

CURRENT STATUS OF CESAREAN SECTION FOR FIRST CHILD AT HA DONG GENERAL HOSPITAL

Vu Dinh Nam^{1*}, Nguyen Duc Tu², Vu Thi Thuy Linh¹, Nguyễn Đức Anh³

¹Dai Nam University - 1 Xom street, Phu Luong ward, Hanoi, Vietnam

²Ha Dong General Hospital - 2 Be Van Dan, Ha Dong ward, Hanoi, Vietnam

³Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Ha Noi.

Received: 12/03/2026

Revised: 28/03/2026; Accepted: 22/05/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the clinical and sub-clinical characteristics and indications for primary cesarean section among nulliparous women at Ha Dong General Hospital from 1/7/2024 to 30/6/2025.

Subject and methods: A cross-sectional study was conducted on 1,167 nulliparous women who underwent cesarean section at Ha Dong General Hospital between July 1, 2024, and June 30, 2025. Medical records were systematically reviewed to collect relevant data.

Results: The mean maternal age was 28.6 ± 5.2 years, and the mean gestational age was 38.8 ± 1.4 weeks. Emergency cesarean sections accounted for 72.6% of all cases. Common sub-clinical findings included anemia, oligohydramnios, and abnormal placental localization. Indications for cesarean section were predominantly due to fetal causes (67.4%), followed by abnormal labor (13.1%), maternal causes (7.9%), placental or umbilical cord factors (6.8%), and social reasons (4.8%). Notably, fetal distress was identified as the most frequent individual indication.

Conclusion: Primary cesarean sections at Ha Dong General Hospital were most common among young, full-term nulliparous women, with a high prevalence of emergency procedures. Many cases exhibited sub-clinical abnormalities related to pregnancy-associated pathologies. Social reasons remained a significant factor, highlighting the critical role of obstetric counseling and the need to optimize surgical indications to reduce unnecessary procedures.

Keywords: Nulliparous cesarean section, clinical characteristics, fetal distress, social reasons.

*Corresponding author

Email: nambmsandhydn@gmail.com Phone: (+84) 862.784.018 DOI: 10.52163/yhc.v67i5.5159

THỰC TRẠNG MỔ LẤY THAI CON SO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG

Vũ Đình Nam^{1*}, Nguyễn Đức Tú², Vũ Thị Thuỳ Linh¹, Nguyễn Đức Anh³

¹Trường Đại học Đại Nam - số 1 phố Xóm, phường Phú Lương, Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Hà Đông - 2 Bế Văn Đàn, phường Hà Đông, Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội

Ngày nhận bài: 12/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 28/03/2026; Ngày duyệt đăng: 22/05/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các chỉ định mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông từ 1/7/2024 đến 30/6/2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang trên 1167 sản phụ con so được mổ lấy thai có hồ sơ bệnh án lưu trữ tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông từ 1/7/2024 đến 30/6/2025.

Kết quả: Tuổi mẹ trung bình $28,6 \pm 5,2$ tuổi; tuổi thai trung bình $38,8 \pm 1,4$ tuần. Mổ cấp cứu chiếm 72,6%. Một số sản phụ có tình trạng thiếu máu, thiếu ối, vị trí rau bám bất thường. Chỉ định mổ do nguyên nhân từ thai chiếm tỉ lệ cao nhất (67,4%), tiếp theo là nguyên nhân do chuyển dạ bất thường (13,1%), nguyên nhân do mẹ (7,9%), phần phụ của thai (6,8%) và lý do xã hội (4,8%), trong đó thai suy là nguyên nhân đơn lẻ thường gặp nhất.

Kết luận: Mổ lấy thai con so tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông thường gặp ở sản phụ trẻ, thai đủ tháng, với tỉ lệ mổ cấp cứu cao. Nhiều trường hợp có bất thường cận lâm sàng liên quan đến bệnh lý thai kỳ. Lý do xã hội vẫn chiếm tỉ lệ đáng kể, nhấn mạnh vai trò của tư vấn sản khoa và tối ưu hóa chỉ định mổ.

