

FACTORS ASSOCIATED WITH THE INDICATION FOR CESAREAN SECTION IN FULL-TERM PRIMIPAROUS WOMEN AT THAI NGUYEN A HOSPITAL

Le Thi Thu Ha^{1*}, Pham My Hoai¹, Nguyen Tuan Minh², Nguyen Thi Mo¹

¹University of Medicine and Pharmacy, Thai Nguyen University - 284 Luong Ngoc Quyen, Thai Nguyen province, Vietnam

²Hanoi Obstetrics & Gynecology Hospital - 929 La Thanh, Lang ward, Hanoi, Vietnam

Received: 28/11/2025

Revised: 17/12/2025; Accepted: 22/01/2026

ABSTRACT

Objective: The study was conducted to evaluate several factors related to the indication for cesarean section among full-term primiparous women at the Obstetrics Department of A Thai Nguyen Hospital.

Method: This was a descriptive cross-sectional and retrospective study based on 704 medical records of full-term primiparous women from September 1, 2024, to December 31, 2024.

Results: The cesarean section rate among primiparous women was 56.1%. Specifically, the cesarean section rate was 55.7% in women under 35 years old and 70.6% in those over 35 years old. Regarding fetal weight, the cesarean section rate was 53.1% in the group weighing less than 3500g, and 68% in the group weighing more than 3500g. Maternal height showed an inverse correlation with the cesarean section rate, with a regression coefficient of -0.0607. The cesarean section rate was 54.7% among women with spontaneous conception and 79.5% among those with assisted reproductive conception.

Conclusion: Statistical analysis indicated that factors significantly associated with the indication for cesarean section included fetal weight of 3500g or more (OR = 0.532; $p = 0.001$), maternal height (significant inverse correlation, $p < 0.05$), and conception through assisted reproductive techniques (OR = 3.2; $p = 0.002$). Additionally, the rate of cesarean section tended to increase with maternal age.

Keywords: Benign primipara, cesarean section, full-term, related factors, Thai Nguyen.

*Corresponding author

Email: lethuha100798@gmail.com Phone: (+84) 326913838 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD1.4286>

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI Ở SẢN PHỤ CON SO ĐỦ THÁNG TẠI BỆNH VIỆN A THÁI NGUYÊN

Lê Thị Thu Hà^{1*}, Phạm Mỹ Hoài¹, Nguyễn Tuấn Minh², Nguyễn Thị Mơ¹

¹Trường Đại học Y dược, Đại học Thái Nguyên - 284 Lương Ngọc Quyến, phường Phan Đình Phùng, tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

²Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội - 929 La Thành, phường Láng, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 28/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 17/12/2025; Ngày duyệt đăng: 22/01/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố liên quan đến chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so đủ tháng tại Khoa Sản, Bệnh viện A Thái Nguyên.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu được tiến hành dựa trên 704 hồ sơ bệnh án của các sản phụ con so đủ tháng từ ngày 1/9/2024 đến 31/12/2024.

Kết quả: Tỷ lệ mổ lấy thai ở sản phụ con so là 56,1%, trong đó tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm sản phụ dưới 35 tuổi là 55,7%, còn ở nhóm trên 35 tuổi là 70,6%. Xét theo cân nặng thai nhi, nhóm dưới 3500g có tỷ lệ mổ lấy thai là 53,1%, trong khi nhóm trên 3500g là 68%. Chiều cao của mẹ có mối tương quan nghịch với tỷ lệ mổ lấy thai, với hệ số hồi quy là -0,0607. Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm thai tự nhiên là 54,7%, trong khi ở nhóm thai hỗ trợ sinh sản là 79,5%.

Kết luận: Các yếu tố có ý nghĩa thống kê đối với chỉ định mổ lấy thai bao gồm: cân nặng thai nhi từ 3500g trở lên (OR = 0,532; p = 0,001), chiều cao của mẹ (tương quan nghịch có ý nghĩa, p < 0,05) và hình thức thụ thai bằng phương pháp hỗ trợ sinh sản (OR = 3,2; p = 0,002). Ngoài ra, tỷ lệ mổ lấy thai cũng có xu hướng tăng dần theo nhóm tuổi mẹ.

