

CHARACTERISTICS OF WOMEN UNDERGOING FIRST CESAREAN SECTION AT VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL IN 2023

Nguyen Thi Han^{1*}, Pham Ba Nha¹, Vu Thi Tuoi¹,
Nguyen Tien Hoang¹, Luong Thanh Trung², Nguyen Thi Huong Linh¹,
Vu Thi Hong Chinh¹, Doan Van Nam¹, Nguyen Thu Hoai¹, Nguyen Thi Kim Dung¹,
Tran Thi Thu Ha¹, Le Thien Thai¹, Nguyen Dinh Toi¹, Nguyen Anh Thu³

¹Vinmec Times City International General Hospital - 458 Minh Khai, Hai Ba Trung Ward, Hanoi City, Vietnam

²Hai Phong International Health Quarantine Center - 2B That Khe, Hong Bang Ward, Hai Phong city, Vietnam

³VinUniversity - Vinhomes Ocean Park, Gia Lam Commune, Hanoi City, Vietnam

Received: 10/09/2025

Revised: 28/09/2025; Accepted: 15/10/2025

ABSTRACT

Objective: To describe the characteristics of women undergoing first cesarean section at Vinmec Times City International General Hospital in 2023.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 516 women undergoing their first cesarean section between January and December 2023.

Results: The mean maternal age was 29.9 ± 4.8 years, with most under 35 years (82.8%). Comorbidities were relatively common: gestational diabetes (21.8%), hypertension (3.3%), and vaginitis (9.1%). IVF pregnancies accounted for 16.6%. The main indications were fetal factors (52.5%), maternal genital tract (29.3%), placental/adnexal conditions (8.5%), maternal diseases, and social factors. Specifically, cephalopelvic disproportion (26.2%), failure of cervical dilatation (81.6%), hypertension/preeclampsia (37.9%), placenta previa (36.4%), and advanced maternal age ≥ 35 years (70.3%) were the most common within each group. Most newborns weighed ≥ 2500 gr (91.7%), with a mean of 3171.1 ± 436 (gr); 13.4% required Neonatal Intensive Care Unit admission, mainly for respiratory distress (39.5%). Five cases of uterine atony (0.8%) were reported, all successfully managed, with no maternal deaths.

Conclusion: Most first cesarean sections occurred in women under 35, though comorbidities and IVF pregnancies were frequent. Leading causes included cephalopelvic disproportion, failed cervical dilatation, placenta previa, and advanced maternal age. While most neonates had normal birthweight, Neonatal Intensive Care Unit admissions due to respiratory issues were notable. Maternal complications were rare but included uterine atony. Enhanced prenatal care, risk screening, and careful consideration of indications are recommended to reduce unnecessary cesarean sections.

Keywords: Cesarean section, first-time, indications, complications.

*Corresponding author

Email: hnnguyenhan24@gmail.com Phone: (+84) 988900781 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD17.3413>

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN MỔ LẤY THAI LẦN ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY NĂM 2023

Nguyễn Thị Hân^{1*}, Phạm Bá Nha¹, Vũ Thị Tươi¹,
Nguyễn Tiến Hoàng¹, Lương Thành Trung², Nguyễn Thị Hương Linh¹,
Vũ Thị Hồng Chính¹, Đoàn Văn Nam¹, Nguyễn Thu Hoài¹, Nguyễn Thị Kim Dung¹,
Trần Thị Thu Hà¹, Lê Thiện Thái¹, Nguyễn Đình Tời¹, Nguyễn Anh Thư³

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City - 458 Minh Khai, phường Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

²Trung tâm Kiểm dịch Y tế Quốc tế Hải Phòng - 2B Thắt Khê, phường Hồng Bàng, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

³Trường Đại học VinUni - Khu đô thị Vinhomes Ocean Park, xã Gia Lâm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 10/09/2025

Ngày sửa: 28/09/2025; Ngày đăng: 15/10/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng đặc điểm bệnh nhân mổ lấy thai lần đầu tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2023.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 516 sản phụ vào mổ lấy thai lần đầu tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2023.