Từ khóa: Mổ lấy thai con so, đặc điểm lâm sàng, thai suy, lý do xã hội.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai là phẫu thuật lấy thai và phần phụ của thai ra khỏi buồng tử cung thông qua đường rạch ở thành bụng và tử cung [1]. Được coi là một phẫu thuật phổ biến trong sản khoa, được chỉ định nhằm đảm bảo an toàn cho bà mẹ và thai nhi trong các trường hợp đẻ khó, những trường hợp không đẻ được qua đường âm đạo do nhiều lý do khác nhau. Có thể coi như đây là giải pháp cứu cánh trong các tình huống cấp cứu như rau tiền đạo, sa dây rốn hay suy thai cấp... Tuy nhiên, mổ lấy thai (MLT) vẫn là một cuộc đại phẫu kèm theo những rủi ro nhất định như nhiễm trùng, băng huyết sau sinh, và các biến cố thuyên tắc mạch [2]. Đặc biệt, hệ lụy của MLT lần đầu còn kéo dài đến các lần mang thai sau, làm gia tăng tỷ lệ MLT lần sau, tăng tỷ lệ nhiễm trùng hậu sản, tăng tỷ lệ rau tiền đạo, cài răng lược, chữa vết mổ, vỡ tử cung, dính ruột sau mổ, tăng chi phí cuộc đẻ... gây áp lực lớn lên hệ thống chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Trong những thập kỷ gần đây, tỷ lệ MLT đang có xu hướng gia tăng nhanh chóng trên toàn cầu cũng như tại Việt Nam. Sự gia tăng này không chỉ xuất phát từ các yếu tố bệnh lý mà còn chịu tác động từ thay đổi trong thực hành lâm sàng, áp lực pháp lý y khoa và nguyện vọng của sản phụ. Tổ chức Y tế Thế giới nhấn mạnh rằng, khi tỷ lệ MLT vượt quá ngưỡng 10-15%, lợi ích về giảm tỷ lệ tử vong mẹ và trẻ sơ sinh không còn tương xứng với những nguy cơ mà

phẫu thuật mang lại [3-4]. Do đó, việc kiểm soát và tối ưu hóa chỉ định MLT, đặc biệt là MLT lần đầu, trở thành một ưu tiên hàng đầu trong quản lý chất lượng sản khoa. Bệnh viện Đa khoa Hà Đông là cơ sở y tế đa khoa hạng I, đóng vai trò là trung tâm tiếp nhận và xử trí các trường hợp sản khoa phức tạp tại khu vực cửa ngõ Thủ đô. Với lưu lượng bệnh nhân lớn và đặc thù của một tuyến điều trị chuyên sâu, việc khảo sát thực trạng MLT tại đây không chỉ phản ánh xu hướng can thiệp lâm sàng hiện nay mà còn cung cấp cơ sở dữ liệu quan trọng cho công tác quản lý chất lượng. Do đó, nhằm góp phần đưa ra những bằng chứng khoa học giúp chuẩn hóa quy trình ra quyết định lâm sàng và nâng cao tính an toàn trong chăm sóc sản khoa, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này với mục tiêu nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các chỉ định MLT con so tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2024-2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8-12 năm 2024.

- Địa điểm: Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

*Tác giả liên hệ

Email: nambmsandhytdn@gmail.com Điện thoại: (+84) 862.784.018 DOI: 10.52163/yhc.v67i5.5159

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các sản phụ con so được MLT có hồ sơ bệnh án lưu trữ tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông từ ngày 1/7/2024 đến 30/6/2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: thai sống, tuổi thai ≥ 28 tuần (được xác định dựa trên nhớ chính xác ngày đầu kỳ kinh cuối hoặc siêu âm ước tính tuổi lúc thai dưới 12 tuần); thai phụ không có vết mổ cũ ở tử cung; bệnh án đầy đủ thông tin phục vụ cho các biến số nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: các trường hợp đình chỉ thai do thai lưu, thai dị dạng bẩm sinh.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Nghiên cứu này áp dụng kỹ thuật chọn mẫu toàn bộ. Chọn tất cả các sản phụ con so được MLT có hồ sơ bệnh án lưu trữ tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông đủ tiêu chuẩn lựa chọn từ ngày 1/7/2024 đến 30/6/2025. Vì vậy không áp dụng công thức tính cỡ mẫu.

2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử sản khoa, bệnh lý và phẫu thuật: tuổi mẹ, nơi cư trú, nghề nghiệp, số lần mang thai (gravida) và phương thức mang thai (tự nhiên hay hỗ trợ sinh sản), tiền sử bệnh lý và tiền sử phẫu thuật.

