

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VÀ THÁI ĐỘ XỬ TRÍ SẢN PHỤ CON SO MẸ LỚN TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Trương Thị Linh Giang, Lý Thị Cẩm Nhung  
Trường Đại học Y Dược Huế

**Từ khóa:** Con so, mẹ lớn tuổi, thai nghén nguy cơ cao.  
**Keywords:** Advanced maternal age, primiparous, high risk pregnancy

## Tóm tắt

**Mục tiêu nghiên cứu:** Tìm hiểu một số đặc điểm của sản phụ lớn tuổi mang thai con so và đánh giá kết quả xử trí đối với sản phụ lớn tuổi mang thai con so.

**Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên đối tượng là 60 sản phụ lớn tuổi sinh con so vào sinh tại khoa Phụ sản – Bệnh viện Trung ương Huế, thời gian từ tháng 5/2016 đến tháng 3/2017.

**Kết quả:** Tuổi trung bình là  $37,35 \pm 2,97$ . Nguyên nhân hay gặp của mẹ lớn tuổi sinh con so là kết hôn muộn (60,0%), tỷ lệ vô sinh chiếm 16,7%. Bệnh lý của mẹ trong khi có thai bao gồm: thiếu máu (18,3%); tiền sản giật (13,3%); rau tiền đạo (3,3%). Biến chứng con gồm: thai suy (25,0%), sinh non (23,3%), cân nặng sơ sinh thấp (25,0%), trẻ dị tật (5,0%), chỉ số Apgar phút thứ nhất  $\leq 7$  (31,7%), sơ sinh bệnh lý (35,0%). Biến chứng trong và sau sinh: chuyển dạ kéo dài (16,7%); nhiễm trùng hậu sản (13,3%); chảy máu sau sinh (5,0%). Phương pháp kết thúc thai kỳ: chuyển dạ tự nhiên 40,0%, khởi phát chuyển dạ 18,3%, mổ chủ động 41,7%. Có 70,0% trường hợp mổ lấy thai, trong đó nguyên nhân hàng đầu là suy thai (25,0%).

Các nguy cơ thiếu máu, tiền sản giật, chuyển dạ kéo dài, chảy máu sau sinh, trẻ sinh non, cân nặng sơ sinh thấp, trẻ dị tật, Apgar 1 phút  $\leq 7$ , tỷ lệ sơ sinh bệnh lý, tỷ lệ mổ lấy thai tăng liên quan tuổi mẹ với  $p < 0,05$ .

**Kết luận:** Mẹ lớn tuổi sinh con so phải đối mặt với nhiều rủi ro cả về mẹ, con và kết cục thai kỳ.

**Từ khóa:** con so, mẹ lớn tuổi, thai nghén nguy cơ cao.

## Abstract

RESEARCHING ON SOME CLINICAL FEATURES AND MANagements OF PRIMIPARPOUS WOMEN OF ADVANCED AGE AT OBSTETRICS AND GYNECOLOGY DEPARTMENT OF HUE CENTRAL HOSPITAL

**Objectives:** To research on some clinical features and managements of nulliparous women of advanced age

Tác giả liên hệ (Corresponding author):  
Trương Thị Linh Giang,  
email: drlinhgiangbms@gmail.com  
Ngày nhận bài (received): 10/7/2017  
Ngày phản biên đánh giá bài báo (revised):  
15/8/2017  
Ngày bài báo được chấp nhận đăng  
(accepted): 31/8/2017

**Methods and Material:** A cross sectional descriptive study on 60 advanced maternal age at Obstetrics and Gynecology Department, Hue Central hospital, from May 2016 to March 2017.

**Results:** The average age was  $37.35 \pm 2.97$ . The main reason of advanced maternal age were delayed marriage (60.0%), infertility (16.7%). Risk of pregnant woman were: anemia (18.3%), preeclampsia (13.3%), placental previa (3.3%). Risk of children were fetal distress (25.0%), preterm birth (23.3%), low birthweight (25.0%), congenital anomalies (5.0%), 1-min Apgar scores  $\leq 7$  (31.7%), neonatal disease (35.0%). Complication of labor: long labor (16.7%), postpartum infection (13.3%), postpartum hemorrhage (5.0%). Onset of labor: spontaneous (40.0%), induced (18.3%), elective caesarean section (41.7%). Mode of delivery: caesarean section 70.0%, common reason is fetal distress.