Kết quả: Tuổi trung bình của sản phụ trong nghiên cứu là $29,9 \pm 4,8$ tuổi, trong đó nhóm dưới 35 tuổi chiếm đa số (82,8%). Tỷ lệ có bệnh lý kèm theo khá cao: đái tháo đường thai kỳ 21,8%, tăng huyết áp 3,3% và viêm âm đạo 9,1%. Có 16,6% sản phụ mang thai nhờ IVF. Nguyên nhân mổ lấy thai lần đầu chủ yếu do thai (52,5%), tiếp đến là do đường sinh dục của mẹ (29,3%), phần phụ thai (8,5%), bệnh lý mẹ và các yếu tố xã hội. Cụ thể, đầu không lọt chiếm 26,2% trong nhóm nguyên nhân do thai; cổ tử cung không tiến triển chiếm 81,6% trong nhóm nguyên nhân mẹ; tăng huyết áp/sản giật chiếm 37,9% trong nhóm bệnh lý; rau tiền đạo chiếm 36,4% trong nhóm phần phụ; và mẹ ≥ 35 tuổi chiếm 70,3% trong nhóm xã hội. Đa số trẻ có cân nặng $\geq 2500g$ (91,7%), trung bình $3171,1 \pm 436$ (g); 13,4% phải vào Khoa Hồi sức sơ sinh, chủ yếu do suy hô hấp (39,5%). Nghiên cứu ghi nhận 5 ca đỡ tử cung (0,8%), xử trí thành công, không tử vong.

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy sản phụ mổ lấy thai lần đầu chủ yếu dưới 35 tuổi, song tỷ lệ bệnh lý kèm theo và mang thai IVF khá cao, cùng với các nguyên nhân như đầu không lọt, cổ tử cung không tiến triển, rau tiền đạo và mẹ lớn tuổi. Phần lớn trẻ sơ sinh có cân nặng bình thường, nhưng nguy cơ suy hô hấp và nhập Khoa Hồi sức sơ sinh vẫn đáng kể. Tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, tuy nhiên vẫn có ca đỡ tử cung. Cần tăng cường quản lý thai kỳ, tầm soát nguy cơ và cân nhắc chỉ định mổ hợp lý để giảm thiểu can thiệp không cần thiết.

Từ khóa: Mổ lấy thai, lần đầu, nguyên nhân, biến chứng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những thập niên gần đây, mổ lấy thai (MLT) đã trở thành một trong những can thiệp sản khoa phổ biến nhất trên toàn cầu và đang có xu hướng gia tăng nhanh chóng. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2021, tỷ lệ MLT toàn cầu ước tính đạt khoảng 21%, tuy nhiên tại nhiều quốc gia châu Á, con số này đã vượt ngưỡng 40% [1]. Ở khu vực Đông Nam Á, tỷ lệ dao động trong khoảng 25-35%, phản ánh sự thay đổi rõ rệt trong xu hướng sinh sản [2]. Tại Việt Nam, tỷ lệ MLT cũng đang ở mức cao và tiếp tục gia tăng, đặc biệt là ở nhóm sản phụ sinh mổ lần đầu. Một số

nghiên cứu gần đây tại các bệnh viện tuyến trung ương và các cơ sở y tế công lập lớn cho thấy tỷ lệ MLT lần đầu dao động từ 12,4-55%, thậm chí có nơi lên đến 54,96% [3], [4]. Nguyên nhân của MLT lần đầu rất đa dạng, bao gồm yếu tố sản khoa (thai suy, ngôi bất thường, rau tiền đạo, tiền sản giật...), yếu tố mẹ (hẹp khung chậu, bệnh lý nội khoa kèm theo), yếu tố thai (thai to, đa thai, bất tương xứng thai - khung chậu), cũng như các yếu tố xã hội và tâm lý như mong muốn của sản phụ hoặc gia đình [5].