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: tình trạng chuyển dạ trước khi mổ, chỉ số ối (AFI), vị trí rau bám, mức độ thiếu máu.

- Các nguyên nhân của chỉ định MLT: nguyên nhân phía mẹ, phía thai, phần phụ, bất thường trong chuyển dạ, lý do xã hội.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Phương pháp thu thập thông tin: lựa chọn hồ sơ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Các bước thu thập thông tin:

Bước 1: Thiết kế (xây dựng) phiếu nghiên cứu theo các biến số của mục tiêu nghiên cứu.

Bước 2: Lựa chọn đối tượng phù hợp, thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án vào phiếu thu thập thông tin nghiên cứu.

Bước 3: Nhập số liệu, xử lý, phân tích số liệu và viết báo cáo.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Các kết quả được nghiên cứu phân tích và xử lý theo phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 26.0 đảm bảo đúng quy định của việc nghiên cứu y sinh học. Giá trị $p < 0,05$ được xác định là có ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Hà Đông. Nghiên cứu được thực hiện theo Quyết định số 1624/QĐ-ĐN ngày 11 tháng 12 năm 2025 của Ban Giám hiệu Trường Đại học Đại Nam về việc phê duyệt nhiệm vụ nghiên cứu khoa học cấp Trường năm học 2024-2025, mã số DT2526-03. Đây là nghiên cứu mô tả, các số liệu chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, không sử dụng cho mục đích khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ ngày 1/7/2024 đến 30/6/2025, tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông có 2076/3837 trường hợp MLT lần đầu chiếm 54,1%, trong đó có 1167 trường hợp MLT con so chiếm 30,4%. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 1167 hồ sơ bệnh án.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 1167)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi mẹ	< 35 tuổi	959	82,2
	≥ 35 tuổi	208	17,8
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	28,6 \pm 5,2	
Tuổi thai	< 34 tuần	7	0,6
	34-37 tuần	51	4,4
	37-40 tuần	935	80,1
	> 40 tuần	174	14,9
	$\bar{X} \pm SD$ (tuần)	38,8 \pm 1,4	
Hình thức mổ	Cấp cứu	848	72,6
	Chủ động	319	27,4
Cách thức mang thai	Tự nhiên	1138	97,1
	Hỗ trợ sinh sản	29	2,9
Số lượng thai	1 thai	1155	98,9
	≥ 2 thai	12	1,1

Tuổi mẹ trung bình 28,6 \pm 5,2 tuổi, trong đó phần lớn dưới 35 tuổi (82,2%). Tuổi thai trung bình 38,8 \pm 1,4 tuần, chủ yếu ≥ 37 tuần (95%). Mổ cấp cứu chiếm tỉ lệ cao hơn mổ chủ động (72,5% so với 27,4%). Phần lớn là mang thai tự nhiên (97,1%), trong đó đơn thai chiếm chủ yếu (98,9%).

Bảng 2. Đặc điểm chuyển dạ và cận lâm sàng (n = 1167)

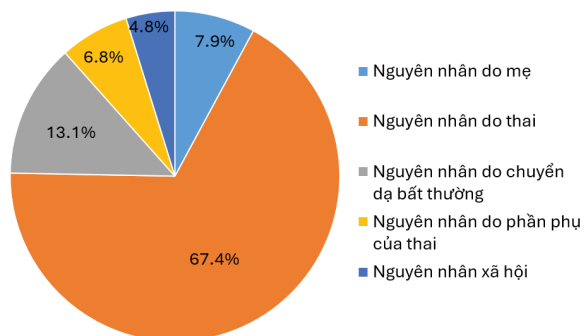
Đặc điểm			Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Tình trạng chuyển dạ trước khi mổ	Chưa chuyển dạ	Ổi còn	20	1,7	
		Ổi vỡ	Trong	2	0,2
			Xanh	2	0,2
		Tổng	24	2,1	
	Giai đoạn Ia	Ổi còn	251	21,5	
		Ổi vỡ	Trong	128	11,0
			Xanh	615	52,6
		Tổng	994	85,1	
	Giai đoạn Ib	Ổi còn	109	9,3	
		Ổi vỡ	Trong	9	0,8
Xanh			31	2,7	
Tổng		149	12,8		
AFI đo được khi siêu âm	AFI ≥ 240 mm	2	0,2		
	Bình thường	1112	95,3		
	28 mm < AFI < 50 mm	32	2,7		
	AFI ≤ 28 mm	21	1,8		
Vị trí bám của bánh rau	Bình thường	1153	98,8		
	Rau tiền đạo trung tâm	5	0,4		
	Rau tiền đạo bán trung tâm	3	0,3		
	Rau tiền đạo bám mép	6	0,5		

