

CURRENT STATUS OF INDICATIONS FOR PRIMARY CESAREAN SECTION IN NULLIPAROUS PREGNANT WOMEN WITH FULL TERM GESTATIONAL AGE AT VINH PHUC PROVINCIAL OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Vu Thi Hao^{1*}, Nguyen Thi Binh², Nguyen Thi Mo²

¹Vinh Phuc Provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital

²TNU - University of Medicine and Pharmacy

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Received: 18/10/2023	In recent years, indication for cesarean section, both in first-born and multiple-born babies, have received attention from obstetricians, especially in the first-born group. Controlling and providing reasonable indications for cesarean section in pregnant women with first children is necessary to contribute to reducing the cesarean section rate. With the goal of reviewing some indications for cesarean section in full-term pregnant women at Vinh Phuc provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2022-2023, we conducted research on 400 medical records, pregnant women giving birth to their first child with a gestational age of 37 weeks or more who had a cesarean section at Vinh Phuc Obstetrics and Pediatrics Hospital from April 1, 2022 to April 30, 2023. Through the cross-sectional descriptive research method, we have obtained the following results: The overall cesarean section rate at Vinh Phuc Provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital is 41.13%, of which cesarean section for first-borns accounts for 49.49%. Cesarean section for first-borns of the total number of cesarean sections accounted for 17.47%. The most common indication for cesarean section for first-born babies is due to pregnancy (44.3%). Of these, fetal macrosomia is the most common indication for cesarean section.
Revised: 29/11/2023	
Published: 30/11/2023	
KEYWORDS	
Caesarean section	
Nulliparous	
Gestational age	
Labor	
Fetus	

THỰC TRẠNG CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI Ở SẢN PHỤ CON SO ĐỦ THÁNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH VINH PHÚC

Vũ Thị Hảo^{1*}, Nguyễn Thị Bình², Nguyễn Thị Mơ²

¹Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Vĩnh Phúc, ²Trường Đại học Y Dược - ĐH Thái Nguyên

THÔNG TIN BÀI BÁO	TÓM TẮT
Ngày nhận bài: 18/10/2023	Trong những năm gần đây, chỉ định mổ lấy thai cả ở con so và con rạ đang được các nhà sản khoa quan tâm, đặc biệt ở nhóm con so. Việc kiểm soát và đưa ra những chỉ định mổ lấy thai hợp lý ở thai phụ con so là việc làm cần thiết góp phần làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai. Với mục tiêu nhận xét một số chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so đủ tháng tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Vĩnh Phúc năm 2022-2023, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 400 hồ sơ bệnh án, sản phụ đến đẻ con so có tuổi thai từ 37 tuần trở lên đã được mổ lấy thai tại Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc từ 01/04/2022 đến 30/04/2023. Qua phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, chúng tôi đã thu được kết quả như sau: Tỷ lệ mổ lấy thai chung tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Vĩnh Phúc là 41,13%, trong đó mổ lấy thai con so trên tổng số đẻ con so chiếm tỷ lệ 49,49% và mổ lấy thai con so trên tổng số mổ lấy thai chiếm 17,47%; chỉ định mổ lấy thai con so thường gặp nhất là do thai (44,3%), trong đó thai to là chỉ định mổ lấy thai do thai hay gặp nhất.
Ngày hoàn thiện: 29/11/2023	
Ngày đăng: 30/11/2023	
TỪ KHÓA	
Mổ lấy thai	
Con so	
Tuổi thai	
Chuyển dạ	
Thai nhi	