Mặc dù MLT có thể cứu sống mẹ và trẻ trong nhiều

*Tác giả liên hệ

Email: hnnguyenhan24@gmail.com Điện thoại: (+84) 988900781 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD17.3413>

tình huống khẩn cấp, song việc MLT lần đầu lại mang nhiều hệ lụy. Y văn đã chứng minh MLT lần đầu làm tăng nguy cơ biến chứng trong những lần sinh tiếp theo như vỡ tử cung, rau cài răng lược, chảy máu nặng, nhiễm trùng vết mổ, cũng như các ảnh hưởng lâu dài đối với sức khỏe sinh sản và chất lượng cuộc sống của người mẹ [6]. Ngoài ra, tỷ lệ MLT cao còn làm gia tăng chi phí y tế và gánh nặng cho hệ thống chăm sóc sức khỏe. Một vấn đề đáng chú ý là phần lớn các báo cáo hiện nay về tỷ lệ và nguyên nhân MLT lần đầu ở Việt Nam chủ yếu được thực hiện tại các bệnh viện tuyến trung ương công lập [3]. Bằng chứng khoa học về tình hình MLT tại các bệnh viện tư nhân, nơi ngày càng nhiều sản phụ lựa chọn sinh con nhờ điều kiện cơ sở vật chất hiện đại và dịch vụ y tế chất lượng cao, vẫn còn rất hạn chế. Khoảng trống nghiên cứu này khiến cho việc đánh giá toàn diện thực trạng MLT lần đầu ở Việt Nam chưa thật sự đầy đủ, đặc biệt trong bối cảnh hệ thống y tế tư nhân đang phát triển mạnh tại các đô thị lớn. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả thực trạng đặc điểm bệnh nhân MLT lần đầu tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2023.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ ngày 1/7/2024 đến ngày 31/7/2025 tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

516 sản phụ vào MLT lần đầu tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City từ ngày 1/1/2023 đến ngày 31/12/2023 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: MLT lần đầu, thai sống; tuổi thai ≥ 28 tuần; được MLT tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City trong năm 2023; hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin cần thiết của sản phụ và trẻ mới sinh theo yêu cầu của nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: các trường hợp sản phụ mổ ở nơi khác chuyển đến trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu một tỷ lệ:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

+ n cỡ mẫu tối thiểu;

+ $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (độ tin cậy 95%); sai số chấp nhận được của ước lượng $d = 0,05$; $p = 0,3913$ (tỷ lệ MLT lần đầu tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2022 trong nghiên cứu của Ngô Thị Bằng và cộng sự chiếm tỷ lệ 39,13% [7]). Từ đó tính được cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là $n = 366$.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Trong nghiên cứu có 516 người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

2.5. Công cụ thu thập số liệu

Hồi cứu các trường hợp MLT lần đầu trong năm 2023 tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City bằng số liệu có sẵn trong bệnh án điện tử được lưu trữ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City vào phiếu thu thập thông tin.

Các bước tiến hành nghiên cứu: lập mẫu phiếu thu thập số liệu theo các biến số; lựa chọn hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn lựa chọn; thu thập số liệu vào phiếu thu thập số liệu.

2.6. Nội dung nghiên cứu

Bao gồm đặc điểm chung của sản phụ MLT lần đầu; đặc điểm chung của thai; phân bố nguyên nhân chỉ định MLT con lần đầu; đặc điểm nguyên nhân chỉ định MLT con lần đầu; đặc điểm trẻ sơ sinh; biến chứng trong và sau MLT lần đầu.

2.7. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epi Data; sử dụng phần mềm STATA 14.0 để phân tích số liệu.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học và Y đức của trường Đại học Y Hà Nội và sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 2541 ca sinh tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2023, có 516 trường hợp MLT lần đầu, chiếm tỷ lệ 20,3%, trong đó có 343 trường hợp MLT con so, đơn thai, đủ tháng (≥ 37 tuần), ngôi đầu, chiếm tỷ lệ 13,5%.