Risk of anemia, preeclampsia, long labor, postpartum hemorrhage, preterm birth, low birthweight, congenital anomalies, 1-min Apgar scores  $\leq 7$ , neonatal disease, caesarean section increased by maternal age.

**Conclusions:** Advanced maternal age faced up these risks for mother, children and pregnancy outcomes.

**Key words:** advanced maternal age, primiparous, high risk pregnancy

## 1. Đặt vấn đề

Mang thai và sinh nở để duy trì giống nòi là quy luật chung của sự sống, có liên quan đến nhiều yếu tố, trong đó tuổi tác là một yếu tố quan trọng. Riêng ở phụ nữ, với thiên chức làm mẹ, cơ thể họ có những đặc điểm giải phẫu, sinh lý thích hợp trong quãng thời gian từ dậy thì đến mãn kinh, được gọi là thời kỳ hoạt động sinh dục, kéo dài khoảng 30 - 35 năm. Tuy nhiên, không phải thời điểm nào trong khoảng thời gian này cũng thuận lợi cho quá trình thai sản. Về mặt sinh học, thời gian tối ưu cho việc sinh nở là 20 - 35 tuổi. Sau tuổi 35, khả năng sinh sản giảm, đồng thời các biến chứng trong thai kỳ và kết cục thai kỳ bất lợi đều tăng. Theo nhiều nghiên cứu, tỷ lệ bà mẹ mang thai lần đầu sau tuổi 35 đang có xu hướng tăng trên toàn thế giới, đặc biệt ở các nước phát triển. Tại Mỹ, mức tăng này bắt đầu vào giữa những năm 1990 và đã tiếp tục đều đặn tăng lên theo thời gian. Tính đến năm 2013, có 15% phụ nữ ở Mỹ sinh con ở độ tuổi trên 35 so với 11% vào năm 2002, trong đó, số phụ nữ sinh con lần đầu là 10% [6], [7]. Tại Na Uy, trong một báo cáo vào năm 2011, tỷ lệ phụ nữ sinh con đầu lòng sau tuổi 35 là 21,1%, so với 11,4% vào

năm 2008 [12]. Riêng tại Việt Nam, theo thống kê của Bạch Thị Hà Thư, tỷ lệ mẹ lớn tuổi sinh con so trong hai năm 2012 và 2013 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương lần lượt là 3,43% và 3,52% [1].

Từ trước đến nay, ở Việt Nam có nhiều nghiên cứu về mẹ lớn tuổi sinh con so, tuy nhiên, đa phần các tác giả chỉ tập trung vào tình hình chung hay các tai biến liên quan. Vì vậy, để góp phần đưa đến cái nhìn đầy đủ và chi tiết về đặc điểm và thái độ xử trí sản khoa đối với các trường hợp mẹ lớn tuổi sinh con so, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm và thái độ xử trí sản phụ con so mẹ lớn tuổi tại Bệnh viện Trung ương Huế" nhằm 2 mục tiêu:

1. Tìm hiểu một số đặc điểm của sản phụ lớn tuổi mang thai con so.
2. Đánh giá thái độ xử trí đối với sản phụ lớn tuổi mang thai con so.

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

60 sản phụ lớn tuổi ( $\geq 35$  tuổi) sinh con so, tuổi

thai  $\geq 28$  tuần vào sinh tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế, thời gian từ tháng 5/2016 đến tháng 3/2017.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

### 2.2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Sản phụ được khai thác tiền sử sản khoa, tiền sử bệnh lý, nghiên cứu hồ sơ và thăm khám lâm sàng tỉ mỉ.

