hoặc thai nhi.

Năm 1985, Chương trình Chăm sóc sức khỏe cộng đồng quốc tế cho rằng tỉ lệ MLT lí tưởng từ 10-15% [1]. Tuy nhiên, trong 20 năm trở lại đây, tỉ lệ MLT trên thế giới (trong đó có Việt Nam) có xu hướng gia tăng [2]. Tỉ lệ MLT tại Hoa Kỳ tăng từ 20,7% năm 1996 lên 31,1% năm 2006 [3]; tại Hàn Quốc tăng từ 4% năm 1980 lên 40% vào năm 2000 [4]. Tại Việt Nam, một số thống kê cho thấy tỉ lệ MLT ở Bệnh viện Phụ sản Trung ương là 45,3% (năm 2008), 54,4% (năm 2017) [6]; ở Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là 57,9% (năm 2020) [7]; ở Bệnh viện Từ Dũ là 47,6% (năm 2015) [8].

Tỉ lệ MLT tăng, chỉ định MLT không đúng sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe của mẹ và trẻ sơ sinh (như biến chứng chảy máu, nhiễm khuẩn vết mổ...), đặc biệt các nguy cơ có thể gặp về sau (như rau cài răng lược, chửa ngoài tử cung, chửa tại sẹo mổ cũ, vô sinh do khuyết sẹo mổ lấy thai, vỡ tử cung...), hay các tai biến cho trẻ sơ sinh (như suy hô hấp sau mổ)... [9]. Hiện nay, chỉ định MLT đang được các nhà sản khoa quan tâm, đặc biệt ở nhóm con so. Vì nếu tỉ lệ MLT con so tăng sẽ làm tăng tỉ lệ MLT nói chung, tăng tỉ lệ các biến chứng cho mẹ và bé. Do vậy, việc kiểm soát và đưa ra những chỉ định MLT hợp lí ở nhóm thai phụ con so là việc làm cần thiết, góp phần giảm tỉ lệ MLT chung và giảm tỉ lệ MLT ở người có sẹo mổ cũ cho những lần đẻ sau.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định tỉ lệ MLT con so đủ tháng và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ MLT con so tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Quân y 354, năm 2022.

**2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

192 SP con so đủ tháng, vào sinh tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Quân y 354, từ ngày 01/01/2022-31/12/2022.

Lựa chọn các đối tượng nghiên cứu mà cả SP và trẻ sau sinh đều sống, có đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án lưu. Loại trừ các trường hợp thai dị dạng, thai bất thường.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, không đối chứng.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của SP nghiên cứu: tuổi, nghề nghiệp, chiều cao, cân nặng, bệnh lí kèm theo (tăng huyết áp, tiền sản giật, sản giật, bệnh tim, basedow...), phương thức đẻ (mổ đẻ, đẻ đường âm đạo), diễn biến trong chuyển dạ (rau tiền đạo, rau bong non, ối vỡ non, ối vỡ sớm...).

+ Đặc điểm chỉ định MLT: do mẹ, do thai, do phần phụ thai, do đường sinh dục, do tổng hợp các nguyên nhân).

+ Một số yếu tố liên quan đến chỉ định MLT (tuổi SP, chiều cao SP, cân nặng SP, trọng lượng thai, tình trạng ối...).

- Phương pháp xử lí số liệu: số liệu được xử lí theo phương pháp thống kê y học, phân tích trên phần mềm SPSS 16.0.

- Đạo đức: nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 354 chấp thuận; SP và người nhà hiểu, đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân BN được bảo mật và chỉ phục vụ mục tiêu nghiên cứu.