Bảng 1. Đặc điểm chung của sản phụ MLT lần đầu (n = 516)

	Đặc điểm	SL (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	29,9 $\pm$ 4,8	
	Min-max (tuổi)	20-49	
	< 35 tuổi	427	82,8
	≥ 35 tuổi	89	17,2
Chiều cao	$\bar{X} \pm SD$ (cm)	158 $\pm$ 5,4	
	Min-max (cm)	140-176	
	< 150 cm	22	4,3
	≥ 150 cm	494	95,7
Quốc tịch	Việt Nam	497	96,4
	Quốc tịch khác	19	3,7
Tiền sử ngoại khoa	Không	464	89,9
	Phẫu thuật bụng	27	5,2
	Phẫu thuật tử cung	5	1,0
	Phẫu thuật buồng tử cung	3	0,5
	Phẫu thuật vị trí khác	17	3,3

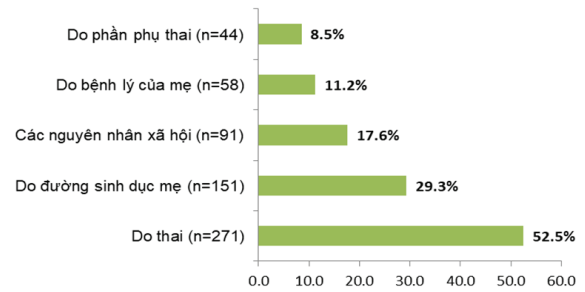
Đặc điểm		SL (n)	Tỷ lệ (%)
Lần mang thai	Lần 1	435	84,3
	Lần 2	47	9,1
	Lần 3	29	5,6
	Lần 4	5	1,0
PARA	0000	363	70,3
	0010	52	10,1
	0020	11	2,1
	0030	3	0,6
	Khác	87	16,9
Đái tháo đường	Không	404	78,2
	Đái tháo đường điều chỉnh chế độ ăn	100	19,4
	Đái tháo đường tiêm Insulin	6	1,2
	Không xét nghiệm	6	1,2
Tăng huyết áp	Không	499	96,7
	Tăng huyết áp	10	1,9
	Nguy cơ tiền sản giật	4	0,8
	Tiền sản giật	3	0,6
Viêm âm đạo	Không	469	90,9
	Có	47	9,1
Liên cầu B	Âm tính	397	72,9
	Dương tính	119	23,1
Thụ tinh nhân tạo	Không	427	82,8
	IUI	3	0,6
	IVF	86	16,6

Sản phụ MLT lần đầu có độ tuổi trung bình là $29,9 \pm 4,8$ (tuổi), đa số dưới 35 tuổi (82,8%). Chiều cao trung bình $158 \pm 5,4$ (cm). Tỷ lệ sản phụ mắc đái tháo đường, tăng huyết áp và viêm âm đạo lần lượt là 21,8%, 3,3% và 9,1%. Tỷ lệ sản phụ MLT có chỉ định IUI và IVF lần lượt là 0,6% và 16,6%.

Bảng 2. Đặc điểm chung của thai (n = 516)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số lượng thai	Thai đơn	491	95,2
	Thai đôi	25	4,8
Tuổi thai	$\bar{X} \pm SD$ (tuần)	$38,8 \pm 1,25$	
	Min-max (tuần)	30,6-41,3	
Ngôi thai	Ngôi đầu	437	84,7
	Ngôi mông	49	9,5
	Ngôi vai	6	1,1
	Ngôi khác	24	4,7

Đa số sản phụ MLT lần đầu là đơn thai (95,2%), ngôi đầu (84,7%) và tuổi thai trung bình $38,8 \pm 1,25$ (tuần).



Biểu đồ 1. Phân bố nguyên nhân chỉ định MLT con lần đầu (n = 615)

Ghi chú: Một số sản phụ có hơn 1 nguyên nhân chỉ định mổ lấy thai, tổng số các nguyên nhân chỉ định mổ lấy thai là 615 nguyên nhân/516 sản phụ.