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ thiếu máu trước mổ	Không thiếu máu (Hb ≥ 11 g/dl)	1039	89,0
	Nhẹ (9 ≤ Hb ≤ 10,9 g/dl)	105	9,0
	Vừa (7 ≤ Hb ≤ 8,9 g/dl)	15	1,3
	Nặng (Hb < 7 g/dl)	8	0,7
Trọng lượng siêu âm thai nhi	< 2500g	27	2,3
	2500-3500g	879	75,3
	≥ 3500g	261	22,4

Có 24 thai phụ chưa chuyển dạ chiếm 2,1%, trong đó ối vỡ non chiếm 0,4%, ối xanh chiếm 0,2%. Có 1143 thai phụ đã chuyển dạ chiếm 97,9%, trong đó ối vỡ sớm giai đoạn Ia chiếm 63,6%, ối xanh chiếm 52,6%. Ối vỡ sớm giai đoạn Ib chiếm 3,5%, tỷ lệ ối xanh là 2,7%.

Phần lớn thai phụ có AFI bình thường (95,3%), có 53 trường hợp (4,5%) thai phụ thiếu ối, trong đó AFI ≤ 28 mm, 28 mm < AFI < 50 mm chiếm lần lượt là 1,8% và 2,7%. Có 14 trường hợp thai phụ có vị trí rau bám bất thường, trong đó rau tiền đạo trung tâm chiếm 0,4%, rau tiền đạo bán trung tâm 0,3% và bám mép chiếm 0,5%.

Mức độ thiếu máu trước mổ chiếm 11%, trong đó chủ yếu là mức độ nhẹ (9%), mức độ vừa là 1,3% và mức độ nặng là 0,7%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các nhóm nguyên nhân MLT

Trong các nguyên nhân MLT, nguyên nhân do thai chiếm tỷ lệ cao nhất (67,4%), tiếp theo là nguyên nhân do chuyển dạ bất thường (13,1%) và nguyên nhân do mẹ (7,9%), nguyên nhân do phần phụ của thai (6,8%), thấp nhất là nguyên nhân xã hội (4,8%).

Bảng 3. Nguyên nhân MLT (n = 1167)

Nguyên nhân		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nguyên nhân do mẹ	Tiền sản giật	33	2,8
	Tăng huyết áp	9	0,8
	Đái tháo đường	5	0,4
	Bệnh Basedow	4	0,3
	Bệnh tim	3	0,3
	Bệnh thận	1	0,1
	Bệnh phổi	2	0,2
	Bất tương xứng đầu - chậu	35	3,0

Nguyên nhân		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nguyên nhân do thai	Thai to	107	9,2
	Thai suy	581	49,7
	Ngôi bất thường	87	7,5
	Đa thai	12	1,0
Nguyên nhân do chuyển dạ bất thường	Cổ tử cung không tiến triển	36	3,1
	Cơ co tử cung cường tính	10	0,8
	Cổ tử cung mở hết - đầu không lọt	107	9,2
Nguyên nhân do phần phụ của thai	Rau bong non	2	0,2
	Rau tiền đạo	9	0,8
	Sa dây rau	2	0,2
	Thiếu ối, cạn ối	66	5,6
Nguyên nhân xã hội	Vô sinh, hiếm muộn	38	3,3
	Con so, mẹ lớn tuổi	13	1,1
	Tiền sử sản khoa nặng nề, xin mổ	5	0,4

Trong các nguyên nhân MLT, lý do thai suy chiếm tỉ lệ cao nhất (49,7%), tiếp theo là thai to (9,2%), cổ tử cung mở hết - đầu không lọt (9,2%) và ngôi bất thường (7,5%). Nhóm nguyên nhân từ thai chiếm tỉ lệ đáng kể với tổng cộng 67,4%, trong đó phần lớn là thai suy, thai to và ngôi thai bất thường, đa thai chỉ chiếm 1,0%.

