

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME RELATED FACTORS IN PRIMIPAROUS FULL-TERM WOMEN WITH INDICATIONS FOR CESAREAN SECTION AT HAI DUONG OBSTETRICS HOSPITAL

Ha Thi Thanh Loan, Vu Dinh Hung

Hai Duong Medical Technical University-No. 1, Vu Huu Street, Le Thanh Nghi Ward, Hai Phong City, Vietnam

Received: 29/01/2026

Revised: 20/03/2026; Accepted: 18/06/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical characteristics, paraclinical features, and selected related factors among full-term primiparous women indicated for cesarean section at Hai Duong Obstetrics Hospital.

Research subjects and methods: A prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 235 full-term primiparous pregnant women admitted to the hospital, of whom 137 women had indications for cesarean section at Hai Duong Obstetrics Hospital from October 1, 2024 to December 31, 2024.

Results: Women aged 20–30 years accounted for the majority (79.2%). Most participants were self-employed (41.7%) or factory workers (30.6%), lived in urban areas (76.3%), and had a height greater than 150 cm (85.5%). The cesarean section rate among primiparous women was 58.3%. The main reason for hospital admission was abdominal pain (74.5%). Most women presented with cervical dilatation ≤ 2 cm (91.2%), infrequent uterine contractions (92.7%), normal amniotic fluid volume (90.5%), intact membranes (89.0%), normal placental position (99.3%), fetal heart rate of 120–160 beats per minute (95.6%), and neonatal birth weight ranging from 2500 to 3499 g (66.4%). Cesarean section due to two or more indications accounted for 19%, mainly related to fetal and fetal adnexal factors (84.0%). Women with a height of 145–150 cm had a significantly higher rate of cesarean section compared with vaginal delivery.

Conclusion: The rate of cesarean section among first-time mothers was relatively high, mainly due to fetal and placental factors. Maternal height was significantly associated with the indication for cesarean section.

Keywords: Cesarean section, primiparous women.

*Corresponding author

Email: haloan318@gmail.com Phone: (+84) 982966555 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5492



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở SẢN PHỤ SINH CON SO ĐỦ THÁNG CÓ CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI DƯƠNG

Hà Thị Thanh Loan, Vũ Đình Hùng

Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương - Số 1, đường Vũ Hựu, phường Lê Thanh Nghị, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 29/01/2026

Ngày chỉnh sửa: 20/03/2026; Ngày duyệt đăng: 18/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và khảo sát **sơ bộ** một số yếu tố liên quan ở sản phụ sinh con so đủ tháng được chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện phụ sản Hải Dương.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu 235 sản phụ mang thai con so đủ tháng nhập viện, trong đó 137 sản phụ có chỉ định mổ lấy thai (MLT) tại Bệnh viện Phụ sản Hải Dương từ 01/10/2024 đến 31/12/2024.

Kết quả: Nhóm tuổi 20-30 chiếm 79,2%. Nghề tự do (41,7%) và công nhân (30,6%). Sống ở thành thị (76,3%) và chiều cao trên 150 cm (85,5%). Tỷ lệ mổ lấy thai ở sản phụ con so là 58,3%. Vào viện chủ yếu vì đau bụng (74,5%), khám có độ mở tử cung ≤ 2 cm (91,2%), cơn co tử cung thưa (92,7%), siêu âm ổ bình thường (90,5%), rau bình thường (99,3%), ối còn (89,0%), tim thai 120 – 160 nhịp/phút (95,6%), trọng lượng thai 2500 – 3499g (66,4%). Tỷ lệ sản phụ MLT do ≥ 2 chỉ định chiếm 19%, liên quan đến thai và phần phụ của thai (84,0%). Các sản phụ cao 145 – 150 cm có chỉ định MLT cao hơn đẻ đường âm đạo, $p < 0,05$.

Kết luận: Tỷ lệ mổ lấy thai con so là khá cao, chủ yếu do nguyên nhân thai và phần phụ của thai. Chiều cao có liên quan đến chỉ định mổ lấy thai của sản phụ.

