

SO SÁNH CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI Ở SẢN PHỤ CON SO TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN TRONG 2 GIAI ĐOẠN 2013 VÀ 2018

Nguyễn Thị Anh*, Nguyễn Thị Kim Tiên, Nguyễn Xuân Thành
Trường Đại học Y Dược - ĐH Thái Nguyên

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mổ lấy thai (MLT) con so làm tăng nguy cơ MLT lần sau, kéo dài thời gian nằm viện, ảnh hưởng đến sức khỏe của người mẹ và trẻ sơ sinh và gia tăng chi phí điều trị rõ rệt. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Xác định tỷ lệ MLT con so trong 6 tháng đầu năm 2013 và 2018 và phân tích chỉ định MLT ở hai thời điểm trên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, hồi cứu trên các trường hợp chỉ định MLT con so tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ ngày 01/01/2013 đến hết 30/06/2013 và từ ngày 01/01/2018 đến hết 30/06/2018. **Kết quả:** Tỷ lệ MLT con so năm 2013 là 48,1% và năm 2018 là 58,2% ($p < 0,05$). Chỉ định MLT vì một lý do năm 2013 là 46,6% và năm 2018 là 33,0% ($p < 0,05$). Chỉ định MLT do cổ tử cung không tiến triển năm 2013 là 9,9% và năm 2018 là 6,4%; do khung chậu hẹp năm 2013 là 4,7% và năm 2018 là 3,6%; do dọa vỡ tử cung năm 2013 là 1,3% và năm 2018 là 0,3% ($p > 0,05$). Chỉ định MLT do tiền sản giật, sản giật năm 2013 là 1,7% và năm 2018 là 1,5% ($p > 0,05$). Chỉ định MLT do thai suy năm 2013 là 15,4% và năm 2018 là 8,2%; do thai to toàn bộ năm 2013 là 8,1% và năm 2018 là 15,8% ($p < 0,05$). Chỉ định MLT do ối vỡ non, ối vỡ sớm năm 2013 là 34,6% và năm 2018 là 19,2%; MLT do thiếu ối năm 2013 là 8,7% và năm 2018 là 23,3% ($p < 0,05$). Chỉ định MLT vì con so lớn tuổi năm 2013 là 5,5% và năm 2018 là 1,2%; vì vô sinh năm 2013 là 0,3% và năm 2018 là 2,7% ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ MLT con so sau 5 năm tăng lên rõ rệt, đặc biệt ở các chỉ định thai to toàn bộ và vô sinh. **Từ khóa:** chỉ định, mổ lấy thai, sản phụ, con so, thái nguyên

Ngày nhận bài: 19/12/2018; Ngày hoàn thiện: 28/12/2018; Ngày duyệt đăng: 31/01/2019

STUDY ON INDICATIONS OF FIRST TIME CAESAREAN SECTION AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL IN TWO STAGES OF 2013 AND 2018

Nguyen Thi Anh*, Nguyen Thi Kim Tien, Nguyen Xuan Thanh
University of Medicine and Pharmacy - TNU

ABSTRACT

Background: First time caesarean increases the risk of cesarean deliveries in the next time pregnancy, prolongs hospital stay, affects maternal and neonatal health and increases the significant cost of treatment. This study aims to: determine the proportion of first time caesarean in the first 6 months of 2013 and 2018 and to analyse caesarean indications at the two time points.

