

THỰC TRẠNG MỔ LẤY THAI LẦN ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG

Vũ Đình Nam^{1,✉}, Đặng Thị Minh Nguyệt², Đào Thị Hoa³

¹Trường Đại học Đại Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sản khoa trên 572 thai phụ mổ lấy thai lần đầu tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông trong năm 2024. Kết quả cho thấy nhóm tuổi 20 - 35 chiếm chủ yếu (80,6%). Thể trạng sản phụ có chiều cao trung bình $156,5 \pm 4,2$ cm, BMI trung bình $25,4 \pm 2,8$ kg/m², với 75,1% thuộc nhóm thừa cân và béo phì. Tỷ lệ con so chiếm 61,8%, đơn thai 98,3%. Đa số sản phụ trước mổ đã chuyển dạ (95,1%), trong đó ối vỡ xanh chiếm ưu thế (57,7%). Đặc điểm thai phụ mổ lấy thai lần đầu nổi bật gồm thai to ≥ 3500 g (31,5%), ngôi bất thường (9,6%) và thiếu ối (4,5%). Về kết quả sản khoa, tai biến mẹ thường gặp là chảy máu (3,7%) và tai biến phẫu thuật (2,1%), nhiễm trùng (1,9%). Đối với sơ sinh, 98,5% trẻ có chỉ số Apgar 5 phút ≥ 7 điểm; tỷ lệ suy hô hấp chiếm 2,6%, trẻ nhẹ cân 4,1% và trẻ ngạt 1,5%. Nghiên cứu kết luận mổ lấy thai lần đầu liên quan mật thiết đến tình trạng ối vỡ xanh, BMI cao và thai to. Kết quả khẳng định tính an toàn của can thiệp phẫu thuật, đồng thời đặt ra yêu cầu kiểm soát cân nặng thai kỳ và giám sát chỉ định bằng phân loại Robson.

Từ khóa: Mổ lấy thai, lần đầu, con so, con ẻ.

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.¹ Trong những thập kỷ gần đây, tỷ lệ MLT đang gia tăng nhanh chóng trên toàn cầu và tại Việt Nam, vượt xa ngưỡng khuyến cáo của WHO. Nghiên cứu của Boerma và cộng sự trên 169 quốc gia đã chỉ ra rằng tỷ lệ MLT tăng gấp đôi từ năm 2000 đến năm 2015.² Tại Việt Nam, tỷ lệ MLT ghi nhận sự gia tăng mạnh mẽ từ 9% trong những năm 1960 lên 40% vào năm 2005.^{3,4} Đáng chú ý, con số này đạt mức 54,96% tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương vào năm 2021, đây là tỷ lệ rất cao khi so sánh với các quốc gia khác trong khu vực.⁵ Sự bùng nổ tỉ lệ MLT nói

chung phần lớn bắt nguồn từ sự gia tăng tỉ lệ MLT lần đầu.⁶ Điều này không chỉ gây tổn kém nguồn lực y tế mà còn để lại hệ lụy lâu dài như vết sẹo tử cung, làm tăng nguy cơ rau cài răng lược và vỡ tử cung trong những lần mang thai kế tiếp.⁷

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về MLT tại các bệnh viện tuyến Trung ương, nhưng về đặc điểm lâm sàng và kết quả sản khoa tại các bệnh viện tuyến tỉnh - nơi có lưu lượng sản phụ lớn và nguồn lực y tế khác biệt vẫn còn là một khoảng trống nghiên cứu. Bệnh viện đa khoa Hà Đông là cơ sở y tế hạng I, tiếp nhận đối tượng sản phụ đa dạng với tỉ lệ MLT thực tế đang ở mức cao, nhưng chưa có đánh giá hệ thống về tính phù hợp của các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sản khoa trên nhóm đối tượng mổ lần đầu.

Việc đánh giá đúng thực trạng lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sản khoa không chỉ giúp

Tác giả liên hệ: Vũ Đình Nam
Trường Đại học Đại Nam
Email: nambsandhytdn@gmail.com
Ngày nhận: 27/01/2026
Ngày được chấp nhận: 02/03/2026

các bác sĩ tiên lượng tốt hơn các biến chứng có thể xảy ra, mà còn góp phần đưa ra những chỉ định phẫu thuật phù hợp, nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các thai phụ mổ lấy thai lần đầu tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2024.