Từ khóa: Con so, mổ lấy thai, đủ tháng, yếu tố liên quan, Thái Nguyên.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai là phương pháp chấm dứt thai kỳ bằng cách đưa thai nhi và phần phụ của thai ra khỏi buồng tử cung thông qua đường rạch ở thành bụng và tử cung. Vào cuối thế kỷ XIX, đây được xem là một phẫu thuật có nguy cơ rất cao, với tỷ lệ tử vong mẹ dao động từ 50-85%, chủ yếu do tình trạng chảy máu và nhiễm khuẩn hậu phẫu. Nhờ những tiến bộ vượt bậc trong kỹ thuật mổ, vô khuẩn, truyền máu và gây mê hồi sức, tỷ lệ tử vong mẹ liên quan đến mổ lấy thai (MLT) đã giảm rõ rệt trong thế kỷ XX và XXI.

Tuy nhiên, song song với sự an toàn được cải thiện, tỷ lệ MLT lại tăng nhanh ở nhiều quốc gia. Theo thống kê toàn cầu, năm 2015 tỷ lệ MLT đã tăng gấp khoảng 10 lần so với năm 2000. Tổ chức Y tế Thế giới đã khuyến cáo rằng, tỷ lệ MLT hợp lý trong cộng đồng nên dao động từ 10-15% [1]. Theo Martin J.A và cộng sự (2023), tỉ lệ MLT tại Hoa Kỳ đã tăng lên 32,1% [2]. Tại Việt Nam, tỷ lệ MLT cũng đang có xu hướng tăng lên qua các năm. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Bình (2013) cho thấy tỷ lệ MLT con so tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2012 là 46,3% [3], và đến năm 2020 tăng lên 57,4% [4]. Gần đây nhất, nghiên cứu của Tô Mai Chi (2024) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Gia Lai cho thấy tỷ lệ này đạt 59,4% [5].

MLT mặc dù là một phẫu thuật cứu sinh, nhưng vẫn tiềm ẩn nhiều nguy cơ cho mẹ và trẻ sơ sinh như chảy máu, nhiễm trùng, rau tiền đạo, rau cài răng lược, thai làm tổ ở sẹo mổ cũ, vỡ tử cung, hay vô sinh do khuyết sẹo mổ [6]. Chính vì vậy, việc kiểm soát và xác định đúng chỉ định MLT, đặc biệt ở nhóm sản phụ con so, có ý nghĩa quan trọng.

Bệnh viện A Thái Nguyên là bệnh viện đa khoa hạng I tuyến tỉnh, có thể mạnh về sản - nhi, tuy nhiên vẫn còn ít nghiên cứu đánh giá về chỉ định MLT con so tại đây. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nhận xét một số yếu tố liên quan đến chỉ định MLT ở sản phụ con so đủ tháng tại Bệnh viện A Thái Nguyên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: sản phụ đẻ lần đầu; tuổi thai từ 37 tuần 0 ngày đến 41 tuần 6 ngày; thai sống; hồ sơ đầy đủ các thông tin cần thiết về phía mẹ, trẻ sơ sinh theo mẫu phiếu nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: các trường hợp hồ sơ bệnh án ghi chép không đầy đủ thông tin nghiên cứu hoặc sản phụ mổ đẻ ở nơi khác chuyển đến trong thời gian nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: lethuha100798@gmail.com Điện thoại: (+84) 326913838 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD1.4286>

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Từ 1/9/2024 đến 31/12/2024 tại Khoa sản, Bệnh viện A Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả với thiết kế cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu trong nghiên cứu

Lấy mẫu thuận tiện không xác suất. Lựa chọn toàn bộ mẫu đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế chúng tôi thu thập được 704 bệnh nhân đưa vào nghiên cứu.

2.5. Các biến số, chỉ số nghiên cứu và cách thu thập số liệu

- Chỉ số nghiên cứu: đặc điểm về sản phụ (cân nặng, tuổi, nghề nghiệp, khu vực sinh sống, chiều cao, dân tộc, bệnh lý khi mang thai, tình trạng phần phụ thai, phương pháp đẻ); sự kết hợp các lý do trong chỉ định MLT; thời điểm MLT; chỉ định MLT (do thai, do đường sinh dục, do phần phụ của thai, do nguyên nhân khác); chỉ định MLT do bệnh lý của mẹ.