Study subjects and methods: A cross sectional, retrospective study was conducted on first time caesarean at Thai Nguyen follow-up in cases of congestive heart failure at Thai Nguyen national hospital from 01/01/2013 to 31/06/2013 and 01 / 01/2018 to 31/06/2018. **Results:** The proportion of first time caesarean in 2013 was 48.1% and 58.2% in 2018 ($p < 0.05$). The caesarean indications by one reason in 2013 was 46.6% and 33.0% in 2018 ($p < 0.05$). Caesarean indications by cervical non-progression in 2013 was 9.9% and 6.4% in 2018; by narrow pelvis in 2013 was 4.7% and 3.6% in 2018; by threatened uterine rupture in 2013 was 1.3% and 0.3% in 2018 ($p > 0.05$). Caesarean indications by mothers with pre-eclampsia, eclampsia in 2013 was 1.7% and 1.5% in 2018 ($p > 0.05$). Caesarean indications by fetal distress was 15.4% in 2013 and 8.2% in 2018; by fetal macrosomia in 2013 was 8.1% and 15.8% in 2018 ($p < 0.05$). Caesarean indications by early amniotic break in 2013 was 34.6% and 19.2% in 2018; by lack of amniotic fluid in 2013 was 8.7% and 23.3% in 2018 ($p < 0.05$). Caesarean indications by first time pregnancy in old mother in 2013 was 5.5% and 1.2% in 2018; by infertility in 2013 was 0.3% and 2.7% in 2018 ($p < 0.05$). **Conclusion:** The proportion of first time caesarean is significantly increased, especially in the indication of fetal macrosomia and infertility.

Keywords: indications, caesarean section, pregnancy women, first time pregnancy, thai nguyen

Received: 19/12/2018; Revised: 28/12/2018; Approved: 31/01/2019

* Corresponding author: Email: drkintien@gmail.com

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai phụ có thai con so là những trường hợp có thai từ tuần thứ 22 trở lên chưa sinh lần nào (bao gồm sinh đường âm đạo và mổ lấy thai (MLT)). Ở thai phụ con so khi chuyển dạ đường sinh dục chưa được thử thách cho nên vấn đề tiên lượng đẻ đường dưới hay không là rất khó, do đó chỉ định MLT ở thai phụ con so thường có tỷ lệ cao hơn thai phụ con rạ. Bên cạnh đó là tâm lý sợ đau của mẹ, muốn mẹ tròn con vuông của gia đình, chọn ngày giờ... đã và đang làm tỷ lệ MLT con so ngày càng cao. Nghiên cứu của Touch Bunlong năm 2000 ghi nhận tỷ lệ MLT con so là 27,02% [2], còn tỷ lệ MLT con so của tác giả Vương Tiến Hòa năm 2002 là 33,44% [3]. Nghiên cứu của Đỗ Quang Mai (2007) [4] cho tỷ lệ MLT con so năm 1996 là 28,71%, đến năm 2006 là 37,09%. Nghiên cứu của Bùi Quang Trung (2009) [7] tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương cho tỷ lệ sản phụ MLT con so 6 tháng cuối năm 2009 là 39,6%.

Thai phụ con so, sau MLT thì những lần sinh sau gần 100% sẽ có chỉ định MLT. MLT làm tăng nguy cơ tai biến và biến chứng, kéo dài thời gian nằm viện, ảnh hưởng đến sức khỏe của người mẹ và trẻ sơ sinh và gia tăng chi phí điều trị rõ rệt. Với tỷ lệ MLT con so ngày càng tăng thì việc tìm hiểu về chỉ định MLT cũng như đánh giá sự hợp lý của chỉ định MLT là việc làm cần thiết để giúp bảo vệ sức khỏe sản phụ và trẻ sơ sinh, bên cạnh đó sẽ giúp đưa ra các khuyến cáo về chỉ định MLT ở sản phụ con so cho các thầy thuốc sản khoa. Đó là lý do chúng tôi thực hiện đề tài "*So sánh chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong 2 giai đoạn 2013 và 2018*" nhằm mục tiêu: *Xác định tỷ lệ MLT con so trong 6 tháng đầu năm 2013 và 2018 và phân tích chỉ định MLT ở hai thời điểm trên.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**Đối tượng nghiên cứu**

Tất cả các hồ sơ của những sản phụ con so được chỉ định MLT tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ ngày 01/01/2013 đến hết 30/06/2013 và từ ngày 01/01/2018 đến hết 30/06/2018.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ ngày 01/01/2018 đến hết 30/11/2018 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang, hồi cứu.