- Đánh giá kết quả sản khoa của các thai phụ trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Hồ sơ bệnh án của những thai phụ mổ lấy thai lần đầu tại bệnh viện đa khoa Hà Đông từ ngày 01/01/2024 đến hết 31/12/2024.

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. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu. Sử dụng dữ liệu bệnh án thu thập tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông trong khoảng thời gian từ ngày 01/01/2024 đến ngày 31/12/2024.

Cỡ mẫu nghiên cứu và cách chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức xác định tỷ lệ trong nghiên cứu mô tả cắt ngang:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó:

- n: cỡ mẫu nghiên cứu cần có.

- $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$: hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$).

- p: tỷ lệ mổ lấy thai lần đầu trên tổng số đẻ chung 39,13% theo nghiên cứu của Ngô Thị Bằng tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2022.

- d: sai số tuyệt đối, lấy $d = 0,04$.

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu tối thiểu $n = 572$ thai phụ mổ lấy thai lần đầu.

Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu áp dụng kỹ thuật chọn mẫu hệ thống từ danh sách hồ sơ bệnh án điện tử. Quy trình thực hiện cụ thể như sau:

- Lập danh sách: Trích xuất danh sách toàn bộ thai phụ mổ lấy thai lần đầu thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, thu được $N = 1868$ thai phụ, sắp xếp theo thứ tự thời gian nhập viện.

- Xác định khoảng cách: Với cỡ mẫu $n = 572$, khoảng cách mẫu được xác định là $k = N/n = 3$.

- Lấy mẫu: Chọn ngẫu nhiên điểm bắt đầu là bệnh án số 01. Các bệnh án tiếp theo được lựa chọn liên tục với khoảng cách $k = 3$ (vị trí số 1, 4, 7...) cho đến khi thu thập đủ 572 hồ sơ bệnh án.

Phương pháp thu thập thông tin

Lựa chọn hồ sơ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

Các biến số và 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, vị trí rau bám, mức độ thiếu máu.

- Kết quả sản khoa bao gồm tuổi thai khi kết thúc thai kỳ, ngôi thai, các biến chứng sản khoa

ở mẹ (tai biến do phẫu thuật, chảy máu sau đẻ, nhiễm trùng...) và biến chứng ở thai nhi như non tháng, nhẹ cân, tử vong chu sinh.

Phân tích số liệu

Số liệu được thu thập và quản lý trên phần mềm REDCap. Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 26.0. Các biến được biểu diễn dưới dạng phần trăm.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Khoa học trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt (số 3124/QĐ-ĐHYHN ngày 18/6/2024) và sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

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

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và thể trạng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n = 572)		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1. Nhân khẩu học			
Tuổi mẹ	< 20 tuổi	41	7,2
	20 - 30 tuổi	336	58,7
	30 - 35 tuổi	125	21,9
	> 35 tuổi	70	12,2
Nơi ở	Nông thôn	181	31,6
	Thành thị	391	68,4
Nghề nghiệp	Cán bộ, văn phòng	233	40,7
	Công nhân	108	18,9
	Nông dân	120	21,0
	Học sinh, sinh viên	24	4,2
	Nghề khác	87	15,2
2. Đặc điểm thể trạng thai phụ			
Chiều cao (cm)	≤ 150	43	7,5
	> 150	529	92,5
	Trung bình	156,5 ± 4,2	
Cân nặng (kg)	Trung bình	62,8 ± 6,5	
BMI (kg/m ²)	< 23	141	24,7
	23 - 30	381	66,6
	≥ 30	50	8,7
	Trung bình	25,4 ± 2,8	

Phần lớn thai phụ trong nghiên cứu thuộc nhóm tuổi trong độ tuổi sinh sản chiếm 80,6% trong đó 20 - 30 tuổi (58,7%), 30 - 35 tuổi (21,9%), số thai phụ từ 35 tuổi trở lên chỉ chiếm 12,2% và dưới 20 tuổi chiếm 7,2%. Về nơi cư trú, 68,4% thai phụ đến từ khu vực thành thị và 31,6% đến từ nông thôn. Về nghề nghiệp,

40,7% làm công việc hành chính, văn phòng, 39,9% làm công nhân, nông dân và 15,2% là nghề nghiệp khác, 4,2% là học sinh - sinh viên.

