

NGHIÊN CỨU MÔ TẢ CHỈ ĐỊNH VÀ YẾU TỐ TÁC ĐỘNG MỔ LẤY THAI CHỦ ĐỘNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Vũ Văn Du¹, Lê Thị Ngọc Hương¹, Đặng Văn Sinh², Lã Quế Lâm²
Trần Anh Tuấn³, Nguyễn Thị Hằng² và Đặng Văn Tốt^{2,✉}

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa Bảo Sơn

Mổ lấy thai chủ động là trường hợp mổ lấy thai ra khỏi tử cung trước khi có dấu hiệu chuyển dạ, dựa trên chỉ định y khoa rõ ràng hoặc theo yêu cầu của sản phụ và gia đình. Nghiên cứu về tình hình mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ ngày 01/8/2023 đến ngày 01/8/2024 đã phân tích các chỉ định và yếu tố tác động đến quyết định mổ lấy thai của sản phụ. Kết quả cho thấy nguyên nhân chủ yếu dẫn đến chỉ định mổ lấy thai chủ động là tử thai và phần phụ của thai (42,5%), tiếp theo là nguyên nhân từ phía mẹ (40,37%) và yếu tố xã hội (17,13%). Các yếu tố nhân khẩu học cũng có mối liên quan đến quyết định mổ lấy thai, đặc biệt ở nhóm sản phụ sống tại khu vực thành thị và làm việc trong các ngành hành chính, văn phòng, với tỷ lệ mổ cao hơn. Nghiên cứu đề xuất cần mở rộng quy mô nhằm phân tích các giải pháp giảm tỷ lệ mổ lấy thai, đồng thời tiến hành nghiên cứu sâu hơn về các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định mổ lấy thai chủ động của sản phụ. Ngoài ra, cần xây dựng hệ thống giám sát và can thiệp sớm đối với các yếu tố tác động, nhằm giảm thiểu tỷ lệ mổ lấy thai không cần thiết.

Từ khoá: Mổ lấy thai chủ động, chỉ định mổ, yếu tố tác động, tuổi mẹ, tiền sử sản khoa.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) 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. Với sự phát triển vượt bậc của y học, đặc biệt là các tiến bộ trong kỹ thuật gây mê hồi sức, kháng sinh và các biện pháp vô khuẩn, tỷ lệ thành công của MLT ngày càng cao, đồng thời giảm thiểu các biến chứng đối với bà mẹ và trẻ sơ sinh.¹ Tuy nhiên, phương pháp này tiềm ẩn nhiều biến chứng cho mẹ như nhiễm trùng vết mổ, xuất huyết, và kéo dài quá trình phục hồi sau sinh. Đối với thai nhi, MLT có thể gây vấn đề về hô hấp, tăng nguy cơ mắc bệnh hệ miễn dịch và các vấn đề phát triển lâu dài sau này.^{1,2}

Trong những năm gần đây, tỷ lệ MLT, đặc biệt là MLT chủ động, đã gia tăng đáng kể. Trên thế giới, tại các nước phát triển như Nhật Bản, tỷ lệ sinh mổ tương đối ổn định ở mức khoảng 14%, trong khi ở nước đang phát triển, như một nghiên cứu ở Đông Phi, cho thấy tỷ lệ sinh mổ là 24,0%, và lên tới 28,3% ở Ethiopia.^{3,4} Đặc biệt tại Việt Nam, theo báo cáo Tổng kết công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em năm 2022 của Bộ Y tế, số ca sinh mổ chiếm gần 37% tổng ca sinh trong năm 2022, một tỷ lệ cao hơn và đáng chú ý khi so sánh với các quốc gia khác. Theo các nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương qua các năm, tỷ lệ MLT đã tăng từ 31,1% vào năm 2005 lên 54,96% vào năm 2021, phản ánh xu hướng sinh mổ ngày càng phổ biến trong thực hành sản khoa tại Việt Nam.^{5,6}

