

không bị RBN thì bệnh suất và tử suất sơ sinh trong nhóm RBN cũng cao hơn có ý nghĩa [6].

## 5. Kết luận

Không có trường hợp tử vong mẹ nào xảy

ra ở các bệnh nhân RBN trong nghiên cứu này. Các trường hợp phải cắt tử cung chỉ chiếm tỷ lệ thấp. Tuy nhiên nghiên cứu chỉ ra rằng, có nhiều biến chứng cho mẹ và đặc biệt cho thai và sơ sinh ở bệnh lý rau bong non.

## Tài liệu tham khảo

1. Phan Trường Duyệt, Đinh Thế Mỹ, "Rau bong non", Lâm sàng Sản phụ khoa, NXB Y học; 2000.
2. Rasmussen S, Irgens LM, Bergsjø P et al, "Perinatal mortality and case fatality after placental abruption in Norway 1967-1997", Acta Obstet Gynecol Scand. 1997 Mar; 75(3): 229-34.
3. Nguyễn Thị Ngọc Khanh, Tạ Thị Xuân Lan, "Nhận xét về điều trị rau bong non tại bệnh viện BVBM và TSS từ 1992-1996", Tạp chí thông tin Y dược số đặc biệt chuyên đề sản phụ khoa (12/1999), 35-38.
4. Nguyễn Liên Phương, "Tình hình rau bong non trong 5 năm tại bệnh

viện BVBM và TSS", Tạp chí thông tin y dược, 2001, 37-39.

5. Nguyễn Thị Minh Huệ, "Nghiên cứu về chẩn đoán và thái độ xử trí rau bong non tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 1/1/2004 đến 31/12/2010", Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội; 2011.

6. Cande V. Ananth, Allen J. Wilcox. Placental Abruption and Perinatal Mortality in the United States, Am J Epidemiol. 2001; 153 (4): 332-37

7. Boisramé et al, Abruption placentae. Diagnosis, management and maternal-fetal prognosis: a retrospective study of 100 cases, Gynecol Obstet Fertil. 2014 Feb;42 (2):78-83.

**Từ khóa:** Mổ lấy thai, con so.  
**Keywords:** Cesarean section, nulliparous women.

*Tác giả liên hệ (Corresponding author):*  
Phùng Ngọc Hân,  
email: hanngocphung@gmail.com  
*Ngày nhận bài (received):* 10/5/2017  
*Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):*  
19/5/2017  
*Ngày bài báo được chấp nhận đăng (accepted):* 16/6/2017

# CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI CON SO TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Phùng Ngọc Hân, Lê Minh Tâm, Trương Quang Vinh  
Trường Đại học Y Dược Huế

## Tóm tắt

**Mục tiêu:** Khảo sát các chỉ định mổ lấy thai (MLT) ở sản phụ mang thai con so tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến các nguyên nhân mổ lấy thai ở những sản phụ mang thai con so.

**Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 451 sản phụ mang thai con so đủ tháng nhập viện tại khoa Phụ Sản, Bệnh viện Đại học Y Dược Huế từ tháng 7/2016 đến tháng 1/2017.

**Kết quả:** Tỷ lệ mổ lấy thai con so là 58,8%. Nguyên nhân MLT hay gặp nhất là suy thai (chiếm 38,1%). Chỉ định MLT thường do kết hợp nhiều nguyên nhân (72,5% có từ 2 chỉ định). Sự kết hợp nhiều nhất ở nhóm nguyên nhân do thai và nguyên nhân mẹ- thai. Có mối liên quan giữa con so lớn tuổi, địa chỉ nông thôn, chiều cao mẹ < 145cm và chỉ định MLT. Chiều cao trung bình của nhóm sản phụ MLT thấp hơn nhóm sản phụ sinh thường có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tuổi thai trung bình của nhóm MLT không khác biệt nhóm sinh thường ( $39,9 \pm 0,9$  tuần so với  $39,4 \pm 0,9$  tuần) ( $p > 0,05$ ). Cân nặng trẻ sơ sinh tính chung là  $3144,6 \pm 379,3$  g, nhóm MLT lớn hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Apgar 1 phút và 5 phút của 2 sơ sinh 2 nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Kết luận:** Tỷ lệ mổ lấy thai con so hiện nay là khá cao, chủ yếu do nguyên nhân thai. Cần theo dõi chuyển dạ chặt chẽ và chỉ định hợp lý để kiểm soát tốt tỷ lệ mổ lấy thai đồng thời đảm bảo cuộc đẻ an toàn.