Từ khoá: Mổ lấy thai, con so.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ mổ lấy thai (MLT) ở nhiều nước trên thế giới tăng nhanh trong vòng 20 năm trở lại đây. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tỷ lệ MLT tăng gần gấp đôi từ năm 2000 (12,1%) đến năm 2015 (21,1%) [1]. Xu hướng này dự kiến sẽ tiếp tục tăng và dự kiến sẽ đạt 29% vào năm 2030 [2]. Tỷ lệ MLT khác nhau ở các khu vực và quốc gia, ở khu vực Mỹ Latinh và Caribe (44,3%) cao gấp mười lần so với khu vực Tây và Trung Phi (4,1%) và cũng khác nhau ở các bệnh viện trong cùng nước [1]. Ở Việt Nam trong những năm gần đây, tỷ lệ MLT dao động 40,4% - 59,35% tùy từng bệnh viện [3], [4].

Mặc dù MLT là một thủ thuật rất cần thiết khi có chỉ định, tuy nhiên, WHO khuyến nghị rằng tỷ lệ MLT lý tưởng nên nằm trong khoảng từ 10 đến 15%, tỷ lệ vượt quá ngưỡng này có liên quan đến các biến cố bất lợi cho bà mẹ và/hoặc trẻ sơ sinh [2]. Từ đó nhấn mạnh sự cần thiết phải chỉ định MLT một cách thận trọng và dựa trên các bằng chứng. Xuất phát từ thực trạng trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu khảo sát “*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và khảo sát một số yếu tố liên quan ở sản phụ sinh con so đủ tháng được chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện phụ sản Hải Dương năm 2024*”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn:** Sản phụ mang thai con so với tuổi thai ≥ 37 tuần (tính theo ngày đầu tiên của kì kinh cuối hoặc ngày dự kiến sinh theo 3 tháng đầu thai kỳ) khám và nhập viện ở Bệnh viện Phụ sản Hải Dương từ ngày 01/10/2024 đến 31/12/2024.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + Sản phụ mang thai so đủ tháng bị thai chết lưu
- + Sau đẻ ở nơi khác chuyển tới
- + Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Từ 01/10/2024 đến 31/12/2024
- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ sản Hải Dương.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ
- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, có chủ đích

*Tác giả liên hệ

Email: haloan318@gmail.com Điện thoại: (+84) 982966555 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5492

2.5. Chỉ số/ biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của sản phụ: tuổi, nghề nghiệp, nơi cư trú và chiều cao.

- Tỷ lệ MLT và chỉ định MLT (Do đường sinh dục mẹ, do thai, do phần phụ của thai, do bệnh lý của mẹ).

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng (lý do vào viện, độ mở cổ tử cung, cơn co TC, số lượng ối, tình trạng ối, vị trí bánh rau, tim thai, trọng lượng thai).

- Một số yếu tố liên quan đến chỉ định MLT.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi, phỏng vấn trực tiếp hoặc ghi nhận trong hồ sơ.

2.7. Xử lý số liệu

- Sau khi hoàn thành quá trình thu thập số liệu, các bộ câu hỏi sẽ được tập hợp lại và khi nhập vào máy tính, số liệu sẽ được kiểm tra lại. Các thông tin thu thập sẽ được mã hóa, nhập biểu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Biến định tính được trình bày bằng tần suất, tỉ lệ.

- Kiểm định bằng thuật toán thống kê Chi-Square Test, có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

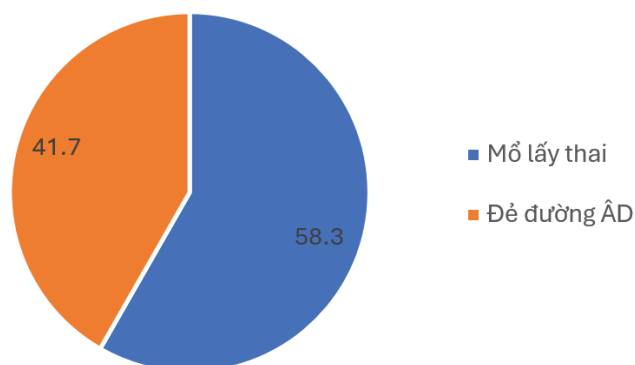
Đề tài đã được thông qua Hội đồng khoa học của Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương trước khi tiến hành nghiên cứu, đối tượng tự nguyện tham gia sau khi đã được giải thích rõ về mục đích và ý nghĩa của nghiên cứu. Thông tin thu thập trung thực, khách quan, được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của 235 sản phụ