MLT chủ động là trường hợp mổ lấy thai ra khỏi tử cung trước khi có dấu hiệu chuyển dạ, dựa trên các chỉ định y khoa rõ ràng hoặc yêu

Tác giả liên hệ: Đặng Văn Tốt

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: dangvantothmu@gmail.com

Ngày nhận: 17/03/2025

Ngày được chấp nhận: 11/05/2025

cầu của sản phụ và gia đình¹. Những chỉ định này có thể liên quan đến các yếu tố y khoa như bất thường của thai, tình trạng sức khỏe của bà mẹ, hoặc các lý do không thuộc về lý do y khoa mà chủ yếu là do nhu cầu, mong muốn của sản phụ hoặc gia đình.^{7,8} Việc gia tăng chỉ định MLT chủ động đồng thời cũng làm gia tăng tỷ lệ mổ lấy thai nói chung.

Trong bối cảnh tỷ lệ MLT gia tăng, việc xác định rõ các yếu tố ảnh hưởng đến việc MLT chủ động là rất quan trọng. Chính vì vậy, nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Mô tả các chỉ định và yếu tố tác động mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Gồm các sản phụ được chỉ định mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ ngày 01/8/2023 đến ngày 01/8/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Sản phụ chưa có dấu hiệu chuyển dạ.
- Siêu âm thai không có dị tật bẩm sinh.
- Thai còn sống.
- Có chỉ định mổ lấy thai chủ động vì nguyên nhân do mẹ, do thai, do phần phụ của thai hoặc do yếu tố xã hội.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin theo yêu cầu nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

Cỡ mẫu

Được tính theo công thức ước tính cho một tỷ lệ trong nghiên cứu cắt ngang, sử dụng sai số tương đối:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} (1 - P)}{\epsilon^2 P}$$

Trong đó:

+ n: là cỡ mẫu tối thiểu.

+ $Z_{1-\alpha/2}$: giá trị của Z thu được từ bảng Z cùng với giá trị α được chọn.

Hệ số tin cậy $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ tương đương với $\alpha = 0,05$.

+ p: Tỷ lệ mổ lấy thai chủ động trên tổng số mổ lấy thai. Theo nghiên cứu của Lê Hoài Chương năm 2017 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, tỉ lệ này là 55,45%⁹. Như vậy, $p = 0,5545$ và $1 - p = 1 - 0,5545 = 0,4455$.

+ ϵ là tỉ lệ sai số mong muốn của nghiên cứu so có thể chấp nhận được chọn là $\epsilon = 0,06$.

Thay vào công thức trên, ta có cỡ mẫu lý thuyết tối thiểu cần thu thập thông tin là: $n = 858$.

Trên thực tế chúng đã thu thập được thông tin của 1128 bệnh án của sản phụ đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ các bệnh nhân mổ lấy thai chủ động từ ngày 01/8/2023 đến hết ngày 01/8/2024 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Cách thức tiến hành nghiên cứu

- Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn sản phụ khi cần thiết để làm rõ thông tin.

- Phân tích đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử sản khoa của sản phụ.

- Phân loại nguyên nhân chỉ định mổ lấy thai chủ động (theo mẹ, thai, phần phụ của thai, yếu tố xã hội).

- Xác định mối liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu học và các chỉ định mổ lấy thai.

Xử lý và phân tích số liệu

- Toàn bộ phiếu điều tra được kiểm tra kỹ lưỡng, số liệu được xử lý thô, đánh mã số phiếu

trước khi nhập vào máy tính.

- Số liệu được nhập, quản lý bằng phần mềm EpiData 3.1 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0 bằng các thuật toán thống kê.

- Thống kê mô tả: sử dụng tần số, tỷ lệ % cho biến định tính và giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho biến định lượng.

- Các kết quả được trình bày dưới dạng các bảng và biểu đồ.