DOI: <https://doi.org/10.34238/tnu-jst.9003>

* Corresponding author. Email: drvuhaio1980@gmail.com

1. Đặt vấn đề

Mổ lấy thai (MLT) là một phẫu thuật ngoại khoa mở bụng và tử cung (TC) để lấy thai, phân phụ của thai ra khỏi bụng mẹ [1], [2]. Tỷ lệ MLT ở nhiều nước trên thế giới tăng nhanh trong vòng 20 năm trở lại đây. Dữ liệu mới nhất hiện có (2010-2018) từ 154 quốc gia chiếm 94,5% số ca sinh sống trên thế giới cho thấy 21,1% phụ nữ sinh mổ trên toàn thế giới, trung bình dao động từ 5% ở châu Phi cận Sahara đến 42,8% ở châu Mỹ Latinh và Ca-ri-bê [3]. Tại Việt Nam, tỷ lệ phẫu thuật lấy thai ngày càng tăng, theo nghiên cứu của Bệnh viện Phụ sản Trung ương (BVPSTU) qua các năm 2000 là 35,10%, năm 2005 là 39,15%, năm 2008 là 40%, năm 2017 là 54,4% [4], đến năm 2021 là 54,96% [5]. Tỷ lệ MLT ở Bệnh viện Trung ương Huế cũng tương đối cao lên đến 57,57% [6]. Tại Bệnh viện Từ Dũ, tỷ lệ MLT là 45,2% [7].

Trong những năm gần đây, nhiều chỉ định MLT cả ở con so và con rạ đang được các nhà sản khoa quan tâm, đặc biệt ở nhóm con so. Vì nếu tỷ lệ MLT, đặc biệt là MLT ở con so tăng sẽ làm tăng tỷ lệ MLT nói chung. Do đó kiểm soát và đưa ra những chỉ định MLT hợp lý ở thai phụ con so là việc làm cần thiết góp phần làm giảm tỷ lệ MLT nói chung và tỷ lệ MLT ở người có sẹo mổ cũ ở tử cung cho lần đẻ sau.

Chỉ định MLT được chia làm nhiều nhóm nguyên nhân khác nhau. Theo nghiên cứu của Nguyễn Quảng Bắc, chỉ định MLT do cổ tử cung không tiến triển chiếm tỉ lệ nhiều nhất (26,81%) [8]. Theo Wasim Khasawneh và cộng sự, chỉ định MLT do suy thai chiếm 15,5% [9]. Theo Dalya Thamer Ahmed và cộng sự cho thấy tỷ lệ phụ nữ có thiếu ối sinh mổ cao nhất (68,57%) [10].

Tại Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc hàng năm đã tiến hành mổ lấy thai cho hàng nghìn thai phụ. Tỷ lệ mổ lấy thai, đặc biệt là tỷ lệ mổ lấy thai con so, chiếm tỷ lệ tương đối cao và tăng trong những năm gần đây: năm 2017 tỷ lệ MLT con so chiếm 15,35% trong tổng số đẻ, năm 2019 chiếm 16,87%, đến năm 2021 tăng lên 17,15%. Tuy nhiên, các chỉ định MLT đã phù hợp hay chưa còn là vấn đề tranh luận, chưa thực sự rõ ràng. Với mong muốn tìm hiểu thêm về vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu thực trạng chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so đủ tháng tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Vĩnh Phúc với mục tiêu: *Nhận xét một số chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so đủ tháng tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Vĩnh Phúc năm 2022-2023.*

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Sản phụ con so tuổi thai từ ≥ 37 tuần (tính theo ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối hoặc theo dự kiến sinh), được mổ lấy thai tại Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc.
- Các hồ sơ bệnh án phải đảm bảo đủ thông tin cần thiết theo tiêu chuẩn của nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân được MLT tại nơi khác.
- Hồ sơ bệnh án không đủ các thông số (biến số) nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: z là độ tin cậy 95%, p=23% là tỷ lệ mổ lấy thai con so đủ tháng do thai to theo nghiên cứu của Tổng Thị Khánh Hằng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2020 [11], d=0,05 là độ chính xác mong muốn. Thay vào công thức trên ta được cỡ mẫu tối thiểu là 400 sản phụ.

2.2.3. *Phương pháp thu thập thông tin*: Thu thập thông tin theo mẫu định sẵn dựa vào bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.3. *Phương pháp xử lý số liệu*: Số liệu được nhập, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0, kiểm định bằng các thuật toán thống kê y học.