**Từ khóa:** Mổ lấy thai, con so.

## Abstract

**Objectives:** To access indications of Cesarean section in nulliparous women at Hue University's Hospital and to determine some relevant factors to the indications of Cesarean section in nulliparous women.

**Materials and Methods:** Cross-sectional study in 451 full-term nulliparous women who hospitalized in Hue University Hospital's Department of Gynecology and Obstetrics from July 2016 to January 2017.

**Results:** The Cesarean section (CS) rate was 58,8 %. The dominated indications belonged to fetal group. The most indication was feta distress with 38,1 %. 72,5 % nulliparous women underwent an operation with 2 indications. The most combination of the indications belonged to fetal group and maternal group. There was a relationship between the maternal age  $\geq 35$  years old, living in the countryside, height  $\leq 145$  cm and the indications of CS ( $p < 0,05$ ). Mean height of women with CS was smaller but mean weight was bigger than the other group, the difference was statically significant ( $p < 0,05$ ). Mean Gestational age of women with CS was higher, the difference was not statically significant ( $p > 0,05$ ). 40 % of women with CS had the period before laboring in “24-48h” group while 41,9 % the other group had this time in “<24h” group. The hospitalized time of women with CS was longer ( $4,4 \pm 1,5$  days vs  $2,5 \pm 2,4$  days), the difference was statically significant ( $p < 0,05$ ). Mean weight of total neonatals was  $3144,6 \pm 379,3$  g, the one of CS group was higher, the difference was statically significant ( $p < 0,05$ ). Apgar score of 1 and 5 minutes of 2 group were similar. 1,1 % of total neonatals had a birth defect, 80 % of them were in “CS group”.

**Conclusion:** CS in nulliparous women is still high, mainly due to “fetal” causes. It is necessary to follow-up closely during labour to control the CS rate as well as control the complications.

**Keywords:** Cesarean section, nulliparous women.

## 1. Đặt vấn đề

Mổ lấy thai (MLT) là phương pháp phẫu thuật lấy thai và phần phụ của thai ra khỏi tử cung qua đường rạch thành bụng và rạch tử cung. Hiện nay, MLT là phẫu thuật phổ biến và rộng rãi trên thế giới, và đang có xu hướng tăng dần lên. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tỉ lệ MLT tăng từ 5-7 % trong thập niên 70 lên 25-30 % vào năm 2003 [1]. Ở Mỹ, tỉ lệ MLT năm 2011 là 32,8 % [2], còn ở các nước châu Âu hiện nay là 30 % [3]. Tại Việt Nam, ở bệnh viện Phụ sản Trung ương, tỉ lệ MLT năm 1960 là 9 %, đến năm 2005 đã tăng lên gần 40 % [4]... Còn xét về tỉ lệ MLT con so thì theo nghiên cứu của Kyoko Yoshioka-Maeda (2016) là 17,5% [5]. Tỉ lệ này tại Việt Nam theo nghiên cứu của Vương Tiến Hòa năm 2002 là 33,44 % và Phạm Bá Nha năm 2008 là 52,1% [6], [7].

Có nhiều nguyên nhân giải thích cho sự tăng nhanh tỉ lệ MLT [8] như số lần đẻ giảm đi, tỉ lệ con so tăng lên; tuổi có thai của phụ nữ ngày càng tăng; một số vấn đề trong thai nghén như: sản giật, tiền sản giật, đẻ khó...; theo dõi chuyển dạ bằng

monitoring tăng làm khả năng phát hiện suy thai; nguyên nhân xã hội [9] như tâm lí ngại đau khi đẻ, lo ngại biến chứng xảy ra khi sinh đường âm đạo hay nguyện vọng MLT chủ động... cũng góp phần đáng kể tới tỉ lệ MLT, nhất là tỉ lệ MLT con so.

Tuy nhiên, tăng tỉ lệ MLT có liên quan tới các biến chứng nặng lên sức khỏe và tử vong của bà mẹ và trẻ sơ sinh [10]. Các biến chứng có thể gặp trong lúc mổ như rách tử cung, tổn thương bàng quang, niều quản, các tai biến do gây mê...; các biến chứng sau mổ như nhiễm trùng vết mổ, dính ruột, huyết khối tĩnh mạch... hay các biến chứng xa như thai làm tổ vết mổ cũ, nhau tiền đạo vết mổ cũ hay nút vết mổ những lần mang thai sau. Vì vậy, dù là phương pháp thường được lựa chọn với tỉ lệ MLT ngày càng nhiều nhưng đây không hẳn là phương pháp hoàn toàn an toàn, đặc biệt là đối với những sản phụ mang thai con so. Chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu khảo sát các chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ mang thai con so tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến các nguyên nhân mổ lấy thai ở những sản phụ mang thai con so.