- Sử dụng các thuật toán: T-test để kiểm định sự khác nhau đối với các kết quả các biến thông qua giá trị p (p-value) với mức có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu sử dụng các thông tin trong hồ sơ bệnh án, không can thiệp trực tiếp đến đối tượng. Mọi thông tin nghiên cứu đều được mã hoá, đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của sản phụ trong nghiên cứu là $32,23 \pm 5,23$ tuổi (dao động từ 18 đến 58 tuổi), trong đó chủ yếu ở độ tuổi từ 21 đến 35 (73,94%), nhóm trên 35 tuổi chiếm 25,53% và nhóm dưới 20 tuổi chiếm 0,53%. Về nơi cư trú, 66,93% sản phụ đến từ khu vực thành thị và 33,07% đến từ nông thôn. Về nghề nghiệp, 58,07% làm công việc hành chính, văn phòng, 27,04% là tự do, nội trợ và 14,89% làm công nhân, nông dân.

Trong tiền sử mang thai, phần lớn sản phụ (79,88%) đã từng sinh con đủ tháng, trong đó 44,50% có tiền sử sảy thai. Số sản phụ sinh con so chiếm 20,12%. Đa số sản phụ (76,68%) mang đơn thai, còn lại 23,32% trường hợp mang song thai. Về cân nặng thai nhi, 78,29% có trọng lượng từ 2500g đến 3500g, 13,87% dưới 2500g và 7,84% trên 3500g. Các chỉ định mổ lấy thai chủ yếu được thực hiện ở tuổi thai từ 37 đến 41 tuần (92,23%), trong khi 7,77% được thực hiện ở tuổi thai từ 34 đến 36 tuần.

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 1128)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Nhân khẩu học			
Nhóm tuổi	18 – 20 tuổi	6	0,53
	21 – 35 tuổi	834	73,94
	> 35 tuổi	288	25,53
Nơi ở	Thành thị	755	66,93
	Nông thôn	373	33,07
Nghề nghiệp	Cán bộ, Văn phòng	655	58,07
	Công nhân	133	11,79
	Tự do, nội trợ	305	27,04
	Nông dân	35	3,10

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tiền sử sản khoa			
Sinh con đủ tháng	0 lần	227	20,12
	1 lần	547	48,49
	≥ 2 lần	354	31,39
Sinh con thiếu tháng	0 lần	1039	92,11
	1 lần	83	7,36
	2 lần	6	0,53
Sảy thai	0 lần	626	55,50
	1 lần	319	28,28
	≥ 2 lần	183	16,22
Số con hiện tại	Chưa có con	221	19,59
	1 con	552	48,94
	≥ 2 con	335	29,70
Đặc điểm của thai			
Số lần sinh	Con so	227	20,12
	Con dạ	901	79,88
Số lượng thai	Một thai	865	76,68
	Song thai	263	23,32
Trọng lượng thai	< 2500g	193	13,87
	2500g – 3500g	1089	78,29
	> 3500g	109	7,84
Tuổi thai	34 – 36 tuần	84	7,77
	37 – 41 tuần	997	92,23

2. Chỉ định mổ lấy thai chủ động

Nhóm chỉ định mổ lấy thai chủ động do nhóm thai và phần phụ của thai chiếm tỉ lệ lớn nhất với 42,5%; tiếp theo là nhóm nguyên nhân mẹ với 40,37%; nguyên nhân xã hội chiếm 17,13%.

Chỉ định mổ lấy thai chủ động do 1 nhóm

nguyên nhân chiếm 69,06%, trong khi phối hợp nguyên nhân chiếm 30,94%. Trong đó, phối hợp nguyên nhân thai, phần phụ của thai và xã hội cao nhất với 14,36%; tiếp theo là phối hợp nguyên nhân mẹ và xã hội (4,52%); thấp nhất là phối hợp cả 3 nhóm mẹ, thai, phần phụ của thai và xã hội (1,51%).

a. Chỉ định mổ lấy thai do mẹ**Bảng 2. Nguyên nhân chỉ định mổ lấy thai chủ động do mẹ**