3. Kết quả và bàn luận

3.1. Tỷ lệ mổ lấy thai

Bảng 1. Tỷ lệ mổ lấy thai ở sản phụ con so trong thời gian nghiên cứu

Tình hình đẻ trong năm 2022-2023	Số lượng	Tỷ lệ %
Tổng số đẻ đường âm đạo (ÂĐ)	4616	58,87
Tổng số mổ lấy thai chung	3225	41,13
Tỷ lệ MLT ở sản phụ con so		
Số sản phụ con so tuổi thai ≥ 37 tuần đẻ đường ÂĐ	1398	50,51
Số sản phụ con so tuổi thai ≥ 37 tuần MLT	1370	49,49
Tỷ lệ MLT ở sản phụ con so tuổi thai ≥ 37 tuần		17,47

Từ bảng 1 chúng tôi thấy rằng, trong thời gian từ ngày 01/04/2022 đến 30/04/2023, tỷ lệ MLT chung tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Vĩnh Phúc là 41,13% trong tổng số đẻ chung. Tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn nhiều so với tỷ lệ MLT trong nghiên cứu của Mai Trọng Dũng tại BVPSTU là 54,96% [5]. Điều này có thể được giải thích là do: Thứ nhất, BVPSTU là bệnh viện đầu ngành về sản khoa nên những bà mẹ có chỉ định MLT rõ ràng thường chuẩn bị trước để khám và phẫu thuật, mong muốn của họ là được chăm sóc với kỹ thuật tốt nhất; thứ hai, có thể do giá thành mỗi ca phẫu thuật hiện nay giữa các bệnh viện chênh lệch không nhiều, cùng một mức viện phí thì người bệnh có xu hướng đến những nơi có trình độ khoa học cao hơn; hơn nữa, BVPSTU là nơi cung cấp dịch vụ hỗ trợ sinh sản lớn của cả nước, những người sử dụng dịch vụ này thường là con quý, con hiếm và họ thường chủ động đề nghị MLT nên cũng làm cho tỷ lệ MLT tăng lên. Ngoài ra, tỉnh Vĩnh Phúc và đặc biệt là huyện Yên Lạc là nơi tiếp giáp với thủ đô Hà Nội, vì nguyên nhân đó kết hợp với những lý do nêu trên nên càng làm cho tỷ lệ MLT giữa 2 bệnh viện chênh lệch nhau như vậy.

Có 1370 sản phụ con so tuổi thai ≥ 37 tuần mổ lấy thai, chiếm 17,47% trong tổng số đẻ chung. Tỷ lệ này cho thấy có sự tăng lên về tỷ lệ MLT con so đủ tháng so với những năm gần đây tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Vĩnh Phúc. Kết quả này của chúng tôi cũng giống như nghiên cứu của Amey Chugh và cộng sự, tỷ lệ sinh mổ lần đầu tại viện nghiên cứu tăng từ 17% (trong năm 2018-2019) lên 31,2% trong năm 2022 [12].

3.2. Các chỉ định mổ lấy thai

Nghiên cứu của chúng tôi chia chỉ định mổ lấy thai thành 6 nhóm chính: nhóm MLT do đường sinh dục, nhóm do bệnh lý của mẹ, nhóm do thai, nhóm do phần phụ của thai, nhóm do yếu tố xã hội và kết hợp nguyên nhân.