## 2. Đối tượng, phương pháp nghiên cứu

Đề tài thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang 451 sản phụ mang thai con so nhập viện tại khoa Phụ Sản- BVĐHYDH từ tháng 7/2016 - tháng 1/2017 với tuổi thai từ 38 tuần trở lên tại thời điểm bắt đầu chuyển dạ

Loại trừ khỏi nghiên cứu các trường hợp sản phụ không đủ thông tin cần thiết hoặc mổ ở nơi khác chuyển đến trong thời gian nghiên cứu hay sản phụ mắc bệnh lý tâm thần.

Cỡ mẫu nghiên cứu được chọn theo phương pháp mẫu ngẫu nhiên đơn. Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức:

$$n \geq \left(\frac{1.96}{c}\right)^2 p(1 - p)$$

Trong đó  $p = 52,1\%$  % theo nghiên cứu của Phạm Bá Nha tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2008 [36] (trong đó  $p$  là tỉ lệ MLT ở sản phụ mang thai con so). Sai số chọn  $c = 5\%$ . Thay vào công thức trên, có cỡ mẫu tối thiểu là 384 sản phụ.

Tiến hành chọn bệnh nhân vào mẫu nghiên cứu theo tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ. Giải thích về nghiên cứu cho sản phụ, nếu sản phụ đồng ý thì tiến hành hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng theo bộ câu hỏi điều tra.

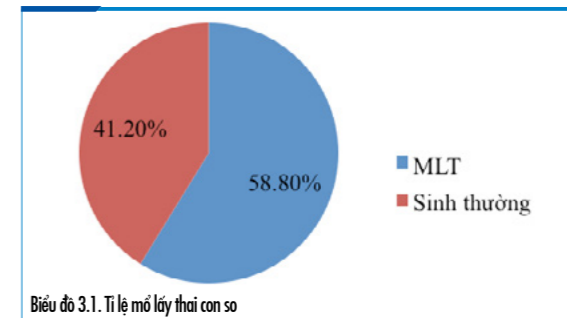
Bộ câu hỏi điều tra bao gồm các biến số: Đặc điểm nhân chủng học, tiền sử bệnh, triệu chứng ghi tại thời điểm hỏi bệnh, khám lâm sàng. Ghi nhận kết quả từ lúc sản phụ nhập viện cho tới lúc ra viện. Tình trạng bệnh lúc vào viện, các xét nghiệm cận lâm sàng (monitoring sản khoa, xét nghiệm sinh hóa, xét nghiệm huyết học, xét nghiệm nước tiểu): được thu thập từ hồ sơ lưu trữ tại Phòng sinh và hậu sản thuộc khoa Phụ sản BVĐHYDH.

Các số liệu thu thập được sẽ được nhập và xử lý bằng phần mềm Epi Data 3.1, SPSS 19.0.

## 3. Kết quả

### 3.1. Tỉ lệ mổ lấy thai

Biểu đồ 3.1. Tỉ lệ MLT con so trong nghiên cứu gần 60 %.



### 3.2. Các chỉ định mổ lấy thai

Bảng 3.1. Chỉ định mổ lấy thai do đường sinh dục mẹ

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỉ lệ a (%)	Tỉ lệ b (%)	Tổng số
Khung chậu	3	1,1	25,0	12
CTC không tiến triển	7	2,6	58,3	
U tiên đạo	2	0,8	16,7	

Bảng 3.1. Nguyên nhân tại đường sinh dục mẹ chiếm tỉ lệ rất thấp, tập trung do CTC không tiến triển.

Bảng 3.2. Chỉ định mổ lấy thai do thai

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỉ lệ a (%)	Tỉ lệ b (%)	Tổng số
Kiểu thể bất lợi (KTBL)	28	10,6	15,9	176
Thai to ( $\geq 3500$ g)	43	16,2	24,4	
Suy thai	101	38,1	57,4	
Đa thai	4	1,5	2,3	

Bảng 3.2. Nguyên nhân do thai chiếm tỉ lệ lớn, cao nhất là do suy thai với 57,4 % tổng số nguyên nhân nhóm này.