Thai phụ có chiều cao > 150 cm chiếm đa số (92,5%), với chiều cao trung bình $156,5 \pm 4,2$, cân nặng trung bình $62,8 \pm 6,5$ kg và BMI $25,4 \pm 2,8$.

Bảng 2. Đặc điểm sản khoa và bệnh lý của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n = 572)		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1. Tiền sử sản khoa			
Cách thức mang thai	Tự nhiên	553	96,7
	Hỗ trợ sinh sản	19	3,3
Số lượng thai	1	562	98,3
	≥ 2	10	1,7
Số lần mang thai	Con so	354	61,8
	Con rạ	218	38,2
2. Bệnh lý kèm theo, tiền sử phẫu thuật			
Bệnh lý kèm theo	Tăng huyết áp, tiền sản giật	15	2,6
	Tim	4	0,8
	Đái tháo đường	4	0,8
	Basedow	1	0,2
	Phổi	1	0,2
	Thận	2	0,4
Tiền sử phẫu thuật	Thai ngoài tử cung	9	1,6
	U nang buồng trứng	4	0,8
	Bệnh lý ngoại khoa	7	1,2

Phần lớn thai phụ mang thai con so (61,8%) trong đó đơn thai chiếm chủ yếu (98,3%), đa thai chỉ chiếm 1,7%. Số thai phụ mang thai tự nhiên chiếm 96,7%, phần còn lại mang thai nhờ hỗ trợ sinh sản (IVF, IUI) chỉ chiếm 3,3%. Tỷ lệ

thai phụ mang các bệnh lý kèm theo đa số là tăng huyết áp, tiền sản giật (THA, TSG) chiếm 2,6% tiếp đến là bệnh tim, đái tháo đường (ĐTĐ) chiếm 0,8%. Thai phụ tiền sử phẫu thuật ngoại khoa chiếm 1,2%.

Bảng 3. Đặc điểm chuyển dạ và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n = 572)			Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1. Tình trạng chuyển dạ trước khi mổ				
Chưa chuyển dạ	Ồi còn		19	3,3
	Ồi vỡ	Trong	8	1,4
		Xanh	1	0,2
Tổng			28	4,9
Giai đoạn I _A	Ồi còn		122	21,3
	Ồi vỡ	Trong	41	7,2
		Xanh	313	54,7
Tổng			476	83,2
Giai đoạn I _B	Ồi còn		9	1,6
	Ồi vỡ	Trong	42	7,3
		Xanh	17	3,0
Tổng			68	11,9
2. Chỉ số ối (AFI) đo được khi siêu âm				
AFI ≥ 240 mm			4	0,7
Bình thường			542	94,8
28 < AFI < 50 mm			6	1,0
AFI ≤ 28 mm			20	3,5
3. Vị trí bám của bánh rau				
Bình thường			560	98,0
RTĐ trung tâm			6	1,0
RTĐ bán trung tâm			3	0,5
RTĐ bám mép			3	0,5
4. Mức độ thiếu máu trước mổ				
Không thiếu máu (Hb ≥ 11 g/dl)			504	88,2
Nhẹ (9 ≤ Hb ≤ 10,9 g/dl)			54	9,4
Vừa (7 ≤ Hb ≤ 8,9 g/dl)			10	1,7
Nặng (Hb < 7 g/dl)			4	0,7

Có 28 thai phụ chưa chuyển dạ chiếm 4,9% trong đó ối vỡ non chiếm 1,6%, ối xanh chiếm 0,2%. Có 544 thai phụ đã chuyển dạ chiếm 95,1%, trong đó ối vỡ sớm giai đoạn Ia chiếm 61,9%, ối xanh chiếm 54,7%. Ới vỡ sớm giai đoạn Ib chiếm 10,3%, tỷ lệ ối xanh là 3,0%.

Phần lớn thai phụ có chỉ số ối (AFI) bình thường chiếm 94,8%, có 26 trường hợp thai phụ thiếu ối chiếm 4,5% trong đó $AFI \leq 28$ mm,

$28 < AFI < 50$ mm chiếm lần lượt là 3,5% và 1,0%. Có 12 trường hợp thai phụ có vị trí rau bám bất thường trong đó rau tiền đạo trung tâm chiếm phần lớn (1,0%), rau tiền đạo bán trung tâm và bám mép đều chiếm 0,5%.