Bảng 2. Các nhóm chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so

Nhóm chỉ định	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Do đường sinh dục	27	6,7
Do bệnh lý của mẹ	23	5,7
Do thai	177	44,3
Do phần phụ của thai	76	19,0
Do yếu tố xã hội	15	3,8
Kết hợp nguyên nhân	82	20,5
Tổng số	400	100

Kết quả tại bảng 2 cho thấy, nhóm nguyên nhân do thai chiếm tỷ lệ cao nhất 44,3%, nhóm do yếu tố xã hội chiếm tỷ lệ thấp nhất là 3,8%. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Minh và cộng sự khi trong nghiên cứu của họ thì nhóm chỉ định MLT do đường

sinh dục chiếm tỉ lệ nhiều nhất (53,9%), nhóm chiếm tỉ lệ thấp nhất là nguyên nhân về phía mẹ (16%) [13]. Nghiên cứu hồi cứu của Mittal và cộng sự ghi nhận nguyên nhân sinh mổ chủ động hay gặp nhất là do thai (suy thai, ngôi bất thường, đa thai) với khoảng 85%, nguyên nhân sản khoa 10% (gồm rau tiền đạo, rau cài răng lược, rau bong non, sa dây rốn), do đường sinh dục khoảng 20% và do mẹ chỉ chiếm 1-2% số trường hợp [14]. Như vậy, có thể thấy phân bố chỉ định MLT rất thay đổi giữa các nghiên cứu khác nhau. Từ bảng 2 cũng cho thấy chỉ định mổ kết hợp các yếu tố trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ khá cao. Các yếu tố kết hợp thường là do thai (thai to, đa thai,...) kết hợp với các yếu tố do bệnh lý mẹ (mẹ mắc bệnh tim, đái tháo đường...) hoặc các yếu tố xã hội (mẹ lớn tuổi, vô sinh, xin mổ...). Điều này có thể giải thích bởi một số lý do như: trong trường hợp mẹ lớn tuổi sẽ có nguy cơ kết hợp thêm yếu tố vô sinh hoặc phụ nữ vô sinh trước đó, khi muốn có con các sản phụ này thường phải sử dụng biện pháp hỗ trợ sinh sản, khi thực hiện chuyển phôi đa số họ sẽ lựa chọn chuyển 2-3 phôi, từ đó họ sẽ mang đa thai, hoặc nếu chuyển 1 phôi thì thường các trường hợp con quý hiếm sẽ được chăm sóc rất tốt khiến cho thai to. Trong những trường hợp này, khi chỉ định mổ bác sĩ sẽ kết hợp tất cả các yếu tố để đảm bảo chỉ định của mình được chính xác hơn, tránh tình trạng “kiện cáo” có thể xảy ra bất cứ khi nào trong y khoa hiện nay, đặc biệt trong các trường hợp gia đình xin mổ, con quý hiếm, hiếm muộn...

Trong nghiên cứu có 49 trường hợp chỉ định mổ do đường sinh dục của mẹ, trong đó bao gồm các nguyên nhân như: cổ tử cung không tiến triển (8,0%), con co tử cung cường tính (2,5%), khung chậu bất thường (1,3%), có 2 trường hợp khối u tiền đạo và vách ngăn âm đạo (0,5%) (Bảng 3).

Bảng 3. Chỉ định mổ lấy thai do đường sinh dục

Chỉ định do đường sinh dục mẹ	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Do khung chậu bất thường	05	1,3
Dọa vỡ tử cung, con co tử cung cường tính	10	2,5
Cổ tử cung không tiến triển	32	8,0
Khác (khối u tiền đạo, vách ngăn âm đạo)	02	0,5
Tổng số	400	

Cổ tử cung không tiến triển là nguyên nhân thường gặp nhất trong nhóm MLT do đường sinh dục của mẹ, kết quả này của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Đỗ Thị Như Quỳnh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội (8,0%) [15]. Tỉ lệ chỉ định MLT do con co TC cường tính của chúng tôi là 2,5%, cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Tống Thị Khánh Hằng (0,9%) [11]. Trong những năm gần đây, tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng oxytocin gây chuyển dạ chủ động hoặc hỗ trợ khi con co TC thừa ngày càng tăng thì nguy cơ dọa vỡ TC cũng sẽ ngày càng tăng. Điều này rất dễ xảy ra nếu sản phụ không được theo dõi bằng biểu đồ chuyển dạ một cách hệ thống và bài bản, đặc biệt quan trọng là nếu người thầy thuốc không có kinh nghiệm trong theo dõi và tiên lượng đẻ.