- Biến số nghiên cứu: các chỉ số nghiên cứu trên; đặc điểm của thai và trẻ sơ sinh; tỷ lệ MLT trên tổng số đẻ con so; tỷ lệ các nhóm chỉ định MLT; liên quan giữa nghề nghiệp, tuổi, dân tộc, nơi sinh sống, chiều cao, cân nặng của sản phụ; liên quan giữa trọng lượng thai nhi, hình thức thụ thai, giới tính thai nhi với MLT; liên quan giữa ối vỡ non, ối vỡ sớm với MLT.

2.6. Xử lý số liệu

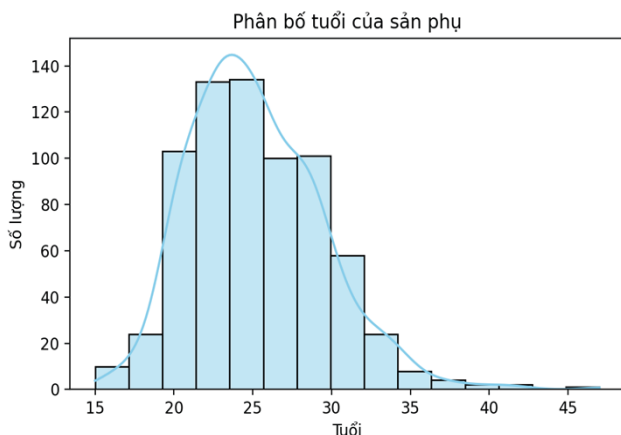
- Số liệu được nhập bằng phần mềm Microsoft Excel và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Số liệu được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm, giá trị trung bình. Kiểm định Chi bình phương (χ^2) được sử dụng để so sánh tỉ lệ giữa các nhóm và kiểm định Phi, Cramer's V giữa nhiều hơn 2 nhóm. Kết luận đưa ra dựa trên giá trị p với ngưỡng ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên cho đề tài nghiên cứu lấy số liệu tại Bệnh viện A Thái Nguyên năm 2024, theo Quyết định số 1349/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 19/11/2024.

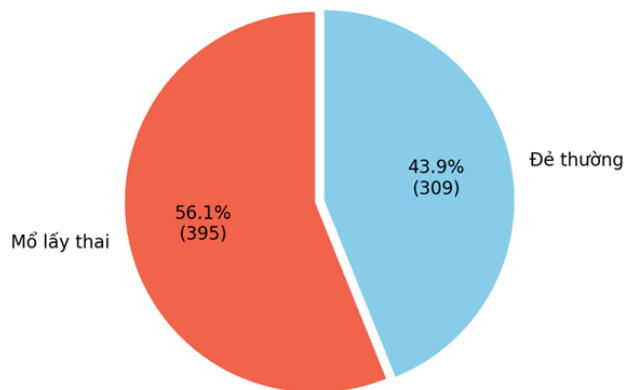
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Phân bố độ tuổi của sản phụ

Theo biểu đồ 1, sản phụ nhỏ tuổi nhất là 15 tuổi, lớn nhất là 47 tuổi, độ tuổi trung bình là $25,20 \pm 4,23$ tuổi.

Tỉ lệ mổ lấy thai vs đẻ thường



Biểu đồ 2. Tỷ lệ mổ lấy thai và đẻ thường

Theo biểu đồ 2, trong tổng số 704 ca đẻ, có 395 ca MLT, chiếm 56,1%; và 309 ca đẻ thường, chiếm 43,9%.

Bảng 1. Liên quan giữa tuổi của sản phụ với tỷ lệ MLT

Tuổi	MLT		Đẻ đường âm đạo		P
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
≥ 35 tuổi (n = 17)	12	70,6	5	29,4	0,223
< 35 tuổi (n = 687)	383	55,7	304	44,3	
Tổng số (n = 704)	395	56,1	309	43,9	
OR = 1,905 (0,664-5,446)					