Cỡ mẫu, chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện là chọn toàn bộ sản phụ con so được MLT trong 6 tháng đầu năm 2013 và 6 tháng đầu năm 2018.

Chỉ số nghiên cứu

Tỷ lệ MLT ở sản phụ con so. So sánh chỉ định MLT theo sự kết hợp lý do. So sánh chỉ định MLT do đường sinh dục mẹ. So sánh chỉ định MLT do bệnh lý mẹ. So sánh chỉ định MLT do thai. So sánh chỉ định MLT do phần phụ của thai. So sánh chỉ định MLT do các nguyên nhân khác

Phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Đánh giá chỉ định MLT bằng số liệu mô tả tỷ lệ phần trăm. So sánh chỉ định MLT giữa 2 giai đoạn bằng Chi-square test, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu nên không ảnh hưởng tới quá trình điều trị của bệnh nhân. Mọi thông tin nghiên cứu đều được đảm bảo giữ bí mật và chỉ phục vụ cho kết quả nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học Đề tài cấp cơ sở Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Tỷ lệ mổ lấy thai con so trong 6 tháng đầu năm 2013 và 2018**

Bảng 1. Tỷ lệ mổ lấy thai con so 6 tháng đầu năm 2013 và 2018

Cách thức đẻ	Năm	2013		2018		P
		SL	%	SL	%	
Mổ lấy thai		298	48,1	330	58,2	< 0,05
Đẻ thường		321	51,9	237	41,8	
Tổng số đẻ con so		619	100,0	567	100,0	

Tỷ lệ MLT con so năm 2013 chiếm 48,1% so với tổng số cuộc đẻ con so. Tỷ lệ MLT con so năm 2018 là 58,2%. Tỷ lệ MLT năm 2018 sau 5 năm đã tăng rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

So sánh chỉ định mổ lấy thai ở Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2013 và 2018

Bảng 2. So sánh tỷ lệ kết hợp các chỉ định mổ lấy thai

Chỉ định	Năm	2013		2018		P
		SL	%	SL	%	
Một chỉ định		139	46,6	109	33,0	< 0,05
Nhiều chỉ định		159	53,4	221	67,0	
Tổng		298	100,0	330	100,0	

Năm 2013, sản phụ được chỉ định MLT vì một lý do là 46,6%, năm 2018 là 33,0% ($p < 0,05$).

Bảng 3. Tỷ lệ các chỉ định mổ lấy thai do đường sinh dục của mẹ

Chỉ định	Năm	2013		2018		P
		SL	%	SL	%	
Cổ tử cung (CTC) không tiến triển		21	7,0	21	6,4	> 0,05
Khung chậu hẹp		14	4,7	12	3,6	> 0,05
Dọa vỡ TC, cơn co TCCT		4	1,3	1	0,3	> 0,05
Do AH, AĐ, tăng sinh môn		1	0,3	1	0,3	> 0,05
TC dị dạng		2	0,7	1	0,3	> 0,05
Khối u tiền đạo		1	0,3	0	0,0	-

Chỉ định MLT do khung chậu hẹp năm 2013 chiếm 4,7% và năm 2018 là 3,6%. Do CTC không tiến triển năm 2013 là 7,0%, năm 2018 là 6,4%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4. Tỷ lệ các chỉ định mổ lấy thai do bệnh lý người mẹ

Chỉ định	Năm	2013		2018		P
		SL	%	SL	%	
Bệnh Basedow		2	0,7	3	0,9	> 0,05
Bệnh tim		0	0,0	3	0,9	-
Tiền sản giật, sản giật		5	1,7	5	1,5	> 0,05
Bệnh khác		5	1,7	7	2,1	> 0,05

Chỉ định MLT do tiền sản giật, sản giật năm 2013 chiếm 1,7%, năm 2018 chiếm 1,5%. Do bệnh khác năm 2013 chiếm 1,7% và năm 2018 chiếm 2,1%. Không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