- Sản phụ được cho làm xét nghiệm máu, nước tiểu, siêu âm thai và phần phụ của thai, theo dõi nhịp tim thai và con co tử cung bằng monitoring sản khoa.

- Đánh giá các yếu tố bình thường, bất thường, theo dõi và lựa chọn phương pháp kết thúc thai nghén thích hợp: chuyển dạ tự nhiên, gây chuyển dạ, mổ lấy thai.

- Đánh giá kết quả kết thúc thai kỳ: sinh đường âm đạo hay mổ lấy thai, nguyên nhân, diễn biến trong và sau khi sinh (băng huyết, vỡ tử cung, rách tầng sinh môn phức tạp, nhiễm khuẩn hậu sản).

- Đánh giá tình trạng trẻ sơ sinh: trọng lượng con lúc sinh, chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh phút thứ nhất, phút thứ 5, bệnh lý sơ sinh, dị tật bẩm sinh.

**2.2.3. Xử lý số liệu:** Bằng phần mềm hỗ trợ SPSS 20.

## 3. Kết quả nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của sản phụ (n = 60)

Tuổi (Mean $\pm$ SD)	37,35 $\pm$ 2,97	
Nhóm tuổi	35-39	47 (78,3%)
	40-44	11 (18,3%)
	$\geq 45$	2 (3,3%)
Nghề nghiệp	Nông dân	2 (3,3%)
	Công nhân	11 (18,3%)
	Lao động tự do, buôn bán	14 (23,3%)
	Cán bộ viên chức	33 (55,0%)
Trình độ văn hóa	Tiểu học	2 (3,3%)
	Trung học cơ sở	13 (21,7%)
	Trung học phổ thông	13 (21,7%)
	Trung cấp, cao đẳng, đại học	32 (53,3%)
Nguyên nhân mẹ lớn tuổi sinh con so	Vô sinh	10 (16,7%)
	Kết hôn muộn	36 (60,0%)
	Tiền sử sảy phá thai, nạo thai	15 (25,0%)

## 4. Bàn luận

Qua kết quả khảo sát, trong 60 sản phụ được nghiên cứu, tuổi nhỏ nhất là 35 và lớn nhất là

Bảng 2. Phân bố nguy cơ cho mẹ theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi mẹ	35 - 39 (n = 47)		$\geq 40$ (n = 13)		Tổng (n = 60)	p
	n	%	n	%		
Bệnh lý mẹ						
Tiền sản giật	3	6,4	5	38,5	8 (13,3%)	<0,05
Rau tiền đạo	2	4,3	0	0,0	2 (3,3%)	>0,05
Thiếu máu	7	14,9	4	30,8	11 (18,3%)	<0,05
Tai biến trong và sau sinh						
Chuyển dạ kéo dài	4	8,5	6	46,2	10 (16,7%)	<0,05
Chảy máu sau sinh	2	4,3	3	23,1	5 (8,8%)	<0,05
Nhiễm trùng hậu sản	3	6,4	5	38,5	8 (13,3%)	>0,05

Bảng 3. Phân bố các nguy cơ đối với con theo nhóm tuổi mẹ

Nhóm tuổi mẹ	35 - 39 (n = 47)		$\geq 40$ (n = 13)		Tổng (n = 60)	p
	n	%	n	%		
Thai suy	13	6,4	2	15,4	15 (25,0%)	>0,05
Trẻ nhẹ cân	8	4,3	7	53,8	15 (25,0%)	<0,05
Trẻ sinh non	7	14,9	7	53,8	14 (23,3%)	<0,05
Trẻ dị tật	0	0,0	3	23,1	3 (5,0%)	<0,05
Chỉ số Apgar phút thứ nhất $\leq 7$	12	25,5	7	53,8	19 (31,7%)	<0,05
Sơ sinh bệnh lý	13	27,7	8	61,5	21 (35,0%)	<0,05

Bảng 4. Phương pháp kết thúc thai nghén (n = 60)

Phương pháp	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Chuyển dạ tự nhiên	24	40,0
Gây chuyển dạ	11	18,3
Mổ chủ động	25	41,7
Tổng	60	100,0