Bảng 3.3. Chỉ định mổ lấy thai do phần phụ của thai

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỉ lệ a (%)	Tỉ lệ b (%)	Tổng số	
Do rau thai	Rau bong non	1	0,4	1,3	78
	Rau tiền đạo	2	0,8	2,6	
	Sa dây rốn	4	1,5	5,1	
Rốn quấn cổ (RQC)	RQC	14	5,3	18,4	
	Rốn bám màng	6	2,3	7,7	
Do ối	Thiếu ối, cạn ối	19	7,2	25,0	
	Ổi vỡ sớm (OVS)	28	10,6	36,8	
	Khác	4	1,6	5,2	

Bảng 3.3. Nhóm nguyên nhân này chiếm tỉ lệ khá cao, chủ yếu tập trung ở nhóm do ối.

Bảng 3.4. Chỉ định mổ lấy thai do nguyên nhân mẹ- thai

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỉ lệ a (%)	Tỉ lệ b (%)	Tổng số
BTXĐC	1	0,4	0,8	124
Chuyển dạ đình trệ (CDĐT)	63	23,8	50,8	
KPCDTB	23	8,7	18,5	
Đầu không lọt (ĐKL)	37	14,0	29,8	

Bảng 3.4. Nguyên nhân mẹ- thai chiếm tỉ lệ khá cao, hơn 50% nhóm này là do CDĐT.

**Bảng 3.5. Chỉ định mổ lấy thai do bệnh lý của mẹ**

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỉ lệ a (%)	Tỉ lệ b (%)	Tổng số
Tăng huyết áp, Tiền sản giật- Sản giật (THA, TSG-SG)	16	9,8	25,0	64
Bệnh nội tiết	5	2,0	7,7	
Bệnh tim, phổi	7	2,7	10,9	
Bệnh gan, thận	4	1,5	6,2	
Bệnh tâm thần kinh	3	1,2	4,8	
Mẹ sốt	15	5,7	23,4	
Mẹ thấp/ Khung chậu giới hạn (MT/ KCGH)	13	4,9	20,3	
VMC u nang buồng trứng xoắn	1	0,4	1,6	

Có nhiều bệnh lý của mẹ ảnh hưởng tới chỉ định MLT, trong đó nguyên nhân hàng đầu do THA, TSG-SG.

**Bảng 3.6. Chỉ định mổ lấy thai do nguyên nhân xã hội**

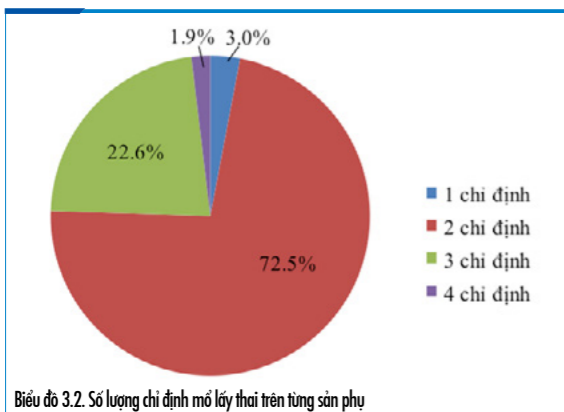
Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỉ lệ a (%)	Tỉ lệ b (%)	Tổng số
Yêu cầu của sản phụ	5	1,9	27,8	18
Tiền sử sảy thai nhiều lần	1	0,4	5,6	
Điều trị vô sinh nguyên phát	2	0,8	11,1	
Con so lớn tuổi	9	3,4	50,0	
Triệt sản	1	0,4	5,6	

50% chỉ định thuộc nhóm này là do con so lớn tuổi.

$$(Tỉ\ lệ\ a\ \%) = \frac{Số\ sản\ phụ\ có\ chỉ\ định\ đó}{Số\ sản\ phụ\ MLT} \times 100;$$

$$Tỉ\ lệ\ b\ \%) = \frac{Số\ sản\ phụ\ có\ chỉ\ định\ đó}{Số\ chỉ\ định\ của\ nhóm\ nguyên\ nhân\ đó} \times 100$$

**3.3. Số chỉ định mổ lấy thai**



Chủ yếu các sản phụ được MLT có 2 chỉ định chiếm hơn 70%, cao hơn nhóm có 3 chỉ định gấp 3 lần, các sản phụ MLT vì 1 nguyên nhân chỉ chiếm tỉ lệ rất ít (3,0 %).