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
U tiền đạo	54	11,86
Bệnh lý nội khoa của mẹ	54	11,86
Sẹo mổ tử cung	275	60,43
Sẹo mổ tử cung kết hợp bệnh lý nội khoa của mẹ	28	6,15
Con so lớn tuổi	14	3,07
Tiền sử sản khoa nặng nề	30	6,59
Tổng	455	100%
Nguyên nhân do bệnh lý nội khoa của mẹ		
Tăng huyết áp, tiền sản giật	23	28,04
Bệnh tim	11	13,41
Bệnh Basedow	6	7,32
Bệnh đái tháo đường	31	37,81
Bệnh khác (Lupus ban đỏ hệ thống...)	11	13,42
Tổng	82	100%

Chỉ định mổ lấy thai do nguyên nhân mẹ chủ yếu là do sẹo mổ tử cung, chiếm 60,43% (275 sản phụ), trong đó có 6,15% kết hợp với bệnh lý nội khoa của mẹ. Trong nhóm nguyên nhân

bệnh lý nội khoa của mẹ, đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất với 37,81%, tiếp theo là bệnh lý tăng huyết áp và tiền sản giật (28,04%).

b. Chỉ định MLT do thai và phần phụ của thai**Bảng 3. Nguyên nhân do thai và phần phụ của thai**

	Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Do thai	Thai suy mạn tính	31	6,47
	Thai to	109	22,76
	Ngôi bất thường	61	12,73
	Đa thai	263	54,91
Do phần phụ của thai	Dây rau bám màng	2	0,42
	Rau tiền đạo trung tâm	8	1,67
	Rau tiền đạo bán trung tâm	5	1,04
	Tổng	479	100

Trong nhóm nguyên nhân do thai, đa số các nguyên nhân chỉ định mổ lấy thai là do đa thai với 54,91%; thai to với 22,76%; tiếp theo là ngôi thai bất thường chiếm tỉ lệ 12,73%; thai suy mạn tính chiếm tỉ lệ 6,47%. Trong nhóm nguyên nhân do phần phụ của thai, rau tiền đạo trung tâm có tỷ lệ cao nhất (1,67%), sau đó là rau tiền đạo bán trung tâm (1,04%) và cuối cùng là dây rau bám màng (0,42%).

c. Chỉ định MLT vì lý do xã hội

Bảng 4. Chỉ định mổ vì lý do xã hội

Lý do xã hội	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tiền sử vô sinh	110	56,99
Xin mổ	83	43,01
Tổng	193	100

Có 193 trường hợp mổ lấy thai vì lý do xã hội. Trong đó phần lớn chỉ định mổ lấy thai do nguyên nhân vô sinh (56,99%); nhóm thai phụ xin mổ thấp hơn với tỉ lệ 43,01%.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm nhân khẩu học, nhóm tuổi từ 21 - 35 chiếm tỷ lệ cao nhất (73,94%), tương đồng với nghiên cứu của Takegata và cộng sự năm 2020 tại Nha Trang, Việt Nam, nơi ghi nhận tỷ lệ mổ lấy thai cao ở nhóm tuổi lớn hơn 30, nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bình (2012) với tỷ lệ 89,1%.^{10,11} Sự khác biệt này có thể do địa điểm và thời gian nghiên cứu khác nhau, cùng với những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị. Bên cạnh đó, tỷ lệ sản phụ sống ở thành thị (66,93%) cao hơn nông thôn (33,07%), điều này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bình (2012), nơi tỷ lệ sản phụ sống ở thành thị là 60,2%.¹¹ Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến yếu tố xã hội và sự phát triển của dịch vụ y tế, điều này cũng được thấy rõ trong nghiên cứu tại Anh của Rydahl E và cộng sự (2019), nơi tỷ

lệ mổ lấy thai ở nhóm phụ nữ sống ở thành thị thường cao hơn so với nông thôn.¹² Đa số sản phụ là cán bộ, văn phòng (58,07%), với tỷ lệ mổ lấy thai chủ động cao hơn nhóm tự do, nội trợ. Với đặc điểm thai, 79,88% là sinh con rạ và 76,68% mang một thai, trong đó tỷ lệ thai có cân nặng bình thường (2500g - 3500g) chiếm 78,29%. Phần lớn các trường hợp mổ lấy thai xảy ra ở tuổi thai từ 37 - 41 tuần (92,23%), tương đồng với xu hướng toàn cầu như được ghi nhận trong nghiên cứu quốc tế của Delnord và cộng sự (2014).¹³