Bảng 5. Phân bố cách xử trí trong chuyển dạ theo nhóm tuổi mẹ

Nhóm tuổi mẹ	35 - 39 (n = 47)		$\geq 40$ (n = 13)		Tổng (n = 60)	p
	n	%	n	%		
Sinh thường	11	36,2	1	7,7	18 (30,0%)	<0,05
Mổ lấy thai	30	63,8	12	92,3	42 (70,0%)	
Tổng	47	100,0	13	100,0		

Bảng 6. Các chỉ định mổ lấy thai (n = 42)

Chỉ định	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Ngồi bất thường	11	26,2
Thai to	3	7,1
Suy thai	15	35,7
Đề chỉ huy thất bại	2	4,8
Chỉ định khác	11	26,2
Tổng	42	100,0

46, độ tuổi trung bình là 37,35  $\pm$  2,97. Trong đó, nhóm sản phụ nghề nghiệp là cán bộ viên chức và trình độ học vấn trung cấp trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 55,0% và 53,3%. Có lẽ, ngày nay, điều kiện kinh tế, xã hội phát triển, người phụ nữ cũng có điều kiện học tập và giữ vị trí cao trong xã hội nên họ ngày càng có xu hướng lập gia đình và sinh con muộn hơn. Phù hợp với nhận định này, chúng tôi khai thác được

nguyên nhân chính của mẹ lớn tuổi sinh con so là kết hôn muộn chiếm 60,0%. Nhiều nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra kết hôn muộn là nguyên nhân hàng đầu, như nghiên cứu của tác giả Đinh Nguyễn Xuân Trang là 57,7% [2], hay Bạch Thị Hà Thu là 52,8% [1]. Bên cạnh đó, nguyên nhân vô sinh cũng chiếm một tỷ lệ cao so với mặt bằng chung với 16,7%. Phải chăng đây là hậu quả của sự thay đổi môi trường sống, sự du nhập của những thực phẩm kém chất lượng, không rõ nguồn gốc, những thay đổi trong lối sống của người phụ nữ, cùng với tính thuận lợi của các phương pháp phá thai, hoạt động y tế tư nhân.

Hầu hết các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng, mẹ lớn tuổi song hành với nguy cơ cao mắc các bệnh lý như tiền sản giật (TSG), rau tiền đạo (RTĐ), thiếu máu. Nghiên cứu của tác giả Đinh Nguyễn Xuân Trang năm 2013 ghi nhận tỷ lệ mắc TSG, RTĐ, thiếu máu lần lượt là 14,1%, 4,2% và 18,3% [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mắc các bệnh lý kể trên tương ứng là 13,3%, 3,3% và 18,3%. Hơn nữa, tỷ lệ mắc TSG trong nhóm sản phụ  $\geq 40$  tuổi cao hơn nhóm 35-39 tuổi (38,5% và 6,4% tương ứng). Tương tự, Neslihan và cộng sự năm 2016 đưa ra tỷ lệ mắc TSG ở nhóm mẹ tuổi trên 35 là 2,8%, so với 1,3% của nhóm mẹ trẻ hơn ( $p = 0,01$ ,  $OR = 2,1$ , 95%CI) [8], hay nghiên cứu của Islam và cộng sự năm 2015, tỷ lệ mẹ mắc TSG ở nhóm mẹ lớn tuổi là 8,6%, trong khi đó nhóm chứng ( $< 35$ ) chỉ chiếm 4,2% ( $p = 0,006$ ) [4]. Cũng như TSG, tỷ lệ sản phụ lớn tuổi sinh con so mắc bệnh thiếu máu ở 2 nhóm tuổi 35-39 và  $\geq 40$  lần lượt là 30,8% và 14,9%. Như vậy, tuổi mẹ có vai trò tác động khá quan trọng, như là một nguy cơ trong sản khoa.