Đa số sản phụ MLT lần đầu do các nguyên nhân do thai (52,5%); tiếp đến là do đường sinh dục của mẹ (29,3%). Ít gặp nhất là do phần phụ thai (8,5%).

Bảng 3. Đặc điểm chỉ định MLT con lần đầu

Đặc điểm		SL (n)	Tỷ lệ (%)
Do đường sinh dục mẹ (n = 151)	Cổ tử cung không tiến triển	130	86,1
	U tiền đạo	10	6,6
	Tử cung bất thường/seotử cung	6	4
	Khung chậu bất thường	3	2
	Bất thường âm hộ/âm đạo/tăng sinh môn	2	1,3
Do bệnh lý của mẹ (n = 58)	Bệnh lý huyết áp/tiền sản giật	22	37,9
	Bệnh máu	5	8,6
	Bệnh lý tim mạch	1	1,7
	Bệnh khác	30	61,7
Nguyên nhân do thai (n = 271)	Đầu không lọt	71	26,2
	Ngôi thai	61	22,5
	Thai to	59	21,8
	Thai suy	42	15,5
	Đa thai	25	9,2
	Thai chậm phát triển	3	1,1
	Khác	10	3,7
Nguyên nhân do phần phụ thai (n = 44)	Rau tiền đạo	16	36,4
	Cạn ối	15	34,1
	Dây rốn bất thường	7	15,9
	Rau bong non	6	13,6
Các nguyên nhân xã hội (n = 91)	Mẹ lớn tuổi	64	70,3
	Xin mổ	19	20,9
	Vô sinh/tiền sử sản khoa nặng nề	8	8,8

Trong số nguyên nhân do thai, nguyên nhân do đầu không lọt chiếm tỷ lệ cao nhất (26,2%); do đường sinh dục mẹ có tỷ lệ cổ tử cung không tiến triển là 81,6%; do bệnh lý của mẹ có huyết áp/sản giật 37,9%; do phần phụ thai có tỷ lệ rau tiền đạo 36,4%; các nguyên nhân xã hội do mẹ lớn tuổi chiếm 70,3%.

Bảng 4. Đặc điểm trẻ sơ sinh (n = 541)

Đặc điểm		SL (n)	Tỷ lệ (%)
Cân nặng	$\bar{X} \pm SD$ (g)	3171,1 $\pm$ 436	
	Min-max (g)	1755-4560	
	< 2500g	45	8,3
	$\geq$ 2500g	496	91,7
Apgar 1 phút	< 4 điểm	0	0
	4-7 điểm	32	5,9
	> 7 điểm	509	94,1
Apgar 5 phút	< 4 điểm	0	0
	4-7 điểm	4	0,7
	> 7 điểm	537	99,3
Chuyển Khoa Hồi sức sơ sinh	Không	468	86,6
	Ngay sau sinh	63	11,6
	Sau khi nằm nội trú	10	1,8
Lý do chuyển Khoa Hồi sức sơ sinh (n = 73)	Suy hô hấp	29	39,5
	Vàng da	12	16,5
Lý do chuyển Khoa Hồi sức sơ sinh (n = 73)	Suy hô hấp và nhiễm trùng	12	16,5
	Non tháng	8	11
	Nhiễm trùng	4	5,5
	Khác	8	11

Đa số trẻ sinh ra có cân nặng $\geq$ 2500g (91,7%); cân nặng trung bình 3171,1 $\pm$ 436 (g). Tỷ lệ trẻ chuyển Khoa Hồi sức sơ sinh là 13,4% với đa số lý do là suy hô hấp (39,5%).