Bảng 5. Tỷ lệ các chỉ định mổ lấy thai do thai

Chỉ định	Năm	2013		2018		P
		SL	%	SL	%	
Thai suy		46	15,4	27	8,2	< 0,05
Thai to toàn bộ		24	8,1	52	15,8	< 0,05
Ngôi thai bất thường		19	6,4	20	6,1	> 0,05
Đầu không lọt		19	6,4	17	5,2	> 0,05
Thai quá ngày sinh		9	3,1	1	0,3	-
Đa thai		2	0,7	3	1,0	> 0,05

Chỉ định MLT do thai năm 2013 cao nhất là do thai suy chiếm 15,4%, thai to toàn bộ chiếm 8,1%. Năm 2018, chỉ định MLT do thai suy 8,2% và do thai to toàn bộ chiếm 15,8% ($p < 0,05$).

Bảng 6. Tỷ lệ các chỉ định mổ lấy thai do phần phụ của thai

Chỉ định	Năm	2013		2018		P
		SL	%	SL	%	
Thiếu ối		26	8,7	77	23,3	< 0,05
Ối vỡ non, ối vỡ sớm		103	34,6	63	19,2	< 0,05
Sa dây rốn		2	0,7	1	0,3	> 0,05
Rau bong non		2	0,7	1	0,3	-
Rau tiền đạo		3	1,0	5	1,5	> 0,05

Chỉ định MLT do phần phụ của thai cao nhất là ối vỡ non, ối vỡ sớm năm 2013 chiếm 34,6%, năm 2018 chiếm 19,2%. Năm 2018 tỷ lệ MLT do thiếu ối chiếm cao nhất 23,3%, năm 2013 chiếm 8,7% ($p < 0,05$).

Bảng 7. Tỷ lệ các chỉ định mổ lấy thai khác

Chỉ định	Năm	2013		2018		P
		SL	%	SL	%	
Con so lớn tuổi		16	5,5	4	1,2	< 0,05
Tiền sử sản khoa nặng nề		5	1,8	4	1,2	> 0,05
Vô sinh		1	0,3	9	2,7	< 0,05

Chỉ định MLT vì con so lớn tuổi năm 2013 chiếm 5,5%, năm 2018 chiếm 1,2%. Chỉ định MLT vì vô sinh năm 2013 là 0,3%, năm 2018 là 2,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

BÀN LUẬN

Tỷ lệ mổ lấy thai con so trong 6 tháng đầu năm 2013 và 2018

Tỷ lệ MLT con so năm 2013 chiếm 48,1% so với tổng số cuộc đẻ con so. Tỷ lệ MLT con so năm 2018 là 58,2%. So sánh với nghiên cứu của Đỗ Quang Mai (2007) [4] cho tỷ lệ MLT con so năm 1996 là 28,71%, đến năm 2006 là 37,09%. Nghiên cứu của Touch Bunlong (2000) [2] ghi nhận tỷ lệ MLT con so là 27,02%, còn tỷ lệ MLT con so của tác giả Vương Tiến Hòa (2002) [3] là 33,44%. Nghiên cứu gần đây của Bùi Quang Trung (2010) [7] tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương cho tỷ lệ sản phụ MLT con so 6 tháng cuối năm 2009 là 39,6%. Đặc biệt trong nghiên cứu của Phạm Bá Nha (2008) [5] tại bệnh viện Bạch Mai ghi nhận tỷ lệ MLT ở sản phụ con so là 52,1%. Nghiên cứu của Thân Thị Thắng (2016) [6] thì tỷ lệ MLT con so 6 tháng đầu năm 2016 là chiếm 27,0%. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Phạm Bá Nha (2008) [5]. Một cuộc MLT sẽ được chỉ định trong những trường hợp cuộc đẻ không được phép tiến hành bằng đường âm đạo, bởi những nguy cơ

cho mẹ, cho thai hoặc cả hai. Vì vậy việc xác định chính xác trường hợp nào có nguy cơ, trong đó nguy cơ nào là tuyệt đối, nguy cơ nào là tương đối, thường xuyên đặt các thầy thuốc Sản khoa vào tình trạng phân vân, trước khi đưa ra chỉ định MLT. Điều này dẫn đến một chỉ định là quá rộng rãi hay quá hẹp đang gây ra rất nhiều tranh cãi. Chính vì vậy tỷ lệ MLT giữa các tác giả, giữa các khu vực địa lý và các tuyến y tế là khác nhau.