Các biến chứng trong và sau sinh thường gặp được các tác giả trước đây đề cập bao gồm chuyển dạ kéo dài, chảy máu sau sinh, nhiễm trùng hậu sản. Đây cũng là các biến chứng nổi trội trong nghiên cứu của chúng tôi, thể hiện qua bảng 2, trong đó chuyển dạ kéo dài chiếm tỷ lệ cao nhất với 16,7%. Tỷ lệ này phù hợp với kết quả của tác giả Bạch Thị Hà Thu (18,8%) [1], tuy nhiên cao hơn so với kết quả của Đinh Nguyễn Xuân Trang (12,7%) [2]. Mặt khác, bảng 2 cũng cho thấy mối liên quan giữa tuổi mẹ với chuyển dạ kéo dài cũng như chảy máu sau sinh ( $p <$

0,05). Theo đó, tuổi mẹ càng cao tỷ lệ tai biến càng tăng, tỷ lệ từng loại tai biến theo tuổi mẹ như sau: chuyển dạ kéo dài: nhóm tuổi 35 - 39 là 8,5%, nhóm tuổi  $\geq 40$  là 46,2%; chảy máu sau sinh các tỷ lệ tương ứng lần lượt là: 4,3% và 23,1%. Mối liên quan giữa các tai biến và tuổi mẹ cũng được thiết lập qua nhiều nghiên cứu trước đây trên thế giới. Nghiên cứu của Islam M. tại Oman, trong số 1.711 sản phụ có độ tuổi trung bình là 32, tỷ lệ chuyển dạ kéo dài gặp ở sản phụ trên 35 tuổi chiếm 8,9%, cao hơn so với 6,7% của nhóm tuổi 20-34 [4]. Hay nghiên cứu của Ngozi C. tại Nigeria, so sánh giữa 2 nhóm sản phụ độ tuổi trung bình 41,2 và 26,1, kết quả ghi nhận tỷ lệ chảy máu sau sinh tương ứng là 4,4% và 2,0% [9]. Ở phụ nữ lớn tuổi, lượng estrogen sụt giảm, làm giảm sự nhạy cảm của cơ trơn cũng như tốc độ truyền của hoạt động điện tế bào, là những yếu tố hỗ trợ cơn co tử cung, có lẽ đây chính là nguyên nhân chính gây chuyển dạ kéo dài. Chuyển dạ kéo dài sẽ kéo theo nhiều hệ lụy, trong đó có tăng nguy cơ đẻ tử cung, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây chảy máu sau sinh. Như vậy, phải chăng có sự gia tăng tỷ lệ chảy máu sau sinh song hành với sự gia tăng của chuyển dạ kéo dài trong bối cảnh mẹ lớn tuổi? Ngoài ra, nhiều quan điểm khác cho rằng chảy máu sau sinh tăng lên ở mẹ lớn tuổi là do tỷ lệ cao UXTC và RTĐ gặp ở nhóm tuổi này.

Thai suy, sinh non, cân nặng sơ sinh thấp là những nguy cơ thường gặp ở con so mẹ lớn tuổi. Qua phân tích 60 trường hợp nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 23,3% trường hợp sinh non, 25,0% trường hợp cân nặng sơ sinh thấp và 25,0% trường hợp thai suy. Khi tìm hiểu các nghiên cứu của nhiều tác giả khác, chúng tôi nhận được kết quả tương đương: nghiên cứu của Đinh Nguyễn Xuân Trang có 23,9% trẻ sinh non [2]; nghiên cứu của Azar A. có 23,2% trẻ sinh ra nhẹ cân [3]; nghiên cứu của Nelslihan có 22,4% trường hợp thai suy [8]. Hơn nữa, bảng 3 cho thấy các trường hợp sinh non và cân nặng sơ sinh thấp có sự phân bố tăng lên theo tuổi mẹ (so sánh 2 nhóm tuổi 35 - 39 và  $\geq 40$ ,  $p < 0,05$ ). Mối liên hệ này cũng được khẳng định trong nghiên cứu của nhiều tác giả khác trên thế giới. Nghiên cứu