**3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung SP nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của SP (n = 192)**

	Đặc điểm SP	Số SP	Tỉ lệ
Tuổi	< 20	7	3,6%
	20-24	50	26,1%
	25-29	88	45,8%
	30-34	35	18,2%
	≥ 35	12	6,3%
Nghề nghiệp	Cán bộ viên chức	91	47,3%
	Công nhân	31	16,2%
	Học sinh sinh viên	10	5,2%
	Nội trợ	60	31,3%
Chiều cao	< 150 cm	19	9,9%
	≥ 150 cm	173	90,1%
Cân nặng	< 70 kg	165	85,9%
	≥ 70 kg	27	14,1%
Bệnh lí mẹ	Tăng huyết áp, tiền sản giật	11	5,7%
	Bệnh tim	0	0
	Đái tháo đường	7	3,7%
	Trĩ	5	2,6%
	Sùi mào gà	9	4,7%
	Không mắc bệnh	160	83,3%
Hình thức thụ thai	Thai tự nhiên	180	93,8%
	IUI	7	3,6%
	IVF	5	2,6%
Diễn biến chuyển dạ	Rau tiền đạo, rau bong non	1	0,5%
	Rau bám mép/bám màng	2	1,0%
	Thiếu ối	18	9,4%
	Ối vỡ non, ối vỡ sớm	51	26,6%
	Đa ối, dư ối	3	1,6%
	Bình thường	117	60,9%
Hình thức đẻ	Đẻ thường	100	52,1%
	Đẻ mổ	92	47,9%

**3.2. Đặc điểm chỉ định MLT**

**Bảng 2. Đặc điểm chỉ định MLT (n = 92)**

Đặc điểm, lí do chỉ định MLT		Số SP	Tỉ lệ %	Đặc điểm, lí do chỉ định MLT		Số SP	Tỉ lệ %
Số lí do/SP	1 lí do	35	38,0	Do thai	Thai suy	17	18,5
	≥ 2 lí do	57	62,0		Thai to	20	21,7
Do bệnh lí của SP	Tăng huyết áp, tiền sản giật	7	7,6		Ngôi bất thường	9	9,9
	Đái tháo đường	3	3,2		Cổ tử cung mở hết, đầu không lọt	12	13,0
	Trĩ	4	4,3		Đa thai (song thai)	1	1,1
	Sùi mào gà âm hộ, âm đạo	5	5,4	Thiếu ối	10	10,9	
Do đường sinh dục của SP	Bệnh khác (sốt, thiếu máu...)	5	5,4	Đa ối	2	2,2	
	Khung chậu hẹp, âm đạo chật	9	9,8	Do phần phụ thai	Rau bám màng, rau bám mép, dây rau quấn cổ	1	1,1
	Sẹo mổ cũ, bóc u xơ tử cung	1	1,1		Ới vỡ non, ối vỡ sớm	33	35,8
	Cổ tử cung không tiến triển	18	19,6		Rau bám tiền đạo, rau bong non	2	2,2
	Cơ co cứng tính tử cung, dọa vỡ tử cung	1	1,1				
Bệnh khác (polyp, u xơ...)	3	3,3					

**3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ MLT**

**Bảng 3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến chỉ định MLT ở SP nghiên cứu**

Tuổi		Đẻ mổ (n = 92)		Đẻ thường (n = 100)		p
		Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	
Tuổi SP	≥ 35 tuổi	11	91,7	1	8,3	< 0,01
	< 35 tuổi	81	45,0	99	55,0	
Chiều cao SP	< 150 cm	15	78,9	4	21,1	< 0,05
	≥ 150 cm	77	44,5	96	55,5	
Cân nặng SP	< 70 kg	74	44,8	91	55,2	< 0,05
	≥ 70 kg	18	66,7	9	33,3	
Cân nặng trẻ	≥ 3.500g	33	75,0	11	25,0	< 0,01
	< 3.500g	59	39,9	89	60,1	
Tình trạng ối	Vỡ non, vỡ sớm	33	64,7	18	35,3	< 0,05
	Bình thường	59	41,8	2282	58,2	