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	<20	28	11,9
	20-25	121	51,5
	26-30	65	27,7
	30-34	13	5,5
	≥ 35	8	3,4
Nghề nghiệp	Tự do	98	41,7
	Công nhân	72	30,6
	Cán bộ viên chức	44	18,7
	Sinh viên	3	1,3
	Khác	18	7,7
Nơi cư trú	Thành thị	179	76,2
	Nông thôn	56	23,8
Chiều cao	> 150 cm	201	85,5
	145-150 cm	34	14,5
	<145	0	0

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 20-30 chiếm tỷ lệ cao nhất. Đa số làm nghề tự do (41,7%) và công nhân (30,6%). Sống ở thành thị (76,2%) và có chiều cao trên 150 cm (85,5%).



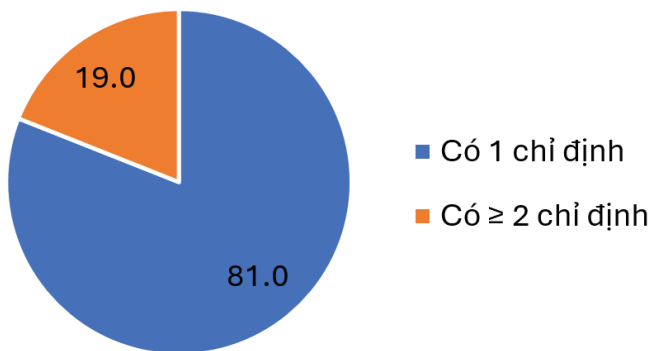
Biểu đồ 1. Tỷ lệ mổ lấy thai ở sản phụ con so

Nhận xét: Có 137 sản phụ có chỉ định MLT, chiếm 58,3%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ có chỉ định MLT (n=137)

Đặc điểm			Số lượng	Tỷ lệ %
Lý do vào viện	Đau bụng		102	74,5
	Ra huyết âm đạo		23	16,8
	Ra nước âm đạo		12	8,8
Độ mở CTC	≤ 2 cm		125	91,2
	3 - 4 cm		6	4,4
	≥ 5 cm		6	4,4
Cơ co tử cung	Chưa có CCTC		0	0
	Thừa		127	92,7
	Bình thường		9	6,6
	Cường tính		1	0,7
Số lượng ối	Thiếu ối		9	6,6
	Bình thường		124	90,5
	Đa ối		4	2,9
Tình trạng ối	Ổi còn		122	89,0
	Ổi vỡ	Ổi trong	12	8,8
		Ổi xanh	3	2,2
Vị trí bánh rau	Bình thường		136	99,3
	Rau tiền đạo		1	0,7
Tim thai	< 120 nhịp/phút		0	0
	120 - 160 nhịp/phút		131	95,6
	> 160 nhịp/phút		6	4,4
Trọng lượng thai	< 2500g		0	0
	2500 - 3499 g		91	66,4
	3500 - 4000 g		45	32,9
	> 4000 g		1	0,7

Nhận xét: Vào viện chủ yếu vì đau bụng (74,5%), có độ mở tử cung ≤ 2 cm (91,2%), cơn co tử cung thừa (92,7%), ối bình thường (90,5%), ối còn (89,0%), rau bình thường (99,3%), tim thai 120 – 160 nhịp/phút (95,6%), trọng lượng thai 2500 – 3499g (66,4%).



Biểu đồ 2. Tỷ lệ sự kết hợp chỉ định MLT ở sản phụ sinh con so

Nhận xét: Tỷ lệ MLT do có 1 lý do là 110 sản phụ chiếm 81%, nhóm có từ 2 lý do trở lên chiếm 19%.