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mổ lấy thai chủ động được phân thành ba nhóm nguyên nhân: do mẹ, do thai và phần phụ của thai, và do nguyên nhân xã hội. Nhóm nguyên nhân do thai và phần phụ của thai chiếm tỷ lệ cao nhất (42,46%), tiếp theo là nhóm nguyên nhân mẹ (36,43%) và nguyên nhân xã hội (21,10%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu tại Việt Nam, với các trường hợp mổ lấy thai do nguyên nhân thai và phần phụ của thai chiếm tỷ lệ cao nhất. Cụ thể, nghiên cứu của Nguyễn A.D và cộng sự (2022) tại một bệnh viện ở Việt Nam cho thấy nguyên nhân chính cho mổ lấy thai lần đầu là do thai và phần phụ của thai (40%).¹⁴ Đồng thời theo nghiên cứu của Panda S và cộng sự (2018), xác định các yếu tố ảnh hưởng chính như tình trạng sức khỏe của bà mẹ, mối quan tâm của thai nhi và các yếu tố xã hội tương tự với nghiên cứu chúng tôi.¹⁵ Tuy nhiên, sự khác biệt có thể xuất phát từ việc đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là sản phụ được chỉ định mổ lấy thai chủ động trước khi chuyển dạ, khác với những nghiên cứu trước đây bao gồm cả các trường hợp mổ cấp cứu.

Về chỉ định mổ lấy thai, kết quả cho thấy 69,06% chỉ định do một nguyên nhân, trong khi 30,94% là do phối hợp nhiều nguyên nhân. Điều này khác với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hiền (2016), với tỷ lệ chỉ định mổ lấy thai do một nguyên nhân chỉ chiếm 44,2%, phần còn

lại là do nhiều nguyên nhân kết hợp. Tương tự, nghiên cứu của Hehir M.P và cộng sự (2018) tại Mỹ chỉ ra rằng tỷ lệ chỉ định mổ lấy thai do một nguyên nhân duy nhất thường chiếm khoảng 50 - 60%, trong khi tỷ lệ phối hợp nhiều nguyên nhân lại cao hơn.¹⁶ Có thể giải thích nguyên nhân sự khác biệt do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả sản phụ có điều kiện kinh tế và lựa chọn mổ chủ động tại các bệnh viện tuyến trên.

Trong nhóm nguyên nhân do mẹ, tỷ lệ chỉ định mổ do sẹo mổ tử cung chiếm 73,72%, tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Bình (2012).¹¹ Từ đó cho thấy, sự thống nhất trong việc chỉ định mổ lấy thai đối với các sản phụ có sẹo mổ tử cung, giúp đảm bảo an toàn cho cả mẹ và thai nhi. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ mổ lấy thai lặp lại ở các sản phụ có sẹo mổ tử cung khá cao, tương tự các nghiên cứu quốc tế, trong đó tỷ lệ này có xu hướng tăng ở nhóm sản phụ có mức thu nhập cao.¹⁷

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hiền (2016) cho thấy tỷ lệ mổ lấy thai lại ở các sản phụ có sẹo mổ tử cung là 95,31%, cao hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.¹⁸ Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của Nguyễn Thị Hiền (2016) bao gồm cả mổ cấp cứu, trong khi nghiên cứu của chúng tôi chỉ tập trung vào các trường hợp mổ lấy thai chủ động.

Nghiên cứu 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, cũng như chỉ thực hiện tại một bệnh viện, điều này hạn chế khả năng tổng quát hóa kết quả. Bên cạnh đó, do tính chất nghiên cứu hồi cứu, chúng tôi chưa đi sâu vào phân tích các yếu tố tác động đến quyết định "xin mổ". Đây là tiền đề cho các nghiên cứu tiếp theo, nhằm khai thác sâu hơn về các yếu tố ảnh hưởng đến lý do yêu cầu mổ của bệnh nhân.