của Neslihan, tỷ lệ trẻ sinh non gặp ở nhóm mẹ lớn tuổi ( $\geq 35$ ) là 14,5%, nhóm chúng là 6,6% ( $p < 0,05$ ) [8], nghiên cứu của Ngowa J. năm 2013 tỷ lệ lần lượt là 12,8% và 9,1% ( $p < 0,05$ ) [10]. Nghiên cứu Mais đưa ra tỷ lệ trẻ sinh ra nhẹ cân tăng dần theo từng nhóm tuổi như sau: 35 – 39 tuổi có 1,17%, 40 – 44 tuổi có 1,54%, 45 – 49 tuổi có 2,98%, 50 – 54 tuổi là 4,33% [7].

Mẹ lớn tuổi là một trong những yếu tố hàng đầu dẫn đến khả năng mang thai dị dạng, do vậy vấn đề này ngày càng nhận được nhiều sự quan tâm của các nhà nghiên cứu. Các nghiên cứu trong và ngoài nước đưa ra tỷ lệ trẻ dị tật ở mẹ lớn tuổi sinh con so khá biến thiên: Đinh Nguyễn Xuân Trang (2013): 5,6% [2], Bạch Thị Hà Thu (2014): 0,4% [1]. Waldenström U. (2015): 6,0% [11], Mais (2015): 1,8% [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5,0% trẻ bị dị tật bẩm sinh, gồm 3 trường hợp bao gồm các tật dính ngón, thừa ngón, không có trường hợp nào nghi ngờ bất thường NST. Có lẽ, có được kết quả này là nhờ vào các tiến bộ của công tác sàng lọc, quản lý chăm sóc thai nghén.

Bảng 3 cho thấy có 31,7% trẻ sinh ra có chỉ số Apgar phút thứ nhất dưới 7 điểm, phân bố tăng dần giữa 2 nhóm tuổi 35 – 39 và  $\geq 40$ . Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Đinh Nguyễn Xuân Trang vào năm 2013 (28,2%) [2], Ngowa J. (25,6%), cao hơn so với nghiên cứu ngoài nước như Ngozi C. (7,8%). Cùng với điểm số Apgar thấp là nguy cơ tử vong sơ sinh, sơ sinh bệnh lý và các trường hợp sơ sinh phải nhập đơn vị hồi sức cấp cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào tử vong sơ sinh, tuy nhiên chúng tôi ghi nhận 21 trường hợp sơ sinh bệnh lý, chiếm 35,0%, phân bố tăng dần giữa 2 nhóm tuổi 35 – 39 và  $\geq 40$ : 27,7% và 61,5%.

Vấn đề tiên lượng và lựa chọn phương pháp kết thúc thai nghén có ý nghĩa quan trọng trong sản khoa nói chung và con so mẹ lớn tuổi nói riêng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ 40,0% trường hợp chờ đợi chuyển dạ tự nhiên, các trường hợp còn lại kết thúc thai nghén bằng

phương pháp khởi phát chuyển dạ (18,3%) hoặc mổ chủ động (41,7%). Nếu so sánh với kết quả nghiên cứu của Bạch Thị Hà Thu thì tỷ lệ chuyển dạ tự nhiên của chúng tôi tương đương (41,31%), tuy nhiên, tỷ lệ phương pháp mổ chủ động của chúng tôi cao hơn (36,6%) [1]. Sự khác biệt này trước hết do hiện nay chúng ta chú trọng nhiều đến sức khỏe và tính mạng sơ sinh, khi phát hiện có nguy cơ đẻ khó hoặc bệnh mẹ nặng không đáp ứng với điều trị chúng ta đã chủ động mổ sớm mà không chờ đợi thử thách thêm. Mặt khác, do quan niệm của người Việt Nam ngày nay đối với việc sinh con nối dõi, mang thai muộn, mang thai con quý, con hiếm, sinh con theo giờ khiến sản phụ và gia đình mong muốn mổ lấy thai thay vì chờ đợi chuyển dạ sinh thường. Điều này một lần nữa được chứng minh qua sự chênh lệch giữa tỷ lệ mổ lấy thai và sinh đường âm đạo: 70,0% so với 30,0%, tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Đinh Nguyễn Xuân Trang (63,4% mổ lấy thai) [2], Bạch Thị Hà Thu (83,66% mổ lấy thai).