Bảng 3. Chỉ định mổ lấy thai (n = 137)

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Do thai	Suy thai	5	3,7	53	38,7
	Thai to	28	20,4		
	Ngôi thai bất thường	7	5,1		
	Đầu không lọt	13	9,5		
Do phần phụ của thai	Rau tiền đạo, rau bong non	1	0,7	62	45,2
	Đa ối	4	2,9		
	Thiếu ối, cạn ối	9	6,6		
	Ối vỡ non, ối vỡ sớm	48	35,0		
Do đường sinh dục mẹ	Khung chậu hẹp	2	1,5	17	12,4
	Cơ co TC cường tính	1	0,7		
	CTC ngừng tiến triển	14	10,2		
Do bệnh lý của mẹ		5	3,7	5	3,7

Nhận xét: Chỉ định MLT về phía đường sinh dục mẹ chiếm 12,5% (CTC ngừng tiến triển 10,2%), do thai chiếm 38,8% (thai to chiếm 20,4%), do phần phụ thai là 45,2% (ối vỡ non, ối vỡ sớm 35,0%), do bệnh lý của mẹ có 5 sản phụ chiếm 3,7%.

Bảng 4. Liên quan giữa một số yếu tố và chỉ định mổ lấy thai

Đặc điểm		Mổ lấy thai		Đẻ đường âm đạo		p
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Nhóm tuổi	<20	15	53,6	13	46,4	0,226
	20-25	66	54,5	55	45,5	
	26-30	39	60,0	26	40,0	
	30-34	11	84,6	2	15,4	
	≥ 35	6	75	2	25	
Chiều cao	145 - 150	29	85,3	5	14,7	0,001
	> 150	108	53,7	93	46,3	

Đặc điểm		Mổ lấy thai		Đẻ đường âm đạo		p
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Nơi cư trú	Thành thị	100	55,9	79	44,1	0,176
	Nông thôn	37	66,1	19	33,9	
Hình thức thụ thai	Thai tự nhiên	132	57,4	98	42,6	0,056
	Thai hỗ trợ sinh sản	5	100	0	0	

Nhận xét: Nhóm sản phụ cao 145 – 150 cm có chỉ định MLT cao hơn nhóm đẻ đường âm đạo, p = 0,001.

4. BÀN LUẬN

Về đặc điểm nhân khẩu học, trong nghiên cứu (NC) của chúng tôi tỷ lệ tuổi từ 20-30 chiếm tỷ lệ cao nhất (79,2%), chỉ có 3,4% sản phụ trên 35 tuổi. Kết quả này tương đồng với NC của Vũ Văn Du (2025) tại bệnh viện Phụ sản trung ương (73,94%) [5], nhưng thấp hơn so với NC của Lê Văn Tuyên tại khoa Phụ sản – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (96,1%) [3]. Sự khác biệt này có thể do địa điểm và thời gian NC khác nhau, cùng với những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị. Bên cạnh đó, NC của chúng tôi có sản phụ chủ yếu làm nghề tự do (41,7%) và công nhân (30,6%) tương đồng với tác giả Khổng Thị Vân (2022) khi NC về sản phụ MLT con so tại bệnh viện 19-8 Bộ Công An [6] trong khi NC của Lê Văn Tuyên thấy rằng đa số sản phụ là cán bộ, văn phòng (58,07%) [3].

Kết quả NC ghi nhận phần lớn sản phụ có chiều cao trên 150 cm (85,5%), kết quả này thấp hơn NC của Khổng Thị Vân (2022) (93,5%) [6] Theo Ingrid Mogren NC của trên phụ nữ mang thai đơn ở Thụy Điển từ 2011 đến 2016 thì cho thấy chiều cao sản phụ có liên quan đến tỉ lệ MLT ở sản phụ đơn thai, chiều cao càng cao càng giảm nguy cơ MLT [7].

Tỷ lệ MLT trong NC là 137 sản phụ chiếm 58,3%, tương đồng với Phùng Ngọc Hân (2017) khi NC trên 451 sản phụ mang thai con so đủ tháng nhập viện tại khoa Phụ Sản, Bệnh viện Đại học Y Dược Huế từ tháng 7/2016 đến tháng 1/2017 cũng thấy rằng tỷ lệ này là 58,8% [8] cũng như Tô Mai Chi (2023) NC về tỷ lệ MLT ở bệnh viện đa khoa tỉnh Gia Lai (59,35%) [4] cao hơn của Lê Văn Tuyên khi NC tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (40,4%).