**4. BÀN LUẬN**

**4.1. Tỉ lệ MLT và chỉ định MLT**

Trong 192 SP con so đủ tháng vào sinh tại Bệnh viện Quân y 354 năm 2022, có 92 SP MLT, chiếm 47,4%. Tỉ lệ này cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Bùi Quang Trung năm 2009 (39,6%) [10], Nguyễn Thị Lan Hương năm 2014 (42,9%) [11]; song lại thấp hơn so với các nghiên cứu gần đây, như nghiên cứu của Vi Thị Nho năm 2019 (58,6%) [12], Tống Thị Khánh Hằng năm 2020 (57,4%) [7]. Tỉ lệ MLT con so ở một số nước trên thế giới gần đây ngày một gia tăng, trong đó có Việt Nam. Tại Hoa Kỳ, tỉ lệ MLT con so năm 1996 là 14,6%, năm 2004 là 20,6% [13]. Theo Cunningham [14], lí do MLT tăng lên là do tuổi sinh đẻ của các mẹ ngày càng

cao, hơn nữa, các thủ thuật đường dưới ngày càng ít được áp dụng. Bên cạnh đó, kinh tế xã hội phát triển, người có thu nhập cao thường tăng cường dinh dưỡng cho người mẹ mang thai, nên tỉ lệ thai nặng cân cũng tăng lên. Việc sử dụng rộng rãi máy theo dõi liên tục tim thai, cơ co tử cung nhằm phát hiện sớm thai có nguy cơ cũng góp phần làm tăng tỉ lệ MLT. Tỉ lệ thai ngôi mông chỉ định MLT (nhất là với con so) cũng có xu hướng gia tăng trên thế giới.

Tỉ lệ MLT kết hợp nhiều lí do chiếm 62,0%, cao hơn MLT bởi 1 lí do (38,0%); tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bình (2013) [6], Tống Thị Khánh Hằng (2020) [7]. Nếu SP có khung chậu hẹp, rau tiền đạo, rau bong non, vỡ tử cung, hết ối, suy thai cấp... thì chỉ cần 1 lí do để chỉ định tuyệt đối MLT. Còn với các chỉ định tương đối MLT, các

bác sĩ thường kết hợp 2 lí do trở lên để đưa ra chỉ định cho hợp lí và chặt chẽ để đề phòng những khiếm nại từ phía gia đình SP.

Chỉ định MLT do bệnh lí mẹ: tăng huyết áp, tiền sản giật chiếm tỉ lệ cao nhất (7,6%) và cao hơn so với tỉ lệ tiền sản giật trong các nghiên cứu của Tổng Thị Khánh Hằng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (3,6% [7]), của Vương Tiến Hòa tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2002 (5,4% [15]). Điều này có thể do chúng tôi đã kết hợp cả 2 lí do (tiền sản giật và tăng huyết áp đơn thuần) trên SP để chỉ định MLT. Chỉ định MLT do đường sinh dục SP: nguyên nhân chủ yếu là do cổ tử cung không tiến triển (19,6%) và do khung chậu (9,8%). Các nguyên nhân khác như cơn co tử cung cường tính, sẹo mổ bóc u xơ tử cung, polyp, u xơ tử cung, u nang buồng trứng... rất ít.

Chỉ định MLT do thai: nguyên nhân chủ yếu do thai to (21,7%), thai suy (18,5%), cổ tử cung mở hết nhưng đầu không lọt (13,0%), ngôi thai bất thường (9,9%). Chỉ định MLT do thai to của chúng tôi tương tự với Tổng Thị Khánh Hằng (23,0% [7]). Trong khi chuyển dạ, nếu thai to gây bất tương xứng với khung chậu có thể dẫn đến nguy cơ cho mẹ và thai, như cơn co tử cung cường tính, vỡ tử cung, chuyển dạ kéo dài, suy thai... Chỉ định MLT do thai suy chiếm 18,5%, tương đương kết quả của Vũ Mạnh Cường (18,1%) và thấp hơn so với kết quả của Tổng Thị Khánh Hằng (25,7% [7]). Các trường hợp thai suy được chẩn đoán dựa vào màu sắc ối, nhịp tim thai thay đổi trên monitoring. Chỉ định MLT do đầu không lọt chiếm 13,0%, tương đương kết quả của Đỗ Quang Mai (năm 1996 là 14,08%, năm 2006 là 12,43% [16]) và cao hơn so với Nguyễn Thị Anh (6,4% năm 2013 và 5,2% năm 2018 [17]). Nguyên nhân đầu không lọt có thể do thai to, ngôi bất thường, dây rau quấn cổ... Đây là chỉ định MLT tuyệt đối, song phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của bác sĩ để không bỏ lỡ cơ hội thời gian.