Để cải thiện, các nghiên cứu trong tương

lai cần được mở rộng về quy mô và phạm vi. Nghiên cứu hiện tại của chúng tôi chủ yếu tập trung mô tả các chỉ định và yếu tố tác động đến tỷ lệ mổ lấy thai, chưa đi sâu vào phân tích các giải pháp nhằm giảm tỷ lệ này, nên chúng tôi hướng tới tiếp tục mở rộng và nghiên cứu sâu hơn trong tương lai. Ngoài ra, trong kết quả nghiên cứu, các yếu tố như sẹo mổ tử cung, bệnh lý nội khoa của mẹ, tình trạng thai và phần phụ của thai, cùng với yếu tố xã hội (như tiền sử vô sinh và yêu cầu xin mổ) được xác định là những yếu tố chính tác động đến quyết định mổ lấy thai. Vì vậy, chúng tôi đề xuất xây dựng một hệ thống theo dõi và đánh giá chặt chẽ những yếu tố này ngay từ giai đoạn đầu của thai kỳ, nhằm can thiệp sớm và giảm thiểu nguy cơ chỉ định mổ lấy thai không cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy chỉ định mổ lấy thai chủ động chủ yếu do nguyên nhân từ thai và phần phụ của thai (42,5%), tiếp theo là nguyên nhân mẹ (40,37%) và xã hội (17,13%). Các yếu tố nhân khẩu học cũng có mối liên hệ với quyết định mổ lấy thai, đặc biệt, nhóm sản phụ sống ở khu vực thành thị và làm công việc hành chính, văn phòng có tỷ lệ mổ lấy thai chủ động cao hơn. Nghiên cứu khuyến nghị cần mở rộng quy mô nghiên cứu nhằm phân tích các giải pháp giảm tỷ lệ mổ lấy thai và tiến hành nghiên cứu sâu hơn về các yếu tố tác động đến quyết định mổ lấy thai chủ động của thai phụ. Đồng thời, cần xây dựng hệ thống theo dõi và can thiệp sớm đối với các yếu tố tác động y khoa và yếu tố xã hội, nhằm góp phần giảm tỷ lệ mổ lấy thai không cần thiết.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Trung ương, các đồng nghiệp và nhân viên y tế đã tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình thu thập số liệu và thực hiện