Bảng 4. Chỉ định mổ lấy thai do bệnh lý của mẹ

Chỉ định do bệnh lý mẹ	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tiền sản giật/ sản giật	17	4,3
Basedow	01	0,3
Bệnh tim	01	0,3
Bệnh khác	29	7,3
Tổng số	400	

Từ kết quả tại bảng 4 cho thấy tỉ lệ chỉ định MLT do bệnh lý tiền sản giật/ sản giật chiếm 4,3%. Tỉ lệ này của chúng tôi cũng gần tương đương với nghiên cứu của Bùi Thị Thu Hà năm 2017 tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Giang là 3,6% [16]. Tiền sản giật là một rối loạn đa hệ thống của thai kỳ và vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho bà mẹ và thai nhi [17]. Trong nhiều nghiên cứu đã thấy rằng, MLT do tiền sản giật - sản giật gần như luôn đứng đầu trong nhóm nguyên nhân do mẹ. Điều này cũng dễ hiểu vì theo thống kê trong những năm gần đây tỉ lệ tăng

huyết áp thai kỳ đang ngày càng tăng, đe dọa tính mạng mẹ và thai cũng như làm tăng nguy cơ sinh mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 01 sản phụ mắc bệnh tim, chiếm 0,3%. Tỷ lệ này là tương đối thấp, có thể do hậu quả của nhiễm liên cầu khuẩn tan huyết nhóm B đã giảm, mặt khác, các trường hợp bệnh tim bẩm sinh như thông liên nhĩ, thông liên thất, rối loạn nhịp tim... đã được sàng lọc, phát hiện và điều trị sớm ngay từ lứa tuổi nhi đồng, thanh thiếu niên.

Các bệnh khác của mẹ như: đái tháo đường, Basedow, lupus ban đỏ, hen phế quản, máu tăng đông, sỏi mật, viêm gan, sốt cao không rõ nguyên nhân, u xơ tử cung... cũng chiếm tỷ lệ khá cao trong chỉ định MLT. Theo quan điểm của chúng tôi, các chỉ định MLT vì những lý do này là hợp lý bởi cuộc chuyển dạ từ những sản phụ này chứa rất nhiều các biến cố khó lường và cần theo dõi hết sức chặt chẽ. Chỉ định MLT để tránh những nguy cơ đáng tiếc xảy ra cho mẹ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm chỉ định MLT do thai được chia thành 6 chỉ định gồm do thai to, suy thai, thai quá ngày sinh, đa thai, đầu không lọt và ngôi bất thường.

Bảng 5. Chỉ định mổ lấy thai do thai

Chỉ định do thai	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thai to	94	23,5
Suy thai	34	8,5
Thai quá ngày sinh	31	7,8
Đa thai	23	5,8
Đầu không lọt	30	7,5
Ngôi bất thường	42	10,5
Tổng số	400	

Trong nhóm này, tỷ lệ chỉ định MLT do thai to chiếm tỷ lệ cao nhất (23,5%), tương đương với kết quả trong nghiên cứu của Tổng Thị Khánh Hằng là 23% [11], nhưng cao hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Xuân Minh (13,1%) [13]. Ngôi bất thường (ngôi mông, ngôi ngang, ngôi thóp trước, ngôi trán) cũng là một chỉ định chiếm tỷ lệ khá cao. Ngày nay, chỉ định MLT do ngôi mông ngày càng tăng lên, góp phần làm tăng tỷ lệ MLT. Trên lâm sàng, đây là một khuyến nghị được nhiều tác giả đặt ra do có thể làm giảm nguy cơ mắc đầu hậu, sa dây rau, suy thai...