Bảng 5. Tai biến, biến chứng trong và sau MLT lần đầu (n = 516)

Đặc điểm		SL (n)	Tỷ lệ (%)
Tai biến trong mổ	Không có tai biến	511	99,0
	Đờ tử cung	5	1
Biến chứng sau mổ	Không	512	99,2
	Chảy máu	1	0,2
	Nhiều trùng vết mổ	1	0,2
	Viêm niêm mạc tử cung	1	0,2
	Tụ máu vết mổ	1	0,2

Có 5 sản phụ MLT lần đầu đờ tử cung trong khi mổ, trong đó có 2 trường hợp cắt tử cung bán phần để lại 2 buồng trứng, các trường hợp còn lại được xử

trí bằng thắt động mạch tử cung, khâu B-Lynch và truyền máu. Sau can thiệp người bệnh ổn.

Tỷ lệ sản phụ có biến chứng sau mổ chiếm 0,8%.

4. BÀN LUẬN

Xét về nguyên nhân MLT lần đầu, yếu tố liên quan đến thai chiếm tỷ lệ cao nhất (52,5%), tiếp theo là các bất thường thuộc đường sinh dục của mẹ (29,3%), và ít gặp nhất là nguyên nhân liên quan đến phần phụ thai (8,5%). Kết quả này phù hợp với tình hình chung trên thế giới. Theo nghiên cứu của Betrán A.P và cộng sự (2016), các chỉ định MLT do yếu tố thai chiếm hơn 50% tại nhiều quốc gia [5]. Tại Việt Nam, dữ liệu từ Bệnh viện Phụ sản Trung ương và Bệnh viện Quân y 103 cũng khẳng định rằng suy thai, cổ tử cung không tiến triển và ngôi bất thường là hai nguyên nhân phổ biến nhất của MLT lần đầu [3], [4]. Các yếu tố như suy thai cấp, ngôi bất thường, thai to hoặc bất tương xứng thai - khung chậu được xem là những nguyên nhân điển hình. Trong khi đó, nhóm nguyên nhân thuộc về đường sinh dục của mẹ chiếm 29,3%, chủ yếu gồm hẹp khung chậu, u tiền đạo hoặc các bất thường tử cung. Đây là những nguyên nhân sản khoa cổ điển, thường được ghi nhận ở các nước châu Á, nơi chiều cao trung bình và kích thước khung chậu của phụ nữ thấp hơn so với các quốc gia Âu - Mỹ. Phát hiện này gợi mở tầm quan trọng của việc tầm soát sớm, dự báo bất tương xứng thai - khung chậu nhằm hạn chế những ca MLT không thực sự cần thiết. Nguyên nhân từ phần phụ thai (8,5%) ít gặp hơn, chủ yếu là rau tiền đạo, rau bong non, thiếu ối hoặc đa ối. Tuy chiếm tỷ lệ thấp, song đây lại là những chỉ định mang tính cấp cứu, có nguy cơ cao cho cả mẹ và thai nhi nếu không được xử trí kịp thời [8]. Phân tích chi tiết trong nghiên cứu cho thấy trong nhóm nguyên nhân do thai, đầu không lọt chiếm tỷ lệ cao nhất (26,2%). Đây là chỉ định cổ điển của MLT, thường gặp khi có bất tương xứng thai - khung chậu hoặc thai to. Con số này gần tương đồng với kết quả của Nguyễn Thị Hồng (2020) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, trong đó đầu không lọt chiếm 24,5% nguyên nhân MLT lần đầu [3]. Trong nhóm nguyên nhân liên quan đến đường sinh dục mẹ, cổ tử cung không tiến triển chiếm 81,6%, phản ánh tình trạng rối loạn cơ cơ tử cung hoặc bất thường cổ tử cung, dẫn đến thất bại trong chuyển dạ. Theo Silver R.M (2010), cổ tử cung không tiến triển là một trong những nguyên nhân hàng đầu chỉ định MLT tại nhiều nước phát triển, nhất là khi áp dụng các phác đồ khởi phát chuyển dạ [9]. Ngoài ra, yếu tố xã hội cũng góp phần quan trọng: có tới 70,3% sản phụ thuộc nhóm mẹ lớn tuổi ($\geq$ 35 tuổi). Thực tế cho thấy phụ nữ mang thai ở độ tuổi này thường có tỷ lệ chỉ định MLT cao hơn, do lo ngại nguy cơ sản khoa tăng lên [5]. Đây là minh chứng rõ rệt cho tác động của sự thay đổi nhân khẩu học đến xu hướng gia tăng MLT lần đầu.