Khi phân tích về chỉ định mổ lấy thai (bảng 6), chúng tôi thấy nổi bật lên chỉ định mổ lấy thai vì suy thai (35,7%). Sở dĩ chỉ định mổ lấy thai vì suy thai cao có thể do những năm gần đây tại bệnh viện sử dụng Monitoring sản khoa để theo dõi nhịp tim thai sẽ phát hiện sớm và chính xác các trường hợp suy thai. Tuổi mẹ cũng là một yếu tố cần được xem xét trong chỉ định mổ lấy thai, bởi lẽ phần lớn các sản phụ mang thai lớn tuổi khi chuyển dạ gặp nhiều khó khăn do tăng sinh môn còn chắc, sức rặn yếu hơn nên hiệu quả không cao, sự gia tăng các bệnh lý như TSG, RTĐ, UXTC... ảnh hưởng không chỉ tới sức khỏe của mẹ mà còn làm rối loạn con co tử cung, cản trở đường xuống của thai.

## 5. Kết luận

Mẹ lớn tuổi sinh con so phải đối mặt với nhiều nguy cơ cho cả mẹ và con, do vậy cần quản lý thai nghén chặt chẽ và nên sinh tại cơ sở có điều kiện phẫu thuật.

## Tài liệu tham khảo

1. Bạch Thị Hà Thu (2014), "Nghiên cứu thái độ xử trí đối với sản phụ từ 35 tuổi trở lên đẻ con so tại BVPSTW trong 2 năm 2012-2013", Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Đinh Nguyễn Xuân Trang (2013), "Nghiên cứu tần suất sinh thường và một số yếu tố nguy cơ ở sản phụ mang thai con so lớn tuổi tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế", Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ đa khoa Trường Đại học Y Dược Huế.
3. Azar Aghamohammadi, Maryam Nooritajer (2011), "Maternal age as a risk factor for pregnancy outcomes: Maternal, fetal and neonatal complication", African Journal of Pharmacy and Pharmacology, Vol. 5(2), pp. 264-269.
4. Islam MM, Bakheit CS (2015), "Advanced Maternal Age and Risks for Adverse Pregnancy Outcomes: A Population-Based Study in Oman", Health Care Women Int. 2015;36(10):1081-103.
5. Mathews T. J. and B. E. Hamilton (2014). "First births to older women continue to rise.", NCHS Data Brief 152.
6. Martin, J. A., B. E. Hamilton, M. J. Osterman, S. C. Curtin and T. J. Matthews (2015), "Births: final data for 2013.", Natl Vital Stat Rep 64(1): 1-65.
7. Mais Aboneaaj (2015), "The Association of Advanced Maternal Age and Adverse Pregnancy Outcomes", Thesis, Georgia State University.
8. Neslihan et al (2016), "Does Advanced Maternal Age Increase the Risk of Adverse Perinatal Outcomes?", Acta Medica 2016; 5: 23-29
9. Ngozi C. Orazulike (2015), "Effect of Age on Childbearing in Port Harcourt, Nigeria", Int J Biomed Sci. 2015 Jun; 11(2): 82-85.
10. Ngowa J., A Ngassam, JS Dohbit, C Nzedjom, JM Kasia (2013), "Pregnancy outcome at advanced maternal age in a group of African women in two teaching hospitals in Yaounde, Cameroon", Pan Afr Med J, 14 (2013), p. 134.
11. Waldenström U. et al (2015), Advanced Maternal Age and Stillbirth Risk in Nulliparous and Parous Women, Obstet Gynecol 2015;126:355-62.
12. Wang, Y., Tanbo, T., Åbyholm, T. et al. "Effect of pregestational maternal, obstetric and perinatal factors on neonatal outcome in extreme prematurity", Arch Gynecol Obstet (2011) 284: 31