Sản phụ vào viện đa số vì đau bụng (74,5%), đây là triệu chứng điển hình của chuyển dạ và thường xuất hiện rõ rệt ở sản phụ mang thai con so, do cổ tử cung chưa từng giãn nở và quá trình xóa mở cổ tử cung diễn ra chậm hơn, gây ra cảm giác đau sớm và kéo dài. Kết quả này cao hơn NC của Nguyễn Tài Đức (2019), trong đó đau bụng cũng là lý do vào viện chủ yếu (45,1%) [9]. Khi vào viện khám thì sản phụ có độ mở cổ tử cung ≤ 2 cm chiếm tỷ lệ cao 91,2%, CTC mở 3 - 4 cm chiếm 4,4% và CTC mở ≥ 5 cm là 4,4%. Độ xóa và mở của cổ tử cung (CTC) là hai tiêu chí lâm sàng quan trọng dùng để đánh giá tiến triển của quá trình chuyển dạ. Kết quả ối vỡ chiếm tỷ lệ 11% trong đó có 8,8% thai phụ có nước ối trong, 2,2% thai phụ có ối xanh, thấp hơn NC của Nguyễn Cơ Thạch (2022) tại bệnh viện đa khoa Hà Tĩnh khi ghi nhận ối vỡ là 22,7% trong đó có 17,4% ối trong, 5,3% ối xanh [10]. Trên kết quả siêu âm

trước mổ trong NC của chúng tôi, tỉ lệ sản phụ có số lượng nước ối trước mổ bình thường 90,5%, tỷ lệ thiếu ối chiếm 6,6% và đa ối chiếm tỷ lệ 2,9% đồng thời vị trí bánh rau bình thường là 99,3%, rau tiền đạo 0,7%. Kết quả này của chúng tôi tương đương với NC của Bùi Văn Dũng (2022) (số lượng nước ối bình thường là 90,3%, đa ối là 4,0%, thiếu ối là 5,7% và vị trí rau bình thường 97,2%, rau tiền đạo trung tâm 1,0%, bán trung tâm 1,1% và rau bám mép là 0,4%) [11]. Trọng lượng thai của 137 sản phụ trong NC đa số trong khoảng 2500 – 3499g (66,4%), kết quả này thấp hơn của Nguyễn Văn Dũng (2022) khi ghi nhận thai có cân nặng khoảng này là 85,4% [11].

Về chỉ định MLT, kết quả cho thấy 81,0% chỉ định do một nguyên nhân, trong khi 19,0% là do phối hợp nhiều nguyên nhân. Kết quả này khác với NC của Vũ Văn Du (2025), với tỷ lệ chỉ định MLT do một nguyên nhân chỉ chiếm 69,06%, phần còn lại do nhiều nguyên nhân kết hợp [5].

Trong NC này, MLT chủ động được phân thành các nhóm nguyên nhân: do thai, do phần phụ của thai, do đường sinh dục của mẹ và do bệnh lý của mẹ. Nhóm nguyên nhân do thai và phần phụ của thai chiếm tỷ lệ cao nhất (84,0%), tiếp theo là nhóm nguyên nhân đường sinh dục của mẹ (12,5%). Kết quả này tương đồng với các NC gần đây tại Việt Nam, ghi nhận các trường hợp MLT do nguyên nhân thai và phần phụ của thai chiếm tỷ lệ cao nhất. Cụ thể, NC của Phiewphone Sivongsa (2024) tại bệnh viện Phụ sản Trung ương, ghi nhận chỉ định do phần phụ của thai chiếm 34,7%; do thai là 30,1%; do bệnh lý của mẹ là 10,0% (cao hơn NC của chúng tôi 3,7%) [12]. NC của Tô Mai Chi cũng thấy rằng sản phụ con so được chỉ định MLT thuộc nhóm nguyên nhân do thai chiếm tỷ lệ cao nhất với 68,49% [4].