Bảng 4. Phân loại mổ chủ động, cấp cứu theo từng nhóm nguyên nhân

Nhóm nguyên nhân	Mổ chủ động		Mổ cấp cứu	
	n	%	n	%
Nguyên nhân do mẹ (n = 92)	57	61,9	35	38,1
Nguyên nhân do thai (n = 787)	206	26,2	581	73,8
Nguyên nhân do chuyển dạ bất thường (n = 153)	0	0	153	100
Nguyên nhân do phần phụ của thai (n = 79)	0	0	79	100
Nguyên nhân xã hội (n = 56)	56	100	0	0

Nhóm nguyên nhân từ thai chiếm số ca nhiều nhất (n = 787), trong đó phần lớn là mổ cấp cứu (73,8%), chỉ 26,2% là mổ chủ động. Nhóm nguyên nhân từ mẹ (n = 92) phần lớn là mổ chủ động (61,9%). Đáng chú ý, nhóm nguyên nhân khác (lý do xã hội) hoàn toàn được thực hiện dưới hình thức mổ chủ động (100%) và nguyên nhân do chuyển dạ bất thường được mổ cấp cứu 100%.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ MLT lần đầu tại bệnh viện là 54,1%, trong đó nhóm MLT con so chiếm 30,4% tổng số ca sinh. Kết quả này có sự tương đồng nhất định với nghiên cứu của Lê Minh Hải tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang (31,1%) [5], tuy nhiên lại thấp hơn đáng kể so với tỷ lệ 39,13% được ghi nhận tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2022 [6].

Sự khác biệt này có thể lý giải do đặc thù phân tuyến và mô hình bệnh tật của từng cơ sở y tế. Bệnh viện Bạch Mai, với vị thế là trung tâm hồi sức tuyến cuối, thường xuyên tiếp nhận các thai kỳ nguy cơ cao và bệnh lý nội khoa phức tạp, dẫn đến chỉ định can thiệp phẫu thuật thường ở ngưỡng cao hơn. Trong khi đó, tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông, dù là tuyến điều trị hạng I của khu vực, kết quả 30,4% cho thấy những nỗ lực đáng ghi nhận của đội ngũ y bác sĩ trong việc duy trì và theo dõi chuyển dạ đường âm đạo cho nhóm sản phụ chưa có vết mổ cũ, nhằm giảm thiểu gánh nặng bệnh tật sản khoa cho cộng đồng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của sản phụ MLT con so là $28,6 \pm 5,2$ tuổi, nằm trong nhóm tuổi sinh đẻ phù hợp, trong đó sản phụ dưới 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (82,2%). Điều này lý giải tại sao nhóm sản phụ này thường có ngưỡng can thiệp phẫu thuật thấp hơn do các lo ngại về dự trữ buồng trứng giảm và các biến chứng nội khoa đi kèm ở thai kỳ cuối. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Xuân Minh và cộng sự (2024) cho thấy có tới 86,4% sản phụ trong nhóm tuổi từ 19-34, tuổi trung bình của sản phụ đẻ là $26,93 \pm 5,66$ tuổi [7].

Về tuổi thai, đa số đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm thai đủ tháng (≥ 37 tuần). Việc tập trung vào nhóm thai đủ tháng nhưng vẫn phải can thiệp MLT lần đầu cho thấy những thách thức trong việc tiên lượng và thử thách chuyển dạ đường âm đạo. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Ngô Thị Bằng và cộng sự (2022) tại Bệnh viện Bạch Mai, nhóm thai đủ tháng chiếm tỷ trọng cao nhất (72%) [6], Phạm Xuân Minh và cộng sự (2024) có nhóm thai 37-40 tuần chiếm 90,6% [7].

Điểm đáng lưu ý là tỷ lệ mang thai IVF trong nghiên cứu chiếm 2,9%, tuy con số này nhỏ nhưng về mặt lâm sàng đây là nhóm “con quý, con hiếm” tạo áp lực tâm lý cực lớn lên cả sản phụ và bác sĩ, dẫn đến việc cả gia đình và nhân viên y tế đều có xu hướng lựa chọn MLT sớm để tránh mọi rủi ro dù là nhỏ nhất trong chuyển dạ. Điều đó góp phần làm tăng tỷ lệ MLT lần đầu, từ đó làm tăng tỷ lệ MLT chung.