Mức độ thiếu máu trước mổ chiếm 11,8% trong đó thiếu máu nhẹ chiếm chủ yếu chiếm 9,4%, vừa là 1,7%, nặng có 4 trường hợp chiếm 0,7%.

Bảng 4. Kết quả sản khoa của đối tượng nghiên cứu (có 10 ca song thai)

Đặc điểm (n = 582)		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai kết thúc thai kỳ (tuần)	28 - 31 tuần	2	0,3
	32 - 34 tuần	6	1,0
	35 - 37 tuần	21	3,7
	38 - 40 tuần	458	80,1
	> 40 tuần	85	14,9
Ngôi thai	Ngôi chỏm	508	88,8
	Ngôi mông	50	8,7
	Ngôi vai	5	0,9
	Ngôi khác	9	1,6
Cân nặng lúc sinh (gram)	< 2500	24	4,1
	2500 - 3499	375	64,4
	≥ 3500	183	31,5
Chỉ số Apgar 1 phút	< 7 điểm (Ngạt)	13	2,3
	≥ 7 điểm (Bình thường)	540	92,8
	Sơ sinh non tháng	29	4,9
Chỉ số Apgar 5 phút	< 7 điểm (Ngạt)	9	1,5
	≥ 7 điểm (Bình thường)	544	93,6
	Sơ sinh non tháng	29	4,9

Trong nghiên cứu, tuổi thai kết thúc thai nghén chủ yếu là đủ tháng chiếm 95,0%, thai non trung bình và muộn chiếm 4,7% và rất non

chiếm 0,3%. Về ngôi thai, ngôi chỏm chiếm đa số 508 thai phụ chiếm 88,8%, ngôi mông chiếm 8,7%, còn lại là ngôi vai và ngôi khác.

Nhóm trẻ sơ sinh có trọng lượng 2500 - 3499 gr chiếm tỷ lệ lớn nhất chiếm tỷ lệ 64,4%, nhóm trẻ nhẹ cân < 2500 gr chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,1%. Tại thời điểm 1 phút và 5 phút trẻ sơ sinh có điểm Apgar ≥ 7 điểm chiếm lần lượt

là 92,8% và 93,6% có 9 trường hợp trẻ sơ sinh ngạt nhẹ và trung bình chiếm tỷ lệ 1,5%. Cả hai nhóm đều có 29 trường hợp sơ sinh non tháng chiếm 4,9%.

Bảng 5. Tỷ lệ tai biến mẹ và con trong MLT

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tai biến mẹ			
Không có tai biến		528	92,3
Tai biến do phẫu thuật	Tổn thương bàng quang	1	0,2
	Rách thêm cơ tử cung	11	1,9
Tai biến chảy máu	Không truyền máu	9	1,6
	Truyền máu	3	0,5
	Thất động mạch tử cung	7	1,3
	Cắt tử cung	2	0,3
	Vết mổ nông	6	1,1
Nhiễm trùng	Nhiễm trùng vết mổ sâu	3	0,5
	Viêm niêm mạc tử cung	2	0,3
Tổng		572	100
Tai biến con			
Suy hô hấp		15	2,8
Chấn thương	Gãy xương đùi	0	0,0
	Tổn thương da, đầu	1	0,2
Viêm phổi sơ sinh		2	0,4
Tử vong		0	0,0
Tổng		582	100

Tổng số tai biến của mẹ là 44 trường hợp chia làm 3 nhóm: tai biến do phẫu thuật, tai biến chảy máu, nhiễm trùng trong đó gặp nhiều nhất là tai biến chảy máu chiếm tỷ lệ 3,7%.

Các biến chứng ở thai nhi khá đa dạng, tỷ lệ trẻ sơ sinh suy hô hấp chiếm 2,8%, viêm phổi sơ sinh 0,4%, tổn thương da, đầu chiếm 0,2%, không ghi nhận trẻ gãy xương đùi, tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm nhân khẩu học, kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi từ 20 - 35 chiếm tỷ lệ cao nhất 80,6% trong đó 20 - 30 tuổi chiếm đa số (58,7%). Điều này hoàn toàn tương đồng với nghiên cứu của Khổng Thị Vân (84,4%) và Nguyễn Thị Bình (89,1%), phản ánh đây là độ tuổi sinh sản tối ưu nhất, nguy cơ sảy thai, thai lưu thấp nhất.^{8,9} Đáng chú ý nhóm tuổi chiếm tỉ lệ thấp (12,2%) là nhóm > 35 tuổi, đây là nhóm tuổi có dự trữ buồng trứng giảm, khả năng sinh sản giảm, nguy cơ vô sinh, hiếm muộn, sảy thai, thai lưu cao.^{10,11} Mặt khác đây cũng là nhóm tuổi có nguy cơ MLT cao, tuổi càng cao nguy cơ MLT càng cao.¹² Bên cạnh đó, tỷ lệ sản phụ sống ở thành thị (68,4%) cao hơn nông thôn (31,6%), điều này có thể giải thích do 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 Việt Nam của Myriam de Loenzien và cộng sự (2019), nơi tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm phụ nữ sống ở thành thị thường cao gấp 2 lần so với nông thôn.¹³