Chỉ định MLT do phần phụ của thai gồm các nguyên nhân thiếu ối, đa ối, ối vỡ non, ối vỡ sớm, rau tiền đạo, rau bong non, rau bám màng/bám mép, dây rau quấn cổ. Trong đó, lí do ối vỡ non, ối vỡ sớm chiếm tỉ lệ cao nhất (35,8%), thiếu ối 10,9%, đa ối 2,2%, rau tiền đạo, rau bong non chiếm 2,2%, rau cuốn cổ 3 vòng 1,1%. Tỉ lệ chỉ định MLT do ối vỡ non, ối vỡ sớm cao nhất, tương đương với kết quả của Đỗ Quang Mai (45,07% năm 1996 và 45,83% năm 2006 [16]), Tổng Thị Khánh Hằng (25,2% năm 2020 [7]).

#### 4.2. Một số yếu tố liên quan đến chỉ định MLT con so đủ tháng

Tỉ lệ MLT ở nhóm SP  $\geq 35$  tuổi là 91,7%, cao hơn ở nhóm SP  $< 35$  tuổi (45,0%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Theo Hiệp hội Y học sinh sản Hoa Kỳ, độ tuổi tốt nhất để người mẹ có

con là từ 20-30 tuổi; khi 30 tuổi, khả năng sinh sản đã giảm nhẹ và từ 35 tuổi, khả năng sinh sản giảm rõ rệt. Phụ nữ tuổi càng cao càng gặp nhiều khó khăn từ lúc thụ thai đến khi sinh, đặc biệt là với thai con so. Thực tế, những phụ nữ con so lớn tuổi khi đi sinh không được coi là chỉ định MLT tuyệt đối, mà chỉ là một yếu tố gây đề khó. Tuy nhiên, các tác giả trong nước và quốc tế đều nhận thấy nguy cơ MLT tăng tỉ lệ thuận với tuổi mẹ. Cnattingius R và Notzon F.C nghiên cứu tại Thụy Điển năm 1998, thấy tỉ lệ MLT con so ở SP trên 35 tuổi cao gấp 4,4 lần ở SP 30-34 tuổi và cao gấp 2,6 lần so với SP dưới 30 tuổi [18]. Kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Bé Lan năm 2019 tại Thành phố Trà Vinh thấy những thai phụ trên 35 tuổi có nguy cơ sinh mổ cao gấp 2,3 lần so với những đối tượng dưới hoặc bằng 35 tuổi [19].

Tỉ lệ MLT ở SP chiều cao  $< 150$  cm là 78,9%, cao hơn ở nhóm SP chiều cao  $\geq 150$  cm (44,5%), khác biệt với  $p < 0,05$ . Kết quả này tương tự nghiên cứu của Tổng Thị Khánh Hằng năm 2020 [7]. Những SP chiều cao dưới 145 cm thường được coi là khung chậu hẹp và đều được chỉ định MLT. Theo Trần Thị Trung Chiến (2002): phụ nữ dưới 145 cm mang yếu tố nguy cơ lớn cho thai sản, khi đẻ có tỉ lệ chết chu sinh cao (41,1%) [20]. Nhóm SP cân nặng  $\geq 70$  kg thì tỉ lệ MLT là 66,7%, cao hơn nhóm SP cân nặng  $< 70$ kg (tỉ lệ MLT là 44,8%), khác biệt với  $p < 0,05$ . Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Tổng Thị Khánh Hằng [7]. Theo y văn, cân nặng tăng cho phép đối với thai phụ từ 9-12 kg (trung bình 10 kg). Việc tăng cân quá mức sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và ảnh hưởng các yếu tố trong chuyển dạ.