Một điều đáng lưu ý trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi là tỷ lệ MLT năm 2018 sau 5 năm đã tăng rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có nhiều lý do liên quan đến vấn đề này như vấn đề liên quan đến điều kiện kinh tế, văn hóa, xã hội phát triển, do đó các cặp vợ chồng có xu hướng quan tâm, chăm sóc con cái nhiều hơn và muốn đảm bảo quá trình sinh nở nên đã chủ động xin mổ. Hoặc do quan điểm không muốn bị đau, muốn chọn ngày giờ... nên đã xin mổ. Đó là lý do tỷ lệ MLT con so tăng rõ rệt. Đây là vấn đề hết sức lưu ý bởi việc sẽ làm tăng nguy cơ MLT cho lần có thai sau. Nghiên cứu của Mac Dorman M. và cs (2011) [8] tại Mỹ thấy với tỷ lệ tiền sử đã mổ đẻ lần trước đã có

thì xác suất có chỉ định MLT lần này sẽ cao hơn. Nếu sản phụ có tiền sử sinh trước là MLT thì sẽ không hướng tới đẻ đường âm đạo trong lần có thai tiếp theo. Một điểm khác cần quan tâm đó là số bà mẹ vào viện đẻ vì con so trong năm 2013 là 619 trong khi đó năm 2018 giảm xuống còn 567. Lý giải sự giảm xuống này theo chúng tôi là do bắt đầu từ năm 2016, theo phân tuyến khám chữa bệnh của bảo hiểm y tế cũng như sự đầu tư phát triển của Bệnh viện A Thái Nguyên với chuyên ngành sản nhi, đã thu hút rất nhiều sản phụ trên địa bàn tỉnh Thái Nguyên vào sinh nở, qua đó phần nào giảm tải cho bệnh viện tuyến trung ương.

So sánh chỉ định mổ lấy thai ở Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2013 và 2018

Năm 2013 số sản phụ được chỉ định MLT vì một lý do chiếm 46,6%, năm 2018 thấp hơn chiếm 33,0%. Nhưng đến năm 2018 số sản phụ được chỉ định MLT vì nhiều lý do chiếm 67,0% lại cao hơn năm 2013 chiếm 53,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bình (2013) [1] với tỷ lệ chỉ định MLT vì một lý do năm 2002 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là 46,8%, kết hợp nhiều lý do chiếm 53,2%. Năm 2012, chỉ định MLT vì một lý do đã tăng hơn chiếm 67,0%, trong khi chỉ định MLT vì nhiều lý do đã giảm chiếm 33,0% [1]. Lý giải cho sự khác biệt này theo chúng tôi là do đặc điểm mẫu nghiên cứu và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Bình (2013) [1] diễn ra năm 2013 trên các đối tượng MLT chung, còn nghiên cứu của chúng tôi diễn ra năm 2018, trên các đối tượng MLT con so. Đặc biệt có một phần lý do xã hội thay đổi theo thời gian mà chúng tôi gặp trong quá trình nghiên cứu. Trước thực trạng những “kiện cáo” có thể xảy ra trong y khoa hiện nay, một số bác sĩ ra chỉ định MLT dựa trên nhiều lý do để đảm bảo “chắc chắn”; hoặc do trước áp lực gia đình xin MLT do sản phụ đau, do con hiếm muộn, do xem “ngày giờ”... nên bác sĩ thường ra nhiều chỉ định MLT kết hợp. Đó là lý do chỉ định MLT tương đối của chúng tôi cao hơn nghiên cứu trước và

là bằng chứng gián tiếp cho việc cần nghiên cứu về chỉ định MLT trên các sản phụ vào viện đẻ.