nghiên cứu này. Đồng thời, chúng tôi cũng xin gửi lời cảm ơn đến các bệnh nhân đã tham gia vào nghiên cứu, đóng góp quan trọng vào kết quả của bài báo. Chúng tôi xin cam kết rằng không có bất kỳ xung đột lợi ích nào liên quan đến nghiên cứu này. Mọi dữ liệu được thu thập và phân tích một cách khách quan, không chịu ảnh hưởng bởi bất kỳ tổ chức hay cá nhân nào có lợi ích liên quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Sản - Trường Đại học Y Hà Nội. *Bài Giảng Sản Phụ Khoa Tập 1*. Nhà xuất bản Y học; 2014.
2. Ginsburg O. International Women's Day 2014: women's health equity is progress for all. *ecancermedicalscience*. 2014; 8:ed33. doi:10.3332/ecancer.2014.ed33.
3. Factors driving the rise in cesarean births among women at Jinja Regional Referral Hospital. *Idosr J Exp Sci*. 2023; 9(3): 1-13. doi:10.59298/idosr/jes/111.1.10101.
4. Habteyes AT, Mekuria MD, Negeri HA, Kassa RT, Deribe LK, Sendo EG. Prevalence and associated factors of caesarean section among mothers who gave birth across Eastern Africa countries: Systematic review and meta-analysis study. *Heliyon*. 2024; 10(12): e32511. doi:10.1016/j.heliyon.2024.e32511.
5. Phạm Thu Xanh. Nhận xét tình hình sản phụ có sẹo mổ cũ được xử trí tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 1995 và 2005 [Luận văn Chuyên khoa cấp II]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2006.
6. Dũng MT, Thắng ND, Sơn PH, Phượng NTH, Huyền LL. 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.
7. Salma U, Alshaikh ABA, Alanazi MF, et al. Causes of elective cesarean delivery on maternal request in Aljouf, Saudi Arabia. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2022; 11(6): 1633-1638. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20221432.
8. Shaterian N, Alsadat Rahnemaei F, Ghavidel N, Abdi F. Elective cesarean section on maternal request without indication: reasons for it, and its advantages and disadvantages. *Cent Eur J Nurs Midwifery*. 2021; 12(3): 458-469. doi:10.15452/cejnm.2020.11.0017.
9. 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*. 05/01:92-96. doi:10.46755/vjog.2018.1.707.
10. Takegata M, Ronsmans C, Nguyen HAT, et al. Socio-demographic factors of cesarean births in Nha Trang city, Vietnam: a community-based survey. *Trop Med Health*. 2020; 48(1): 57. doi:10.1186/s41182-020-00239-2.
11. Nguyễn Thị Bình, Nguyễn Đức Hình, Nguyễn Việt 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: 144-146.
12. Rydahl E, Declercq E, Juhl M, Maimburg RD. Cesarean section on a rise—Does advanced maternal age explain the increase? A population register-based study. *PLOS ONE*. 2019; 14(1): e0210655. doi:10.1371/journal.pone.0210655.
13. Delnord M, Blondel B, Drewniak N, et al. Varying gestational age patterns in cesarean delivery: an international comparison. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 14(1): 321. doi:10.1186/1471-2393-14-321.
14. Nguyen AD, Duong GTT, Do DT, et al. Primary cesarean section rate among full-term

pregnant women with non-previous uterine scar in a hospital of Vietnam. *Heliyon*. 2022; 8(12): e12222. doi:10.1016/j.heliyon.2022.e12222.

15. Panda S, Begley C, Daly D. Clinicians' views of factors influencing decision-making for caesarean section: A systematic review and metanalysis of qualitative, quantitative and mixed methods studies. *Plos one*. 2018; 13(7): e0200941. doi:10.1371/journal.pone.0200941.

16. Hehir MP, Ananth CV, Siddiq Z, Flood K, Friedman AM, D'Alton ME. Cesarean delivery in the United States 2005 through 2014: a

population-based analysis using the Robson 10-Group Classification System. *Am J Obstet Gynecol*. 2018; 219(1): 105.e1-105.e11. doi:10.1016/j.ajog.2018.04.012.

17. Gould JB, Davey B, Stafford RS. Socioeconomic differences in rates of cesarean section. *N Engl J Med*. 1989; 321(4): 233-239. doi:10.1056/NEJM198907273210406.

18. Nguyễn Thị Hiền. Nghiên cứu các chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2016 [Luận văn Thạc sĩ Y học]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2017.

Summary

RESEARCH ON THE INDICATIONS FOR ELECTIVE CESAREAN SECTION AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY: CAUSES AND AFFECTING FACTORS

An elective cesarean section is a planned surgical delivery of the fetus before the onset of labor, performed either for clear medical indications or upon maternal request. This study, conducted at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from August 1, 2023, to August 1, 2024, aimed to analyze the indications and factors influencing the decision to perform an elective cesarean section. The results showed that the primary indication originated from fetal and fetal appendage factors (42.5%), followed by maternal factors (40.37%) and social factors (17.13%). Demographic characteristics were found to be associated with the decision for cesarean section; urban women employed in administrative or office-related professions, had higher cesarean rates. The study recommends expanding the research scope to further analyze strategies for reducing the cesarean section rate, as well as conducting in-depth investigations into the social and medical factors influencing elective cesarean decisions. Additionally, it highlights the need to develop a monitoring and early intervention system targeting these factors to minimize unnecessary cesarean sections and improve maternal and neonatal health outcomes.

Keywords: Elective cesarean section, indication, influencing factors, maternal age, obstetric history.