Khi phân tích kết quả về trẻ sơ sinh, nghiên cứu ghi nhận 91,7% trẻ có cân nặng $\geq$ 2500g, với cân nặng trung bình 3171,1 $\pm$ 436 (g). Mức cân nặng này nằm trong giới hạn bình thường theo WHO, vốn xác định khoảng 2500-4000g là ngưỡng cân nặng sinh lý [1]. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với số liệu

tại Bệnh viện Quân y 103, đa số trẻ sơ sinh có cân nặng trung bình từ 2500-3500 g (75,1%) [4]. Điều đó cho thấy đa số trẻ sinh mổ vẫn đảm bảo tăng trưởng trong tử cung, phản ánh chất lượng quản lý thai kỳ tại cơ sở y tế. Tuy nhiên, đáng chú ý là 13,4% trẻ phải nhập Khoa Hồi sức sơ sinh, trong đó nguyên nhân thường gặp nhất là suy hô hấp (39,5%). Trẻ sinh mổ vốn được chứng minh có nguy cơ cao mắc hội chứng suy hô hấp so với trẻ sinh thường. Nguyên nhân là do không trải qua quá trình chuyển dạ, dịch phổi không được tổng xuất hoàn toàn, làm gia tăng nguy cơ hội chứng suy hô hấp thoáng qua và suy hô hấp sơ sinh [3], [4]. Theo Hansen A.K và cộng sự, trẻ sinh mổ có nguy cơ suy hô hấp cao gấp 2-3 lần so với sinh thường, đặc biệt trong các trường hợp MLT chủ động trước khi có chuyển dạ [10]. Điều này nhấn mạnh rằng dù cân nặng bình thường, trẻ sinh mổ vẫn cần được theo dõi sát về hô hấp sau sinh.

Về biến chứng mẹ, nghiên cứu ghi nhận 5 trường hợp đỡ tử cung trong khi mổ, trong đó 2 trường hợp phải cắt tử cung bán phần, còn lại được xử trí bảo tồn bằng thắt động mạch tử cung, khâu B-Lynch và truyền máu. Tất cả các trường hợp đều được cứu sống, không ghi nhận tử vong. Tỷ lệ biến chứng sau MLT trong nghiên cứu là 0,8%, thấp hơn nhiều so với số liệu từ Bệnh viện Quân y 103 với tỷ lệ biến chứng lên đến 64,1%, với đa số biến chứng là chảy máu (36,2%) [4]. Có thể lý giải điều này bằng đặc thù bệnh viện tư nhân với hệ thống giám sát chặt chẽ, trang thiết bị hiện đại và khả năng can thiệp kịp thời, từ đó giảm thiểu biến chứng nặng. Đỡ tử cung là nguyên nhân hàng đầu gây băng huyết sau sinh - một biến chứng nguy hiểm có thể đe dọa tính mạng sản phụ [1]. Tình trạng này thường liên quan đến các yếu tố nguy cơ như đa thai, đa ối, thai to, chuyển dạ kéo dài hoặc dùng thuốc tăng co tử cung lâu dài [3]. Các phác đồ xử trí hiện đại như khâu B-Lynch, thắt động mạch tử cung đã chứng minh hiệu quả trong bảo tồn tử cung, đặc biệt ở phụ nữ còn nhu cầu sinh sản, và được khuyến cáo bởi FIGO cũng như ACOG [8].

Mặc dù MLT lần đầu nhìn chung an toàn, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguy cơ biến chứng nghiêm trọng như đỡ tử cung vẫn hiện hữu, do đó cần nhấn mạnh tầm quan trọng của việc dự phòng, phát hiện sớm và can thiệp kịp thời.