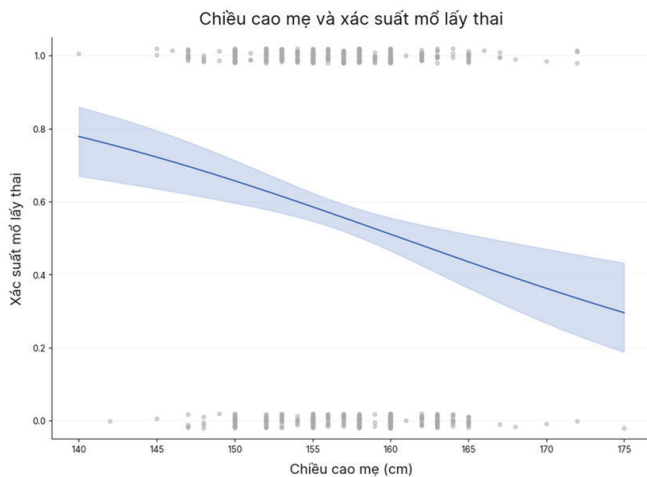
Tỉ lệ MLT là 55,7% ở nhóm sản phụ dưới 35 tuổi và 70,6% ở nhóm sản phụ từ 35 tuổi trở lên. Có thể thấy tỉ lệ MLT ở nhóm từ 35 tuổi trở lên cao hơn nhóm dưới 35 tuổi, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê do giá trị $p = 0,223 (> 0,05)$, có thể do số lượng sản phụ trong nhóm từ 35 tuổi trở lên quá ít.

Bảng 2. Liên quan giữa trọng lượng trẻ sơ sinh với MLT

Trọng lượng trẻ	MLT		Đẻ đường âm đạo		p
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
≥ 3500 gam (n = 124)	97	78,2	27	21,8	< 0,001
< 3500 gam (n = 591)	308	52,1	283	47,9	
Tổng số (n = 715)	405	56,6	310	43,4	
OR = 3,301 (2,092-5,208)					

Ghi chú: Có 704 sản phụ, trong đó có 11 ca song thai nên tổng số trẻ sơ sinh là 715. Trong 11 ca song thai, có 10 ca mổ đẻ, 1 ca đẻ thường.

Tỷ lệ MLT ở nhóm sơ sinh có trọng lượng dưới 3500g (52,1%) thấp hơn nhóm từ 3500g trở lên (78,2%). Kiểm định sự khác biệt tỉ lệ MLT giữa 2 nhóm cân nặng sơ sinh tính được giá trị $p < 0,001$, điều này cho thấy sự khác biệt tỷ lệ MLT giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với OR = 3,301, khoảng tin cậy (KTC) 95% = 2,092-5,208.



Biểu đồ 3. Liên quan giữa chiều cao của mẹ với MLT

Theo biểu đồ 3, đường hồi quy cho thấy xác suất giảm khi chiều cao tăng. Chiều cao sản phụ khoảng 145 cm thì xác suất MLT khoảng 70%; chiều cao sản phụ khoảng 165 cm thì xác suất MLT còn khoảng 45%.

Điểm tán xạ nhấn mạnh phân bố thực tế: nhiều ca mổ tập trung ở chiều cao trung bình và thấp, có ít sản phụ cao trên 165 cm phải MLT.

Hệ số hồi quy là -0,0607 với giá trị $p < 0,001$. Điều đó cho thấy với mỗi 1 cm chiều cao tăng lên, tỷ lệ MLT giảm khoảng 6%. KTC 95% là -0,0923 đến -0,0292, không cắt giá trị 0, cho thấy có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Liên quan giữa hình thức thụ thai với MLT

Hình thức thụ thai	MLT		Đẻ đường âm đạo		p
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Thai hỗ trợ sinh sản (IUI, IVF) (n = 39)	31	79,5	8	20,5	0,002
Thai tự nhiên (n = 665)	364	54,7	301	45,3	
Tổng số (n = 704)	395	56,1	309	43,9	
OR = 3,204 (1,451-7,075)					

Tỷ lệ MLT ở nhóm thai tự nhiên (54,7%) thấp hơn ở nhóm thai hỗ trợ sinh sản (79,5%) với $p = 0,002$ ($< 0,05$), cho thấy sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê, với OR = 3,2; KTC 95% = 1,451-7,075.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ MLT

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ MLT ở sản phụ con so đủ tháng tại Bệnh viện A Thái Nguyên là 56,1%. Con số này cao hơn đáng kể so với khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, vốn cho rằng tỷ lệ MLT ở cấp độ quần thể chỉ nên dao động trong khoảng 10-15% [1].