Kết quả sơ sinh trọng lượng  $\geq 3.500$ g chiếm tỉ lệ trong MLT là 75,0%, cao hơn tỉ lệ MLT ở nhóm trẻ sơ sinh  $< 3.500$ g (39,9%), khác biệt với  $p < 0,01$ . Kết quả này tương tự nghiên cứu của Tổng Thị Khánh Hằng [7], Lâm Đức Tâm [21]. Tác giả này cho rằng có sự liên quan giữa trọng lượng thai và phương pháp sinh (tỉ lệ MLT cao gấp 2,64 lần so với sinh đường âm đạo khi trọng lượng thai  $\geq 3.500$ g). Điều này phù hợp với y văn và các nghiên cứu khác vì khi sinh, thai to có nguy cơ mắc vai, tổn thương đám rối thần kinh cánh tay... là những yếu tố rất đáng lo ngại. Theo kết quả nghiên cứu tỉ lệ MLT do ối vỡ non, ối vỡ sớm là 64,7%, cao hơn tỉ lệ MLT không có ối vỡ non, ối vỡ sớm (41,8%), khác biệt với  $p < 0,01$ . Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Tổng Thị Khánh Hằng [7]. Ối vỡ non, ối vỡ sớm không phải là chỉ định tuyệt đối MLT, nhưng là nguyên nhân gián tiếp gây ra đề khó bởi cản trở sự xóa mở cổ tử cung, làm cho ngôi thai bình chỉnh không tốt, dễ sa dây rau và tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, suy thai, chuyển dạ kéo dài, rối loạn cơn co tử cung. Theo Nguyễn Đức Vy [22], việc cố gắng bảo tồn đầu ối cho tới khi cổ tử cung

mở 7 cm vẫn là một biện pháp kinh điển để giúp một cuộc chuyển dạ đường âm đạo dễ dàng hơn.

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 192 SP con so đủ tháng, vào sinh tại Bệnh viện Quân y 354, năm 2022, kết quả:

- Có 92 SP mổ lấy thai, chiếm tỉ lệ 47,9% trong số 192 SP vào sinh. Trong đó, tỉ lệ mổ lấy thai bởi 1 lí do là 38,0%, nhiều lí do là 62,0%. Các lí do chỉ định mổ lấy thai trên 92 SP gồm: do bệnh lí của mẹ (tăng huyết áp và tiền sản giật: 7,6%; sùi mào gà: 5,4%; trĩ: 4,3%; đái tháo đường: 3,2%), do thai nhi (thai to: 21,7%; thai suy: 18,5%; ngôi thai bất thường: 9,9%; thai đầu không lọt: 13,0%), do phần phụ thai (ối vỡ non và ối vỡ sớm: 35,8%; thiếu ối: 10,9%), do đường sinh dục (cổ tử cung không tiến triển: 19,6%; khung chậu hẹp: 9,8%).