Một trong những chỉ định MLT do thai đáng kể tới đó là suy thai chiếm tỷ lệ 8,5%. Tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn so với nhiều nghiên cứu khác như của tác giả Begum (21%) [18], tác giả Maskey (28%) [19]. Có thể thấy rằng, việc chẩn đoán suy thai ngày càng trở nên chính xác hơn nhờ sự tiến bộ của các phương pháp thăm dò thai như monitoring, doppler...

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 23 trường hợp đa thai chiếm 5,8% tổng số chỉ định MLT, 22 trường hợp là song thai và 01 trường hợp thai ba. Tỷ lệ này của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Minh (2,3%) [13]. Thời gian gần đây, nhờ sự tiến bộ trong điều trị vô sinh hiếm muộn, trong đó có biện pháp dùng thuốc kích thích phóng noãn làm nhiều nang noãn phát triển, bơm tinh trùng, thụ tinh trong ống nghiệm hoặc chuyển nhiều phôi trong cùng một lần. Những yếu tố trên đã góp phần làm tăng tỷ lệ đa thai. Trong nghiên cứu có 8 trường hợp mẹ vô sinh cần hỗ trợ sinh sản. Như chúng ta đã biết, đa thai là một trường hợp dễ khó nguy cơ chuyển dạ kéo dài nhưng quan trọng nhất là tai biến khi đẻ thai thứ hai, vì vậy nhiều thầy thuốc cũng như sản phụ lựa chọn MLT cho an toàn, do đó cũng làm tăng tỷ lệ MLT.

Chỉ định MLT do ối vỡ non (OVN), ối vỡ sớm (OVS) trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 14,0% là chỉ định chiếm tỷ lệ nhiều nhất trong chỉ định MLT do phân phụ (Bảng 6).

Bảng 6. Chỉ định mổ lấy thai do phân phụ thai

Chỉ định do phân phụ của thai	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rau tiền đạo	02	0,5
Thiếu ối	47	11,8
Bất thường dây rau (Dây rau thắt nút, dây rau bám màng...)	02	0,5
Ối vỡ non, ối vỡ sớm	56	14,0
Tổng số	400	

Tỉ lệ chỉ định MLT do OVN, OVS của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Tổng Thị Khánh Hằng (25,2%) [11], nhưng cao hơn trong nghiên cứu của Phùng Ngọc Hân (10,6%) [20]. OVN, OVS chắc chắn không phải là chỉ định MLT tuyệt đối nhưng là nguyên nhân gián tiếp gây ra đẻ khó bởi cản trở sự xóa mờ cổ tử cung, làm cho ngôi thai bình chỉnh không tốt dễ sa dây rau và gây ngôi bất thường, màng ối có tác dụng ngăn cản không cho vi khuẩn xâm nhập nên OVS tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, suy thai, chuyển dạ kéo dài, rối loạn cơ co TC. Thiếu ối là nguyên nhân đứng thứ 2 chiếm tỉ lệ 11,8% trong tổng số chỉ định MLT. Các chỉ định do rau tiền đạo, bất thường dây rau (dây rau thắt nút, dây rau bám màng) chiếm tỉ lệ thấp hơn và cùng chiếm 0,5%.

Bảng 7. Chỉ định mổ lấy thai do yếu tố xã hội

Chỉ định do yếu tố xã hội	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Con so lớn tuổi	05	1,3
Vô sinh, tiền sử sản khoa nặng nề	23	5,8
Xin mổ	14	3,5
Tổng số	400	