Tuy nhiên, kết quả này không phải là một hiện tượng cá biệt mà phản ánh một xu hướng chung đang diễn ra trên toàn thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng.

Theo nghiên cứu của Martin J.A và cộng sự cho thấy tỷ lệ MLT ở Hoa Kỳ tăng nhanh trong 20 năm trở lại đây, từ 21% năm 1996 lên 32,8% năm 2011, và tỷ lệ mổ ở lần đẻ sau là 90%; điều này góp phần làm tăng tỷ lệ MLT chung từ

20,7% của năm 1996 lên 29,1% năm 2004. Năm 2023 tỉ lệ MLT tại Hoa Kỳ đã tăng lên 32,1% [2].

Tỷ lệ MLT trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nhiều nghiên cứu gần đây tại Việt Nam trên đối tượng sản phụ con so như 46,3% tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2012 [3]; 50,2% tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2020 [7]; 57,4% tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2020 [4]; và gần đây nhất là 59,4% tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Gia Lai vào năm 2024 trong nghiên cứu của Tô Mai Chi [5]. Điều này cho thấy tỷ lệ MLT càng ngày càng cao ở sản phụ con so là một thách thức y tế cộng đồng mang tính hệ thống tại Việt Nam.

4.2. Liên quan giữa tuổi của sản phụ với tỷ lệ MLT

Phân bố độ tuổi trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là $25,2 \pm 4,23$ tuổi, với nhóm tuổi từ 21-25 chiếm tỷ lệ cao nhất (43%), tiếp theo là nhóm 26-30 tuổi (38%). Đặc điểm nhân khẩu học này phù hợp với dữ liệu quốc gia cho thấy độ tuổi sinh con đầu lòng trung bình của phụ nữ Việt Nam là từ 25-28 tuổi, cho thấy mẫu nghiên cứu có tính đại diện cho quần thể sản phụ con so trong khu vực.

Kết quả nghiên cứu cho thấy một xu hướng rõ ràng: tỷ lệ MLT tăng dần theo độ tuổi của mẹ, từ 41,2% ở nhóm dưới 20 tuổi lên đến 70,6% ở nhóm từ 35 tuổi trở lên. Mặc dù khi phân tích theo hai nhóm (< 35 tuổi và ≥ 35 tuổi), sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,223$, OR = 1,905), điều này có khả năng cao là do sai lầm loại II, xuất phát từ số lượng quá ít sản phụ ở nhóm ≥ 35 tuổi ($n = 17$). Tuy nhiên, phân tích xu hướng trên tất cả các nhóm tuổi cho thấy giá trị $p \approx 0,058$, tiệm cận ngưỡng ý nghĩa thống kê, gợi ý mạnh mẽ về một mối liên quan có ý nghĩa lâm sàng mà có thể được xác nhận với một cỡ mẫu lớn hơn.

Tuổi mẹ cao không chỉ là một biến số đơn thuần về mặt thời gian, mà còn là một yếu tố đại diện cho sự hội tụ của nhiều yếu tố sinh học, lâm sàng và tâm lý xã hội. Về mặt sinh học, quá trình lão hóa có thể làm giảm hiệu quả co bóp của cơ tử cung, làm tăng nguy cơ chuyển dạ đình trệ. Về mặt lâm sàng, sản phụ lớn tuổi có tỷ lệ mắc các bệnh lý đi kèm cao hơn, như tăng huyết áp, đái tháo đường, u xơ tử cung, vốn là những chỉ định MLT độc lập. Đặc biệt trong bối cảnh Việt Nam, yếu tố “con quý con hiếm” (sản phụ lớn tuổi, có tiền sử hiếm muộn hoặc sử dụng các phương pháp hỗ trợ sinh sản) tạo ra một áp lực tâm lý lớn, khiến cả gia đình và nhân viên y tế có xu hướng ít chấp nhận rủi ro của một cuộc chuyển dạ tự nhiên và ưu tiên một ca mổ chủ động được cho là “có kiểm soát”. Do đó, chỉ định “con so lớn tuổi” thường hoạt động như một chỉ định tương đối, khi kết hợp với các yếu tố nhỏ khác, sẽ dễ dàng nghiêng cán cân quyết định về phía MLT.