Tỷ lệ MLT con so chủ động trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 27,4%, trong khi mổ cấp cứu chiếm 72,6%. Điều đó cho thấy tỷ lệ MLT chủ động có xu hướng tăng rõ rệt với sự khác biệt giữa nhóm con so và con Ạ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tỷ lệ MLT chủ động trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Bình và cộng sự (2012) là 3,2% [8], của Nguyễn Cơ Thạch và cộng sự (2021) là 32,5% [9]. Sự gia tăng tỷ lệ MLT chủ động trước hết bắt nguồn từ những tiến bộ trong chẩn đoán trước sinh. Việc ứng dụng rộng rãi các phương tiện thăm dò hiện đại đã giúp phát hiện chính xác các bệnh lý về bánh rau, nước ối, ngôi thai bất thường hoặc tình trạng suy dinh dưỡng bào thai; từ đó cho phép bác sĩ chủ động lựa chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ an toàn, hạn chế tối đa các biến cố cấp cứu cho mẹ và con.

Bên cạnh đó, chỉ định MLT chủ động hiện nay đang có xu hướng mở rộng, không chỉ dừng lại ở các chỉ định tuyệt đối mà còn áp dụng cho các trường hợp có sự kết hợp của nhiều yếu tố nguy cơ như: thai quý, thai IVF, thai to, ngôi mông hoặc thiếu ối...

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, giai đoạn chuyển dạ hầu hết ở giai đoạn tiềm tàng (85,1%), tích cực (12,8%). Điều đó cho thấy sự khác biệt của chỉ định MLT

của con so trong tình trạng chuyển dạ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo nghiên cứu của Khổng Thị Vân và cộng sự (2022), sản phụ được MLT ở pha tiềm tàng là 60,9% [10]. Qua thăm khám đánh giá thì có 67,5% ối vỡ, trong đó có 55,5% ối vỡ xanh bần, lẫn phân su. Màu ối phản ánh một phần tình trạng sức khỏe thai nhi. Việc ối vỡ xanh chiếm ưu thế cho thấy sự suy yếu của thai nhi trong tử cung, buộc các bác sĩ sản khoa phải đưa ra quyết định can thiệp sớm.

Điều này được củng cố bởi tỷ lệ thiếu ối (4,5%), một yếu tố được chứng minh làm tăng nguy cơ MLT. Bên cạnh đó, các bất thường về vị trí rau bám (1,2%) đặt ra thách thức lớn về kiểm soát máu trong mổ. Điều này đặc biệt có ý nghĩa khi kết hợp với tình trạng thiếu máu trước mổ chiếm 11% sản phụ. So sánh với nghiên cứu của Phạm Xuân Minh và cộng sự, tỷ lệ thiếu máu này tương đương (15,2%), phản ánh tình trạng thiếu hụt sắt và dinh dưỡng vẫn còn phổ biến ở thai phụ Việt Nam [7]. Việc thiếu máu tiền phẫu là yếu tố nguy cơ trực tiếp khiến cơ thể khó bù đắp lại lượng máu mất đi trong quá trình phẫu thuật, dẫn đến tăng tỷ lệ tai biến sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng nghiên cứu mang thai con so được MLT, do đó chỉ định MLT được chia làm 5 nhóm: nhóm do nguyên nhân của mẹ, nguyên nhân do thai, nguyên nhân do bất thường chuyển dạ, do phần phụ của thai, nguyên nhân xã hội.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy nguyên nhân do thai chiếm tỷ lệ cao nhất với 67,4%. Tiếp theo là nhóm nguyên nhân do chuyển dạ bất thường (13,1%), do mẹ (7,9%), do phần phụ của thai (6,8%) và nguyên nhân xã hội (4,8%).