Tuy nhiên, cũng cần lưu ý một số hạn chế của nghiên cứu: thiết kế mô tả cắt ngang chỉ phản ánh đặc điểm tại một thời điểm, chưa đủ cơ sở để xác định mối liên hệ nhân - quả giữa các yếu tố nguy cơ và kết cục sản khoa; nghiên cứu tiến hành tại một bệnh viện tư nhân ở Hà Nội với cỡ mẫu hạn chế, nên khó có thể khái quát cho toàn bộ hệ thống y tế, đặc biệt là các bệnh viện công lập và tuyến tỉnh, nơi đặc điểm dân số và điều kiện chăm sóc sản phụ khác biệt đáng kể; dân số nghiên cứu tại bệnh viện tư nhân thường có đặc điểm kinh tế - xã hội cao hơn, cùng xu hướng lựa chọn MLT do nguyện vọng cá nhân (ví dụ mẹ lớn tuổi, IVF), dẫn đến nguy cơ thiên lệch chọn mẫu, làm giảm tính đại diện. Ngoài ra, nghiên cứu mới tập trung vào một số nguyên nhân MLT và biến chứng ngắn hạn, trong khi các yếu tố lâm sàng chi tiết như loại MLT (chủ động hay cấp cứu), phương pháp gây mê, chỉ số Apgar, diễn biến hậu phẫu hay ảnh hưởng lâu dài của MLT lần đầu chưa được phân tích.

Từ những hạn chế trên, để có cái nhìn toàn diện hơn, cần có các nghiên cứu đa trung tâm, quy mô lớn, thiết kế theo dõi dọc, nhằm đánh giá cả tác động ngắn hạn lẫn dài hạn của MLT lần đầu đối với sức khỏe mẹ và con. Điều này sẽ giúp cung cấp bằng chứng khoa học đầy đủ hơn, hỗ trợ xây dựng các chính sách y tế hợp lý nhằm kiểm soát tỷ lệ MLT tại Việt Nam.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy sản phụ MLT lần đầu chủ yếu dưới 35 tuổi, song tỷ lệ bệnh lý kèm theo và mang thai IVF khá cao, cùng với các nguyên nhân như đầu không lọt, cổ tử cung không tiến triển, rau tiền đạo và mẹ lớn tuổi. Phần lớn trẻ sơ sinh có cân nặng bình thường, nhưng nguy cơ suy hô hấp và nhập Khoa Hồi sức sơ sinh vẫn đáng kể. Tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, tuy nhiên vẫn có ca đỡ tử cung. Cần tăng cường quản lý thai kỳ, tầm soát nguy cơ và cân nhắc chỉ định mổ hợp lý để giảm thiểu can thiệp không cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva, 2021.
- [2] Ties Boerma et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 2018, 392 (10155), pp. 1341-1348.
- [3] Nguyễn Thị Hồng. Thực trạng mổ lấy thai lần đầu tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2020, 498 (1), tr. 422-426.
- [4] Đào Nguyên Hùng và cộng sự. Nhận xét chỉ định và kết quả của sản phụ mổ lấy thai lần đầu tại Bệnh viện Quân y 103 năm 2024. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2025, 553 (1), tr. 216-220.
- [5] Betrán A.P et al. (2016), "The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PloS one*, vol. 11, no. 2, p. e0148343.
- [6] Marshall N.E et al. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *American journal of obstetrics gynecology*, 2011, 205 (3), pp. 262-262.
- [7] Ngô Thị Bằng, Vương Thị Quỳnh Nga, Đoàn Mạnh Tín. Nhận xét và đánh giá kết quả mổ lấy thai lần đầu tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024, 543 (1), tr. 181-186.
- [8] Eric Jauniaux et al. New evidence-based diagnostic and management strategies for placenta accreta spectrum disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2019, 61, pp. 75-88.
- [9] Silver R.M. Delivery after previous cesarean: long-term maternal outcomes. *Semin Perinatol*, 2010, 34 (4), pp. 258-266.
- [10] Hansen A.K, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen T.B. Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007, 86: 389-394.