4.3. Liên quan giữa trọng lượng của trẻ sơ sinh với MLT

Nghiên cứu của chúng tôi xác định mối liên quan mạnh mẽ và có ý nghĩa thống kê giữa cân nặng thai nhi từ 3500g trở lên và chỉ định MLT (tỷ lệ MLT là 78,2% so với 52,1%; OR = 3,301; $p < 0,001$). Ngưỡng 3500g là một chỉ dấu lâm sàng quan trọng tại Việt Nam, nơi tầm vóc trung bình của phụ nữ nhỏ hơn so với các nước phương Tây, trong khi đa phần các guideline trên thế giới đều lấy mốc chẩn đoán thai to là 4000g [8]. Cân nặng thai nhi vượt ngưỡng này thường được xem là “thai to” và làm dấy lên lo ngại về bất tương xứng đầu - chậu và kẹt vai, những biến chứng có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng cho cả mẹ và con.

Tuy nhiên, cần phân tích sâu hơn về quá trình ra quyết định lâm sàng. Chỉ định thường dựa trên “ngại ngại thai to” qua siêu âm trước sinh, một phương pháp có độ chính xác hạn chế và sai số càng tăng khi cân nặng thai càng lớn. Một nghiên cứu gần đây của Nguyễn Việt Hoàng và cộng sự tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang cho thấy tỷ lệ thai to thực sự sau phẫu thuật chiếm 86,8%, còn lại có đến 13,2% trẻ có trọng lượng thai dưới 3500g [7]. Vì vậy, cần tăng cường công tác thăm khám trước khi đưa ra chỉ định MLT vì nguyên nhân thai to. Cần kết hợp nhiều phương pháp tính tuổi thai như đo bề cao tử cung, vòng bụng.

4.4. Liên quan giữa chiều cao của mẹ với MLT

Nghiên cứu đã chứng minh một mối tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê rõ rệt giữa chiều cao của mẹ và tỷ lệ MLT (hệ số hồi quy = -0,0607, $p < 0,001$). Cụ thể, cứ mỗi cm chiều cao tăng thêm, nguy cơ MLT giảm khoảng 6%. Điều này được minh họa qua biểu đồ hồi quy, cho thấy xác suất MLT khoảng 70% ở chiều cao 145 cm và giảm xuống còn khoảng 45% ở chiều cao 165 cm.

Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các bằng chứng khoa học trên thế giới. Chiều cao của mẹ là một chỉ số đại diện cho kích thước khung chậu. Phụ nữ có tầm vóc thấp bé có nhiều khả năng sở hữu một khung chậu hẹp hoặc giới hạn, làm tăng nguy cơ bất tương xứng đầu - chậu thực sự về mặt giải phẫu. Tại châu Á, một nghiên cứu của Ấn Độ cho thấy: so với các bà mẹ có chiều cao 150 cm, các bà mẹ có chiều cao 147 cm có nguy cơ MLT cao hơn 1,2 lần (AOR = 1,18; KTC 95% = 1,15-1,21). Đồng thời, các bà mẹ có chiều cao 153 cm có khả năng sinh mổ thấp hơn 10% (AOR = 0,89; KTC 95% = 0,87-0,91) [9].

4.5. Liên quan giữa hình thức thụ thai với MLT

Thụ thai bằng các phương pháp hỗ trợ sinh sản như IUI, IVF là yếu tố dự báo mạnh mẽ nhất cho chỉ định MLT trong nghiên cứu của chúng tôi, làm tăng nguy cơ lên hơn 3 lần (tỷ lệ MLT 79,5% so với 54,7%; OR = 3,2; $p = 0,02$). Kết quả này được củng cố bởi một nghiên cứu lớn tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, nơi ghi nhận nguy cơ còn cao hơn (OR = 5,91) [10].