Theo kết quả nghiên cứu cho thấy đối tượng có nghề nghiệp là cán bộ - nhân viên văn phòng là nhóm đối tượng chiếm tỉ lệ nhiều nhất 40,7%. Và nhóm có tỉ lệ thấp nhất là học sinh, sinh viên có 24 thai phụ chiếm 4,2%. Còn lại 39,9% thai phụ có nghề nghiệp là công nhân, nông dân, 15,2% nghề nghiệp khác. Kết quả này tương xứng với nghiên cứu của Khổng Thị Vân.⁸

Điểm mới nổi bật trong nghiên cứu này là việc phân tích đặc điểm thể trạng của sản phụ. Chiều cao trung bình của sản phụ đạt $156,5 \pm 4,2$ cm và BMI trung bình là $25,4 \pm 2,8$ kg/m². Đặc biệt, có tới 75,3% sản phụ có BMI ≥ 23 (nhóm thừa cân và béo phì theo tiêu chuẩn IDI & WPRO). Đây là một tỷ lệ rất cao so với các nghiên cứu tại khu vực nông thôn, phản ánh tình trạng dinh dưỡng thai kỳ dư thừa tại khu vực đô thị. Chỉ số BMI cao không chỉ gây khó

khăn cho kỹ thuật gây tê, phẫu thuật mà còn là yếu tố nguy cơ hàng đầu dẫn đến bất xứng đầu chậu và thai to (≥ 3500 g chiếm 31,5%), điều đó giải thích cho tỷ lệ MLT lần đầu tại cơ sở cao.

Với đặc điểm thai, 61,8% là sinh con so và 98,3% mang một thai, trong đó tỷ lệ mang thai tự nhiên chiếm 96,7% tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Xuân Minh năm 2024 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn.¹⁴ Tiền sử bệnh lý mẹ đa số là THA, TSG chiếm 2,6% tiếp đến là bệnh tim, ĐTĐ chiếm 0,8%, thai phụ tiền sử phẫu thuật ngoại khoa chiếm 1,2% kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước như Nguyễn Thị Hiền.¹⁵

Một phát hiện quan trọng là tình trạng chuyển dạ trước mổ chiếm tới 95,1%, trong đó hầu hết ở giai đoạn tiềm tàng la (83,2%). Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Khổng Thị Vân (60,9%).⁸ Tình trạng nước ối là một đặc điểm lâm sàng then chốt trong nghiên cứu này.

Tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phạm Xuân Minh, Hoàng Đức Vĩnh Hoàng Thu Soan (2024) cho thấy tỷ lệ thai phụ mổ lấy thai giai đoạn tiềm tàng la 86,4% và cao hơn tỷ lệ mổ lấy thai ở nghiên cứu của Khổng Thị Vân, Nguyễn Quảng Bắc và Vũ Ngân Hà (2022) là 60,9%.^{8,14} Qua thăm khám đánh giá thì thấy ối vỡ xanh chiếm ưu thế 54,7% ở giai đoạn tiềm tàng, 10,3% ở giai đoạn tích cực. Màu ối phản ánh một phần tình trạng sức khỏe thai nhi. Nước ối có màu vàng xanh: có thể có hiện tượng tán huyết thai nhi hoặc thai nhi chậm phát triển trong tử cung. Nước ối có màu xanh rêu sệt hoặc lẫn phân xu của bé: Thai nhi bị suy yếu trầm trọng trong bụng mẹ, đe dọa tín mạng. Nước ối xanh đục như lẫn mủ, mùi hôi: là tình trạng nhiễm trùng ối, bé có nguy cơ cao bị nhiễm trùng trong tử cung. 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 Phạm Chí Kông chứng minh làm tăng nguy cơ mổ lấy thai lên 2,3 lần.¹⁶ Bên cạnh đó, các bất thường về vị trí rau bám (chiếm 2,0%) với đa số là rau tiền đạo trung tâm (1,0%) 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 11,8% sản phụ. So sánh với nghiên cứu của Đặng Minh Đức 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.¹⁷ 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.