Không có sự khác biệt trong phân bố nhóm tuổi mẹ giữa 2 nhóm MLT và sinh đường âm đạo trong NC của chúng tôi ($p > 0,05$), tương tự với NC của Lê Văn Tuyên khi đánh giá kết cục của sản phụ con so tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 [3]. Tuy nhiên, trong một số NC trước đây chỉ ra rằng nhóm ≥ 35 tuổi mang thai con so là một yếu tố xem xét MLT [8]. Tỷ lệ MLT trong nhóm thai phụ ở thành thị là 66,1% ($p > 0,05$). 100% trường hợp hỗ trợ sinh sản trong NC của chúng tôi nằm trong nhóm chỉ định MLT, mặc dù khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê. Theo kết quả NC thì phần lớn (85,5%) sản phụ có chiều cao > 150 cm, 11 sản phụ chiếm 14,5% sản phụ có chiều cao < 150 cm. NC của Phùng Ngọc Hân (2017) thấy rằng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm sinh thường và MLT và chiều cao < 145 cm có liên quan tới chỉ định MLT [8]. Còn trong NC của tôi thấy chiều cao có liên quan đến tỉ lệ MLT ở nhóm bất cân xứng thai nhi khung chậu, chiều cao càng thấp nguy cơ MLT do bất cân xứng thai nhi - khung chậu càng cao.

NC của chúng tôi có một số hạn chế, bao gồm việc chưa xem xét đầy đủ các yếu tố xã hội, tâm lý và điều kiện kinh tế của sản phụ, chưa đi sâu vào phân tích các giải pháp nhằm giảm tỷ lệ MLT cũng như chỉ thực hiện tại một bệnh viện, điều này giảm khả năng tổng quát hóa kết quả và đưa ra các khuyến cáo xác đáng cho bệnh viện góp phần kiểm soát tỷ lệ này. Do đó, chúng tôi hướng tới tiếp tục mở rộng và tiến hành các NC sâu hơn trong tương lai.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ MLT con so còn cao, các chỉ định MLT chủ yếu liên quan đến thai và phần phụ của thai. Trong đó thường gặp nhất là thai to chiếm 20,4%, ối vỡ non, ối vỡ sớm 35,0%. Chiều cao 145 – 150 cm có chỉ định MLT cao hơn nhóm đẻ đường âm đạo, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Boerma T et al. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 392(10155), 1341–1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
- [2] Betrán A.P. et al. (2015). WHO statement on caesarean section rates. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(5), 667.
- [3] Lê Văn Tuyên và cộng sự. (2025). Nghiên cứu kết cục thai kỳ của sản phụ mang thai con so đủ tháng tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108, 20(8). <https://doi.org/10.52389/ydls.v20i8.2886>
- [4] Tô Mai Chi và cộng sự. (2024). 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*, 540(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v540i2.10354>
- [5] Vũ Văn Du và cộng sự (2025). Nghiên cứu mô tả chỉ định và yếu tố tác động mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 192(7), 143–151. <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v192i7.3383>
- [6] Khổng Thị Vân và cộng sự. (2023). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các sản phụ mổ lấy thai con so đủ tháng tại Viện 19-8 Bộ Công an. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 520(1B). <https://doi.org/10.51298/vmj.v520i1B.3849>
- [7] Mogren, Ingrid. (2018). Maternal height and risk of caesarean section in singleton births in Sweden: A population-based study using data from the Swedish Pregnancy Register 2011 to 2016. *Reproductive Medicine*, 13(5). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- [8] Phùng Ngọc Hân và cộng sự (2017). Chỉ định mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế. *Tạp chí Phụ sản*, 15(1). <https://doi.org/10.46755/vjog.2017.1.309>
- [9] Nguyễn Tài Đức. (2019). Nhận xét một số yếu tố liên quan đến chỉ định mổ lấy thai ở người con so tại khoa Đẻ Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [10] Nguyễn Cơ Thạch. (2022). Thực trạng mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh. Luận văn Chuyên khoa Cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [11] Bùi Văn Dũng. (2022). Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so với tuổi thai từ 37 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa năm 2020. Luận văn Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [12] Phiewphone Sivongsa, Phạm Bá Nha, Nguyễn Thái Giang. (2024). Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 534(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v534i1.8071>