Cần phải nhận định rằng mối liên quan này không chỉ xuất phát từ cơ chế sinh học của việc thụ thai. Thay vào đó, nó là kết quả của một sự tương tác phức tạp giữa các yếu tố nhiều và mô hình thực hành lâm sàng. Một thai kỳ có được nhờ hỗ trợ sinh sản thường là kết quả của một hành trình dài, tốn kém về tài chính và căng thẳng về mặt cảm xúc. Bối cảnh này biến thai kỳ thành một sự kiện có ý nghĩa lớn đối với cả gia đình và nhân viên y tế. Các sản phụ này thường lớn tuổi hơn và có tiền sử hiếm muộn, vốn đã đặt họ vào nhóm nguy cơ cao. Cái “nhân” thai kỳ IVF hay “con quý con hiếm” cũng đã tạo ra một tâm lý lo ngại rủi ro, làm giảm sự chấp nhận đối với những căng thẳng sinh lý và sự không chắc chắn của chuyển dạ tự nhiên. Bản thân sản phụ và gia đình, sau khi đã đầu tư rất nhiều, cũng có thể yêu cầu MLT vì tin rằng đó là lựa chọn “an toàn” hơn, ít rủi ro hơn để đảm bảo một em bé khỏe mạnh chào đời.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ MLT ở sản phụ con so đủ tháng tại Bệnh viện A Thái Nguyên là 56,1%, một con số cao hơn đáng kể so với khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới và phản ánh một thách thức y tế công cộng rộng lớn tại Việt Nam.

Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với việc tăng nguy cơ MLT bao gồm cân nặng thai nhi từ 3500g trở lên (OR = 3,301), chiều cao của mẹ thấp hơn (tương quan nghịch, $p < 0,001$), và hình thức thụ thai bằng phương pháp hỗ trợ sinh sản (OR = 3,2).

Một xu hướng tăng tỷ lệ MLT theo độ tuổi của mẹ đã được quan sát thấy rõ rệt về mặt lâm sàng, mặc dù chưa đạt ý nghĩa thống kê do hạn chế về cỡ mẫu.

Mức độ cao của tỷ lệ MLT chung cho thấy đây là một vấn đề đa yếu tố, không chỉ bị chi phối bởi các yếu tố nguy cơ y khoa và sản khoa đã được xác định, mà còn chịu ảnh hưởng lớn từ các yếu tố phi y khoa, văn hóa - xã hội và hệ thống y tế chưa được đo lường.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Betran A.P, Torloni M.R et al. WHO statement on caesarean section rates. International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2015, 123 (5): 667-670. doi: 10.1111/1471-0528.13526.
- [2] Martin J.A, Hamilton B.E, Osterman M.J.K. Births in the United States, 2023. NCHS Data Brief, 2024 (507): 10.15620/cdc/158789. doi: 10.15620/cdc/158789
- [2] Gholitabar M, Ullman R, James D, Griffiths M and Guideline Development Group of the National Institute for Health and Clinical Excellence. Caesarean section: summary of updated NICE guidance. BMJ, 2011, 343: d7108. doi: 10.1136/bmj.d7108.
- [3] Nguyễn Thị Bình. Nhận xét tình hình mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2012. Tạp chí Y học thực hành, 2013, 11: 144-146.
- [4] Tống Thị Khánh Hằng. 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. Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên, 2020.
- [5] Tô Mai Chi. 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 (2): 100-103. doi: 10.51298/vmj.v540i2.10354.
- [6] Kelly S, Sprague A et al. Bartholomew. Examining caesarean section rates in Canada using the Robson classification system. J Obstet Gynaecol Can, 2013, 35 (3): 206-214. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30992-0.
- [7] Nguyễn Việt Hoàng và cộng sự. Chỉ định mổ lấy thai con so nguyên nhân do thai tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023, 522 (1): 335-339. doi:10.51298/vmj.v522i1.4290.
- [8] Macrosomia: ACOG practice bulletin summary, number 216. Obstetrics & Gynecology, 2020, 135 (1): 246-248. doi: 10.1097/AOG.0000000000003607.
- [9] Marbaniang S.P, Lungdim H, Chaurasia H. Effect of maternal height on the risk of caesarean section in singleton births: evidence from a large-scale survey in India. BMJ Open, 2022, 12 (1): e054285. doi: 10.1136/bmjopen-2021-054285.
- [10] Mai Trọng Dũng, Nguyễn Đức Thắng và cộng sự. 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.