Về phía thai nhi, sự kết hợp giữa các chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối như ngôi mông (8,7%), ngôi ngang (0,9%) và các tình trạng bệnh lý của mẹ đã định hình nên kết cục sản khoa tại đơn vị. Khác với các nghiên cứu tập trung vào tỷ lệ mổ chung, nghiên cứu của chúng tôi đi sâu vào phân tích các tai biến của mẹ và trẻ sơ sinh.

Về phía mẹ, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tai biến là 7,7%, trong đó chảy máu sau mổ chiếm 3,7%. Điều này có liên quan mật thiết đến các yếu tố đã phân tích là rau tiền đạo và tình trạng chuyển dạ kéo dài gây đỡ tử cung. Tuy nhiên, nhờ kiểm soát tốt thiếu máu tiền phẫu và kỹ thuật mổ, không có trường hợp tử vong mẹ nào được ghi nhận. Khi so sánh với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Minh, chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng tai biến phổ biến nhất trong mổ lấy thai.¹⁸

Dù tỷ lệ ngạt sơ sinh được kiểm soát ở mức thấp (1,5%), nghiên cứu ghi nhận 2,8% trẻ có biểu hiện suy hô hấp sau mổ. Điểm khác biệt lớn nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là việc làm rõ mối liên quan giữa tuổi thai và tình trạng trẻ sơ sinh. Với 29 trẻ non tháng (5,1%), đây là

nhóm đối tượng chính giải thích cho việc kéo dài thời gian nằm viện (5 - 7 ngày) và nhu cầu chăm sóc đặc biệt, thay vì các biến chứng do sai sót kỹ thuật. Các trẻ này dù có cân nặng thấp (< 2500 g chiếm 4,1%) nhưng nhờ việc chỉ định mổ lấy thai kịp thời trước khi tình trạng nhiễm khuẩn ối (do vỡ ối xanh) tiến triển nặng, chỉ số Apgar 5 phút của hầu hết trẻ đều đạt ≥ 7 điểm. Điều này khẳng định tính an toàn và hiệu quả của quyết định mổ lấy thai lần đầu tại cơ sở, cho thấy sự phối hợp chặt chẽ giữa chuyên khoa Sản và Nhi ngay tại phòng mổ để tối ưu hóa kết cục cho thai nhi.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy MLT lần đầu tại đơn vị tập trung chủ yếu ở nhóm sản phụ con so (61,8%) và thai đủ tháng (95,0%). Đặc điểm nổi bật là sự kết hợp giữa sản phụ có BMI ≥ 23 (75,1%) và tình trạng can thiệp trong giai đoạn chuyển dạ chiếm ưu thế (95,1%), liên quan trực tiếp đến các yếu tố tiền lượng rủi ro như ối vỡ xanh bần (54,7%), thiếu ối và thai to. Khác với các cơ sở chuyên khoa tuyến cuối thường tập trung vào bệnh lý mẹ nặng, việc chỉ định tại đơn vị mang tính chất dự phòng rủi ro sơ sinh nhằm đảm bảo chỉ số Apgar an toàn cho đại đa số trẻ sơ sinh, tuy nhiên vẫn ghi nhận 2,8% trẻ bị suy hô hấp và 7,7% tai biến mẹ (chủ yếu chảy máu và tai biến phẫu thuật). Từ thực trạng này, bệnh viện cần áp dụng phân loại Robson để giám sát chỉ định, đồng thời thắt chặt quy trình hội chẩn và nâng cao năng lực theo dõi biểu đồ chuyển dạ nhằm giảm tỷ lệ MLT không cần thiết, góp phần nâng cao sức khỏe sinh sản lâu dài cho phụ nữ tại địa phương.