Theo bảng 7, tỉ lệ chỉ định mổ lấy thai do vô sinh, tiền sử sản khoa nặng nề chiếm 5,8%; do xin mổ là 3,5% và do con so lớn tuổi chiếm 1,3%. Chỉ định mổ lấy thai do vô sinh, tiền sử sản khoa nặng nề và do xin mổ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của Tổng Thị Khánh Hằng khi tỉ lệ này trong nghiên cứu của tác giả lần lượt là 4,2% và 2,6%. Tuy nhiên, chỉ định do con so lớn tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi lại thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả (3,6%) [11]. Theo quy ước, các sản phụ trên 35 tuổi mà sinh lần đầu được coi là con so mẹ lớn tuổi. Thực tế, con so mẹ lớn tuổi không được coi là chỉ định MLT tuyệt đối, vì tuổi của mẹ chỉ là một trong những yếu tố gây đẻ khó. Tuy nhiên, các tác giả trong nước và quốc tế đều nhận thấy nguy cơ trong khi mang thai, nguy cơ MLT và các biến chứng cho mẹ và thai tăng lên nhiều khi tuổi mẹ tăng lên. Trong nhóm sản phụ MLT vì con so lớn tuổi thì có 02 sản phụ trên 40 tuổi, khi thai đủ tháng kết hợp thêm yếu tố đẻ khó là ngôi mông thậm chí là một trong số đó kèm theo cả điều trị vô sinh. Họ đều là những người rất mong con, vì vậy dễ cảm thấy an toàn cho cả mẹ và bé nên họ đã đăng kí mổ chủ động. Chỉ định MLT do bệnh nhân và gia đình xin mổ mới xuất hiện trong những năm gần đây. Những trường hợp này, thầy thuốc thường giải thích cặn kẽ thuận lợi và khó khăn của việc đẻ đường âm đạo cũng như MLT. Xét về mặt chuyên môn sản khoa, những sản phụ này chưa đủ chỉ định MLT, nhưng xét về mặt xã hội trong tình hình hiện nay, chúng ta cũng cần lưu ý. Tỷ lệ bệnh nhân và gia đình xin mổ có xu hướng gia tăng theo thời gian. Các nguyên nhân chính mà sản phụ và gia đình xin mổ là điều trị vô sinh, là thai ngôi mông, là sản phụ kém chịu đau trong quá trình chuyển dạ. Trước cuộc chuyển dạ luôn biến động, sức ép của gia đình sản phụ và xã hội, không một thầy thuốc nào dám khẳng định cuộc đẻ sẽ diễn ra chắc chắn an toàn. Chính những điều đó dẫn đến chỉ định mổ lấy thai do tiền sử sản khoa nặng nề, do bệnh nhân và gia đình xin mổ tăng lên. Tuy vậy, đây không phải là những lý do MLT theo chỉ định của bác sĩ, vì chỉ cần khám thai, quản lý thai, theo dõi chuyển dạ chặt chẽ để phát hiện sớm những nguy cơ rồi xử trí kịp thời và nếu tư vấn tốt sẽ làm giảm đáng kể tỉ lệ MLT ở những sản phụ này.

4. Kết luận

MLT ở sản phụ sinh con so có chỉ định phù hợp là an toàn và giúp cải thiện tiên lượng của mẹ và trẻ sơ sinh. Tỷ lệ MLT chung tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Vĩnh Phúc vẫn còn tương đối cao (41,13%), trong đó MLT con so trên tổng số đẻ con so chiếm tỷ lệ 49,49% và MLT con so trên tổng số MLT chiếm 17,47%. Chỉ định MLT con so thường gặp nhất là do thai (44,3%). Trong đó thai to là chỉ định MLT do thai hay gặp nhất, tiếp đến là do ngôi bất thường. MLT do yếu tố xã hội chiếm tỉ lệ ít nhất là 3,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO/ REFERENCES