Nguyên nhân MLT lần đầu cao nhất là do thai (67,4%), trong đó chủ yếu là thai suy (49,7%) so với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Minh và cộng sự thấy suy thai (61,9%) là nguyên nhân do thai hay gặp nhất, có thể thấy tỷ lệ MLT do suy thai đã tăng rõ rệt trong những năm gần đây, điều này có thể đến từ sự phát triển ngày càng hiện đại của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh cũng như việc ứng dụng monitoring sản khoa đã giúp phát hiện suy thai sớm hơn [11]. Lý giải điều này có thể do bà mẹ sinh con so chưa có kinh nghiệm trong việc theo dõi thai kỳ, đánh giá các yếu tố nguy cơ suy thai từ trong thai kỳ như: thiếu ối, các bệnh lý động mạch tử cung... Để làm giảm tỉ lệ MLT do nguyên nhân này, chúng ta cần hồi sức thai và theo dõi tim thai trên monitoring nếu tim thai tốt có thể để đẻ đường âm đạo.

Nguyên nhân do chuyển dạ bất thường đứng thứ hai với 13,1%, trong đó tình trạng cổ tử cung không tiến triển chiếm đa số với 36 trường hợp (3,1%). Tương tự như nhận định của các tác giả tại bệnh viện tuyến cuối, đây là một chỉ định mang tính tương đối và phụ thuộc nhiều vào kỹ năng đánh giá lâm sàng. Việc tỷ lệ mổ do cổ tử cung không tiến triển cao ở nhóm con so cho thấy cần phải theo dõi sát sao hơn về động lực học của cơ co tử cung và đánh giá chính xác độ xóa mở cổ tử cung trước khi ra quyết định phẫu thuật.

Nguyên nhân MLT lần đầu nguyên nhân do mẹ đứng thứ 3 với tổng số 92 trường hợp (7,9%), trong đó 33 trường hợp tiền sản giật (2,8%), tương đồng với nghiên cứu của Lê Hoài Chương và cộng sự [12]. Tỷ lệ này tương đương so với Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội (2021) là 9,4% [13], và thấp hơn Bệnh viện Bạch Mai (2022) là 36,8% [6]. Để hạn chế tỉ lệ MLT do nhóm nguyên nhân này, cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa chuyên khoa sản và các chuyên ngành nội khoa, điều trị tích cực bệnh lý người mẹ.

Trong nhóm nguyên nhân do phần phụ, có 66 trường hợp cận ối và thiếu ối (5,6%), thấp nhất trong số đó là rau bong non 2 trường hợp (5%) so với nghiên cứu của Ngô Thị Bằng và cộng sự có chỉ định do phần phụ của thai với rau bong non là 0,2% [6]. Chúng tôi không xếp ối vỡ non, ối vỡ sớm vào nhóm nguyên nhân chỉ định mổ, vì chúng tôi tôn trọng sinh lý chuyển dạ, không coi đó là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến MLT.

Xu hướng hiện nay, yếu tố xã hội đã góp phần vào trong những chỉ định MLT khiến cho tỉ lệ MLT ngày càng tăng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ MLT do vô sinh, con quý hiếm, IVF chiếm hơn 50% - cao nhất trong các nguyên nhân do yếu tố xã hội. Tỉ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của Đào Xuân Hùng và cộng sự (2024) tại Bệnh viện Quân y 103 là 74,3% trong tổng số nguyên nhân yếu tố xã hội [14]. Dù tỷ lệ này thấp hơn, nhưng xu hướng sản phụ tự lựa chọn phương thức đẻ đang ngày càng gia tăng. Điều này đòi hỏi người thầy thuốc không chỉ giỏi về chuyên môn mà còn phải có kỹ năng tư vấn tốt để định hướng sản phụ theo các chỉ định y khoa đúng đắn, từ đó tối ưu hóa tỷ lệ MLT lần đầu tại đơn vị.