LỜI CẢM ƠN

Tác giả Vũ Đình Nam được tài trợ bởi Chương trình học bổng đào tạo thạc sĩ, tiến sĩ trong nước của Quỹ Đổi mới sáng tạo Vingroup (VINIF), mã số VINIF.2024.ThS.77

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung S, Mikes BA, Martingano DJ. Cesarean section. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2024. Accessed February 23, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/>.
2. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*. 2018; 392(10155): 1341-1348.
3. Nguyễn Đức Hình. Nhận xét 247 trường hợp mổ lấy thai ở Khoa sản bệnh viện Bạch Mai. Trong: *Thông tin sản phụ khoa, Số 1. Hội nghị Sản phụ khoa & KHHGD Việt Nam*. 1993: 29-34.
4. Nguyễn Văn Tư. Thực trạng phẫu thuật lấy thai tại khoa sản bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên năm 2004. *Tạp chí Y học thực hành (Bộ Y tế)*. 2006; (3): 15-17.
5. Mai Trọng Dũng, Nguyễn Đức Thắng, Phạm Hoài Sơn, và cs. 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.
6. Nguyễn Duy Linh. Mổ lấy thai chủ động khi thai đủ tháng sớm và các biến chứng trên trẻ sơ sinh. *Tạp chí Phụ sản*. 2015; 13(2B): 12-15.
7. Guner G, Karabudak CB. Cesarean section rates and indications: a cross-sectional study from a tertiary care centre in Türkiye. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025; 26(1): 1.
8. 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 viện 19-8 Bộ công an. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 520(1B): 111-114.
9. 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; 802(1): 144-146.
10. George K, Kamath MS. Fertility and age. *J Hum Reprod Sci*. 2010; 3(3): 121-123.
11. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Aging and infertility in women. *Fertil Steril*. 2006; 86(5 Suppl 1): S248-S252.
12. Mogren I, Lindqvist M, Petersson K, et al. Maternal height and risk of caesarean section in singleton births in Sweden-A population-based study using data from the Swedish Pregnancy Register 2011 to 2016. *PLoS One*. 2018; 13(5): e0198124.
13. de Loenzien M, Schantz C, Luu BN, et al. Magnitude and correlates of caesarean section in urban and rural areas: A multivariate study in Vietnam. *PLoS One*. 2019; 14(7): e0213129.
14. 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): 326-329.
15. 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, Trường Đại học Y Hà Nội; 2017.
16. Phạm Chí Kông. Tỷ lệ và kết cục thai kỳ ở những trường hợp thiếu ối có tuổi thai từ 38 tuần trở lên tại bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng. *Tạp chí Phụ sản*. 2024; 22(1): 56-60.
17. Đặng Minh Đắc, Hoàng Quốc Thắng, Nguyễn Thị Phương Dung, và cs. Khảo sát thực trạng thiếu máu của sản phụ trước mổ lấy thai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025; 554(1): 283-286.
18. 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): 43-49.

Summary

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND OBSTETRIC OUTCOMES OF PREGNANT WOMEN UNDERGOING PRIMARY CESAREAN SECTION AT HA DONG GENERAL HOSPITAL

A retrospective descriptive cross-sectional study was conducted to describe the clinical, paraclinical characteristics, and obstetric outcomes of 572 pregnant women undergoing their primary cesarean section at Ha Dong General Hospital in 2024. The 20-35 years old age group represented 80.6%. Maternal physical characteristics included a mean height of 156.5 ± 4.2 cm and a mean BMI of 25.4 ± 2.8 kg/m², with 75.3% being overweight or obese. Nulliparous women accounted for 61.8%, and singletons 98.3%. Most patients were in labor before surgery (95.1%) and 57.7% had meconium-stained amniotic fluid. Significant risk factors included fetal macrosomia ≥ 3500 g (31.5%), malpresentation (9.6%), and oligohydramnios (4.5%). Regarding obstetric outcomes, common maternal complications included hemorrhage (3.7%), surgical complications (2.1%), and infections (1.9%). For neonates, 98.5% had a 5-minute Apgar score ≥ 7 ; the rates of respiratory distress syndrome, low birth weight, and birth asphyxia were 2.6%, 4.1%, and 1.5%, respectively. The study concludes that primary cesarean sections are closely associated with meconium-stained amniotic fluid, high maternal BMI, and macrosomia. The outcomes demonstrate the safety of surgical intervention, while highlighting the need for weight management during pregnancy and the implementation of the Robson classification.

Keywords: Cesarean delivery, primary, nulliparous, multiparous.