Chỉ định MLT do khung chậu hẹp năm 2013 chiếm 4,7% và năm 2018 là 3,6%; do CTC không tiến triển năm 2013 là 7,0%, năm 2018 là 6,4% ($p > 0,05$). Tỷ lệ các chỉ định MLT do đường sinh dục khác của mẹ giữa 6 tháng đầu năm 2013 và 2018 khá tương đồng nhau với $p > 0,05$. So sánh với nghiên cứu của Thân Thị Thắng (2016) [6] thấy trong các chỉ định MLT do sản phụ có CTC không tiến triển (67,1%). Chỉ định MLT nguyên nhân do khung chậu hẹp là 11,8%. Nghiên cứu của chúng tôi có đôi chút khác biệt so với nghiên cứu của Thân Thị Thắng. Đây là sự khác biệt do mẫu nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy: Chỉ định MLT do tiền sản giật, sản giật năm 2013 chiếm 1,7%, năm 2018 chiếm 1,5%; do bệnh khác năm 2013 chiếm 1,7% và năm 2018 chiếm 2,1% ($p > 0,05$). Chỉ định MLT năm 2013 cao nhất là do thai suy chiếm 15,4%, thai to toàn bộ chiếm 8,1%. Năm 2018, chỉ định MLT do thai suy 8,2% và do thai to toàn bộ chiếm 15,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của Thân Thị Thắng (2016) [6] thì chỉ định MLT ở sản phụ con so do thai to toàn bộ là 39,7%, do thai suy là 23,1%, do đầu không lọt là 14,2%, do ngôi bất thường... là 16,6%. Thai to khi chuyển dạ đẻ sẽ gây ra tình trạng bất tương xứng với khung chậu có thể dẫn đến nguy cơ cho mẹ và thai như: Con co tử cung cường tính, vỡ tử cung, chuyển dạ kéo dài, suy thai... thậm chí dẫn đến tử vong. Thai to làm tăng tỷ lệ đẻ khó gấp 3 lần vì khả năng ngạt, gãy xương đòn, sang chấn, đầu không lọt do kích cỡ đầu to. Nếu chẩn đoán đúng là thai to thì chỉ định MLT là hoàn toàn hợp lý. So sánh 6 tháng đầu năm 2013 và 2018 thấy tỷ lệ chỉ định MLT do thai suy giảm nhưng do thai to lại tăng. Điều này theo chúng tôi là phù hợp với thực tế. Cùng với sự phát triển kinh tế thì thai phụ được chăm sóc nhiều hơn, chế độ dinh dưỡng tốt hơn nên thai to hơn; trong khi đó, cùng với sự phát triển của chuyên ngành sản phụ khoa thì các thai phụ được chăm sóc quản lý thai nghén tốt

hơn, phát hiện sớm các biểu hiện bất thường của thai có liên quan đến suy thai, do đó xử trí kịp thời làm giảm tỷ lệ thai suy.