- Tỉ lệ mổ lấy thai ở SP từ 35 tuổi trở lên nhiều hơn ở SP dưới 35 tuổi; ở SP chiều cao dưới 150 cm nhiều hơn ở SP chiều cao từ 150 cm trở lên; ở SP cân nặng từ 70 kg trở lên nhiều hơn ở SP cân nặng dưới 70 kg; ở SP có thai nhi từ 3.500g trở lên nhiều hơn ở SP có thai nhi dưới 3.500g; ở SP ối vỡ non/ ối vỡ sớm nhiều hơn ở SP không có tình trạng ối vỡ non/ối vỡ sớm; sự khác biệt đều ý nghĩa thống kê, với  $p < 0,05$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- M.R Torloni (2016), "WHO statement on Cesarean Section Rates", *An international Journal of Obstetrics And Gynaecology*, 123 (5), pp. 1-4.
- Vũ Thị Nhung (2014), "Tình hình MLT trên thế giới và Việt Nam", *Thời sự y học*, 76 (1), tr. 16-19.
- Marian F MacDorman, Fay Menacker, Eugene Declercq (2008), "Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes", *Clinics in perinatology*, 35 (2), pp. 293-307.
- Agnus M Kim, Jong Heon Park, Sungchan Kang, et al. (2019), "An ecological study of geographic variation and factors associated with cesarean section rates in South Korea", *BMC pregnancy and childbirth*, 19 (1), pp. 1-8.
- Jeffrey D Quinlan, Neil J Murphy (2015), "Cesarean delivery: counseling issues and complication management", *American family physician*, 91 (3), pp. 178-184.
- Lê Hoài Chương (2018), "Nhận xét thực trạng MLT tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2017", *Tạp chí Phụ sản*, 16 (01), tr. 92-95.
- Tổng Thị Khánh Hằng (2020), "Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến MLT con so đủ tháng tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, từ tháng 6/2019 đến tháng 5/2020", Luận văn bác sĩ nội trú.
- Lê Quang Thanh (2016), "Chiến lược giảm tỉ lệ mổ lấy thai", Hội nghị Sản phụ khoa Việt Pháp, lần thứ 16, tr. 33-49.
- Vũ Thị Nhung (2014), "Lợi ích và nguy cơ của mổ lấy thai", *Thời sự y học*, 8.
- Bùi Quang Trung (2010), *Nghiên cứu MLT con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 6 tháng cuối năm 2004 và 2009*, Luận văn thạc sĩ y học, 2010, Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Thị Hiền (2017), *Nghiên cứu các chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2016*, Luận văn thạc sĩ, 2017, Đại học Y Hà Nội.
- Vi Thị Nho (2019), *Nghiên cứu tỉ lệ MLT ở SP để con so tại Bệnh viện Quan Hóa 6 tháng đầu năm 2019*, Luận văn tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, 2019, Đại học Y Hà Nội.
- Arialdi M Miniño, Melonie P Heron, Betty L Smith (2006), "Deaths: preliminary data for 2004", *National vital statistics reports*, 54 (19), pp.1-49.
- F Cunnigham, P Mcdonald, K Levenok (1993), *Cesarean section and Cesarean hysterectomy*.
- Vương Tiến Hòa (2004), "Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai ở người đẻ con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2002", *Nghiên cứu y học*, (Số 5), tr. 79-84.
- Đỗ Quang Mai (2007), *Nghiên cứu tình hình MLT ở SP con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 1996-2006*, Luận văn thạc sĩ y học, 2007, Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Thị Anh, Nguyễn Thị Kim Tiến, Nguyễn Xuân Thành (2019), "So sánh chỉ định MLT con so tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2013 và 2018", *Tạp chí Khoa học và Công nghệ*, Đại học Thái Nguyên, 194 (01), tr. 145-150.
- Francis C Notzon, Sven Cnattingius, Per Bergsjø, et al. (1994), "Cesarean section delivery in the 1980's: International comparison by indication", *American journal of obstetrics and gynecology*, 170 (2), pp. 495-504.
- Phạm Thị Bé Lan (2019), "Thực trạng MLT và một số yếu tố liên quan tại thành phố Trà Vinh, tỉnh Trà Vinh năm 2018", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 2 (23), tr. 141-146.
- Trần Thị Trung Chiến (2002), *Chết chu sinh ở Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
- Lâm Đức Tâm, Lưu Thị Trâm Anh, Nguyễn Vũ Quốc Huy (2016), "Nghiên cứu tỉ lệ và các yếu tố liên quan thai to tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ, năm 2015", *Tạp chí Phụ sản*, 14 (3), tr. 31-37.
- Nguyễn Đức Vy (2002), *Các chỉ định MLT*, Bài giảng sản phụ khoa tập II, Nhà xuất bản Y học Hà Nội. □