Mặc dù kết quả nghiên cứu của chúng tôi có nhiều điểm nổi bật, song vẫn tồn tại một số hạn chế. Các hạn chế này bao gồm cỡ mẫu tương đối nhỏ và khảo sát tại một bệnh viện đơn trung tâm, do đó kết quả có thể chưa phản ánh đầy đủ đặc điểm của sản phụ trên phạm vi toàn quốc. Trong tương lai, cần thiết phải tiến hành các nghiên cứu đa trung tâm với quy mô mẫu lớn hơn, nhằm đánh giá chính xác hơn đặc điểm và nguyên nhân chỉ định MLT, đồng thời khảo sát sâu hơn các yếu tố xã hội, văn hóa đa dạng ảnh hưởng đến quyết định sinh đẻ của sản phụ tại các vùng miền khác nhau.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phần lớn sản phụ MLT lần đầu tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông có độ tuổi dưới 35, mang thai đủ tháng và tỷ lệ mổ cấp cứu chiếm ưu thế (72,6%). Một tỷ lệ đáng kể sản phụ có tình trạng thiếu máu trước mổ và các bất thường về phần phụ như thiếu ối, rau tiền đạo. Nguyên nhân từ thai (thai suy, thai to, ngôi bất thường) chiếm tỷ lệ cao nhất, trong đó suy thai cấp là chỉ định phổ biến nhất. Nhóm nguyên nhân do chuyển dạ bất thường và nguyên nhân từ mẹ cũng chiếm tỷ trọng đáng kể, trong khi lý do xã hội tuy chiếm tỷ lệ thấp nhưng được thực hiện dưới hình thức mổ chủ động. Kết quả này cho thấy cần tăng cường năng lực theo dõi sát chuyển dạ, đặc biệt là diễn biến tim thai trên monitoring để tối ưu hóa chỉ định mổ do thai suy, đồng thời đẩy mạnh công tác tư vấn sản khoa đối với các trường hợp con quý, hiếm nhằm giảm thiểu các ca MLT không cần thiết và cải thiện kết cục sức khỏe lâu dài cho mẹ và con.

*
* *

Nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Đại Nam trong đề tài mã số DT2526-03.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Sung S, Mikes B.A, Martingano D.J. Cesarean Section, 2025. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/>
- [2] Guner G, Karabudak C.B. Cesarean section rates and indications: a cross-sectional study from a tertiary care centre in Türkiye. BMC Pregnancy Childbirth, 2025, 26 (1): 1. doi: 10.1186/s12884-025-08494-z
- [3] World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. [Online]. 2015 [cited 2026 Feb 14]; [3 screens]. Available from: URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
- [4] World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates. Frequently Asked Questions, 2015. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/who-statement-on-caesarean-section-rates-frequently-asked-questions>
- [5] Lê Minh Hải. Nhận xét chỉ định và kết quả mổ lấy thai lần đầu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang trong năm 2017. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2019.
- [6] 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): 181-186. doi: 10.51298/vmj.v543i1.11322
- [7] Phạm Xuân Minh, Hoàng Đức Vĩnh, Hoàng Thu Soan. Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai nhóm I theo phân loại của Robson tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn. Tạp chí Y học Việt Nam, 2024, 534 (2): 326-9. doi: 10.51298/vmj.v534i2.8199
- [8] Nguyễn Thị Bình, Nguyễn Đức Hình, Ngô Văn Hùng. 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, 2012, 352 (1): 144-6.
- [9] Nguyễn Cơ Thạch, Nguyễn Tuấn Minh, Đỗ Tuấn Đạt, Đặng Thị Minh Nguyệt. Kết quả mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh. Thông tin Sản Phụ khoa, 1993 (số 1 Hội nghị Sản Phụ khoa & KHHGD Việt Nam): 29-34.
- [10] Khổng Thị Vân, Nguyễn Quảng Bắc, Vũ Ngân Hà. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các sản phụ mổ lấy thai con so đủ tháng tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023, 520 (1B): 111-114. doi: 10.51298/vmj.v520i1B.3849
- [11] Nguyễn Xuân Minh, Trương Quang Vinh. Nghiên cứu tình hình mổ lấy thai ở sản phụ sinh con so tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi. Tạp chí Phụ Sản, 2023, 20 (4): 43-9. doi: 10.46755/vjog.2022.4.1378
- [12] Lê Hoài Chương, Mai Trọng Dũng, Nguyễn Đức Thắng, Đoàn Thị Thu Trang. Nhận xét thực trạng mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2017. Tạp chí Phụ Sản, 2018, 16 (1): 92-6. doi: 10.51298/vmj.v537i1B.9119
- [13] Nguyễn Đức Việt, Nguyễn Thị Thu Hà, Lê Hoàng Thành, Lê Văn Đạt. Nhận xét chỉ định và kết quả mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam, 2024, 537 (1B): 132-5. doi: 10.46755/vjog.2018.1.707
- [14] Đào Nguyên Hùng, Đinh Thị Thanh Xuân, Hà Văn Huy, Nguyễn Ngọc Khánh. 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): 216-20. doi: 10.51298/vmj.v537i1B.9119.