Chỉ định MLT do phân phụ của thai cao nhất là ối vỡ non (OVN), ối vỡ sớm (OVS) năm 2013 chiếm 34,6%, năm 2018 chiếm 19,2%; năm 2018 tỷ lệ MLT do thiếu ối chiếm cao nhất 23,3%, năm 2013 chiếm 8,7% ($p < 0,05$). OVN, OVS chắc chắn không phải là chỉ định MLT tuyệt đối nhưng là nguyên nhân gián tiếp gây ra đẻ khó bởi cản trở sự xóa mờ CTC, làm cho ngôi thai bình chỉnh không tốt dễ sa dây rau và gây ngôi bất thường, màng ối có tác dụng ngăn cản không cho vi khuẩn xâm nhập nên ối vỡ sớm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, suy thai, chuyển dạ kéo dài, rối loạn cơn co tử cung. Để hạn chế được chỉ định MLT vì ối vỡ non, ối vỡ sớm chúng ta cần tích cực theo dõi hơn nữa trong việc gây chuyển dạ đẻ. Nghiên cứu của Thân Thị Thắng (2016) [6] cho thấy trong số chỉ định MLT do phân phụ của thai: Đa phần là do OVN, OVS chiếm 90,5%, do thiếu ối nặng là 3,7% và do dây rau quấn cổ 2,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy: Chỉ định MLT vì con so lớn tuổi năm 2013 chiếm 5,5%, năm 2018 chiếm 1,2%. Chỉ định MLT vì vô sinh năm 2013 là 0,3%, năm 2018 là 2,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chỉ định MLT có thể do các lý do xã hội liên quan đến sản phụ và gia đình sản phụ, do tâm lý muốn đỡ đau, muốn chọn “ngày giờ”, do con hiếm muộn và do điều kiện kinh tế ngày càng phát triển. Nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ mổ vì vô sinh là 2,7%, thấp hơn so với nghiên cứu của Thân Thị Thắng (2016) [6] tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang cho kết quả: tỷ lệ chỉ định MLT do con so lớn tuổi + yếu tố khác là 3,5%, do bệnh nhân hiếm muộn điều trị vô sinh 4,4%.

KẾT LUẬN

- Tỷ lệ MLT con so năm 2013 là 48,1%, năm 2018 là 58,2% ($p < 0,05$).

- Chỉ định MLT vì một lý do năm 2013 là 46,6%, năm 2018 là 33,0% ($p < 0,05$). Chỉ định MLT do CTC không tiến triển năm 2013 là 9,9%, năm 2018 là 6,4%; do khung

chậu hẹp năm 2013 là 4,7% và năm 2018 là 3,6%; do dọa vỡ TC năm 2013 là 1,3% và năm 2018 là 0,3% ($p > 0,05$). Chỉ định MLT do tiền sản giật năm 2013 là 1,7%, năm 2018 là 1,5%. Do bệnh khác năm 2013 chiếm 1,5% và năm 2018 chiếm 2,1% ($p > 0,05$). Chỉ định MLT do thai suy năm 2013 là 15,4%, năm 2018 là 8,2%. MLT do thai to toàn bộ năm 2013 là 8,1%, năm 2018 là 15,8% ($p < 0,05$). Chỉ định MLT do ối vỡ non, ối vỡ sớm năm 2013 là 34,6%, năm 2018 là 19,2%. MLT do thiếu ối năm 2013 là 8,7%, năm 2018 là 23,3% ($p < 0,05$). Chỉ định MLT vì con so lớn tuổi năm 2013 là 5,5%, năm 2018 là 1,2%. MLT vì vô sinh năm 2013 là 0,3%, năm 2018 là 2,7% ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bình (2013), *Nghiên cứu chỉ định và kỹ thuật mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên năm 2002 và 2012*, Luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên.
2. Touch Bulong (2001), *Nhận xét về các chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so tại Viện Bảo vệ bà mẹ trẻ sơ sinh trong 2 năm 1999 - 2000*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Vương Tiến Hòa (2004), "Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai ở người đẻ con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2002", *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 21, tr. 79 - 84.
4. Đỗ Quang Mai (2007), *Nghiên cứu tình hình mổ lấy thai ở sản phụ con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 1996 và 2006*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Phạm Bá Nha (2009), *Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai tại khoa Sản, Bệnh viện Bạch Mai năm 2008*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Thân Thị Thắng (2016), *Thực trạng mổ lấy thai ở sản phụ con so tại Bệnh viện Sản nhi Bắc Giang năm 2016*, Luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
7. Bùi Quang Trung (2010), *Nghiên cứu mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong sáu tháng cuối năm 2004 - 2009*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. MacDorman M., Declercq E., Menacker F. (2011), "Recent trends and patterns in cesarean and vaginal birth after cesarean deliveries in the United States", *Clin. Perinatol*, 38 (2), pp. 179-192.