- [1] Tu Du Hospital, *Caesarean section surgery*, Obstetrics and gynecology technical procedures - Obstetrics section, 2016.
- [2] M. Gosset, A. Ilenko, J. Bouyou, and B. Renevier, "Emergency caesarean section," *J Visc Surg.*, vol. 154, pp. 47-50, 2017.
- [3] A. P. Betran, J. Ye *et al.*, "Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates," *BMJ Glob Health*, vol. 6, 2021, doi:10.1136/bmjgh-2021-005671.
- [4] H. C. Le, T. D. Mai *et al.*, "Review on the current situation of cesarean section at the Central Obstetrics and Gynecology Hospital in 2017," *Obstetrics and Gynecology Journal*, vol. 16, no. 1, pp. 92-96, 2018.
- [5] T. D. Mai, D. T. Nguyen *et al.*, "Analysis of factors related to indications for cesarean section surgery at the National Obstetrics Hospital in 2021," *Obstetrics and Gynecology Journal*, vol. 20, no. 3, pp. 46-49, 2022.
- [6] N. T. Hoang, C. A. Bach *et al.*, "Research on indications for cesarean section according to Robson classification at Hue Central Hospital," *Obstetrics and Gynecology Journal*, vol. 14, no. 3, pp. 38-43, 2016.
- [7] T. H. Vo, Q. T. Le *et al.*, "Caesarean section rate and associated factors in pregnant women who had labor augmented by using oxytocin at Tu Du hospital," *Ho Chi Minh City Medical Journal*, vol. 25, pp. 161-168, 2021.
- [8] Q. B. Nguyen and T. V. Khong, "Indications for cesarean section on term pregnancy in primigravida at hospital 19-8 ministry of domestic security," *Vietnam Medical Journal*, vol. 524, pp. 125-127, 2023.
- [9] W. Khasawneh, N. Obeidat *et al.*, "The impact of cesarean section on neonatal outcomes at a university-based tertiary hospital in Jordan," *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 20, p. 335, 2020.
- [10] D. Ahmed and S. Hasan, "The Relationship between Isolated Oligohydramnios at Term and Labor Mode: A Prospective-Observational Study," *Annals of Neonatology Journal*, vol. 4, pp. 9-24, 2022.
- [11] T. K. H. Tong, "Research on some factors related to cesarean section for full-term twins at the Obstetrics Department of Thai Nguyen Central Hospital from June 2019 to May 2020," Doctor's thesis Resident Doctor, Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy, Thai Nguyen, 2020.
- [12] A. Chugh, S. Lal, T. Nijhawan, and P. Biradar, "Evaluation of primary caesarean section and neonatal outcomes in a tertiary care hospital and impact on current obstetric practice," *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*, vol. 19, 2023, Art. no. 100213.
- [13] X. M. Nguyen and Q. V. Truong, "Research on the situation of cesarean section in pregnant women with first babies at Quang Ngai Provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital," *Obstetrics and Gynecology Magazine*, vol. 20, no. 4, pp. 43-49, 2022.
- [14] S. Mittal, S. Pardeshi, N. Mayadeo, and J. Mane, "Trends in cesarean delivery: rate and indications," *J Obstet Gynaecol India*, no. 64, pp. 251-254, 2014.
- [15] T. N. Q. Do, "Research on indications for cesarean section for primaries at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2021," University graduation thesis majoring in General Medicine, University of Medicine and Pharmacy, Hanoi National University, 2022.
- [16] T. T. H. Bui, "Research on cesarean section surgery in pregnant women with first children at Ha Giang Provincial General Hospital during 5 years 2013-2017," Thesis of Specialist Doctor II, Hanoi Medical University, 2018.
- [17] K. Pankiewicz, E. Szczerba, T. Maciejewski, and A. Fijałkowska, "Non-obstetric complications in preeclampsia," *Prz Menopauzalny*, vol. 18, pp. 99-109, 2019.
- [18] T. Begum *et al.*, "Indications and determinants of caesarean section delivery: Evidence from a population-based study in Matlab, Bangladesh," *PLoS One*, vol. 12, 2017, Art. no. e0188074.
- [19] S. Maskey, M. Bajracharya, and S. Bhandari, "Prevalence of Cesarean Section and Its Indications in A Tertiary Care Hospital," *JNMA J Nepal Med Assoc*, vol. 57, pp. 70-73, 2019.
- [20] N. H. Phung, M. T. Le, and Q. M. Truong, "Indications for cesarean section for primaries at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital," *Obstetrics and Gynecology Magazine*, vol. 15, no. 01, pp. 41-46, 2017.