**3.4. Một số yếu tố liên quan đến các chỉ định mổ lấy thai**

Các sản phụ đến sinh chủ yếu ở nông thôn với hơn 70 %, ở nhóm sinh thường tỉ lệ này cao hơn ở nhóm MLT. Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu

**Bảng 3.7. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	MLT n=265	Sinh thường n=186	Tổng n=451	
Tuổi trung bình	26,10±3,86	24,36±2,97	25,38±3,62	p < 0,05
Mẹ lớn tuổi, n (%)	9 (3,4)	0 (0)	9 (2,0)	p < 0,05
Chiều cao trung bình (cm)	151,2±5,8	153,8±5,0	152,3±5,7	p < 0,05
Chiều cao < 145 cm, n (%)	35 (13,2)	6 (3,2)	41 (9,1)	p < 0,05
Nông thôn, n (%)	178 (67,2)	146 (78,5)	324 (71,8)	p < 0,05

là 25 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm sản phụ MLT cao hơn nhóm sinh thường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Các sản phụ có chiều cao trung bình là 152 cm, chiều cao hai nhóm sản phụ khác nhau có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Các đặc điểm trên có mối liên quan với MLT.

**3.5. Phân bố theo tuổi thai**

**Bảng 3.8. Phân bố theo tuổi thai**

Tuổi thai	MLT n=265	Sinh thường n=186	Tổng n=451	
≥ 40 tuần	175 (66,0)	87 (46,8)	262 (58,1)	p < 0,05
< 40 tuần	90 (34,0)	99 (53,2)	189 (41,9)	
Trung bình (tuần)	39,9±0,9	39,4±0,9	39,7±1,0	p < 0,05

Có mối liên quan giữa tuổi thai ≥ 40 tuần và chỉ định MLT. Tuổi thai trung bình khoảng 40 tuần. Tuổi thai trung bình của 2 nhóm khác nhau có ý nghĩa thống kê (p < 0,05)

**3.5. Đặc điểm cân nặng sơ sinh**

**Bảng 3.9. Cân nặng của trẻ sơ sinh**

Cân nặng	MLT n=269	Sinh thường n=186	Tổng n=455
< 2500 g, n (%)	13 (4,8)	6 (3,2)	19 (4,2)
2500- 3499 g, n (%)	182 (67,7)	157 (84,4)	339 (74,5)
≥ 3500 g, n (%)	74 (27,5)	23 (12,4)	97 (21,3)
Trung bình (g)	3206,8± 399,9	3058,4± 328,2	3144,6± 379,3

Trong nghiên cứu này có 4 sản phụ MLT sinh đôi và tất cả các sản phụ sinh thường đều sinh 1 trẻ. Cân nặng của các TSS được khảo sát chủ yếu nằm trong nhóm 2500- 3499 g, các trẻ sinh ra từ các sản phụ MLT có tỉ lệ trong nhóm < 2500 g và ≥ 3500 g cao hơn trẻ sinh thường. Cân nặng trung bình của trẻ sinh ra từ bà mẹ MLT cao hơn trẻ được sinh thường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

**3.6. Apgar của sơ sinh**

**Bảng 3.10. Apgar 1 phút và 5 phút của trẻ sơ sinh**

Tuổi thai	MLT n=269	Sinh thường n=186	Tổng n=455		
Apgar 1 phút	Ngạt, n (%)	4 (1,5)	3 (1,6)	7 (1,5)	p > 0,05
	Không ngạt, n (%)	265 (98,5)	183 (98,4)	447 (98,5)	
Apgar 5 phút	Ngạt, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	p > 0,05
	Không ngạt, n (%)	269 (100)	186 (100)	455 (100)	

Có khoảng 1,5 % số trẻ được đánh giá ngạt, tỉ lệ này không khác nhau giữa hai nhóm. Tất

cả các trẻ đều được đánh giá khỏe mạnh ở phút thứ 5.

**4. Bàn luận**

**4.1. Các chỉ định mổ lấy thai**

Đối tượng nghiên cứu này gồm 451 sản phụ mang thai con so, trong đó có 58,3 % sản phụ MLT, và 41,2 % sản phụ sinh thường. Tỉ lệ này cao hơn hẳn so với nghiên cứu của Vương Tiến Hòa (33,44 %) và Phạm Bá Nha năm 2008 (52,1%) [6], [7]. Còn khi so sánh với nghiên cứu của Kyoko Yoshioka- Maeda (2016) trên 1747 sản phụ con so thì tỉ lệ MLT con so thấp hơn trong nghiên cứu này (17,5%) [5].

Chỉ định do đường sinh dục mẹ: có 58,3 % số chỉ định nhóm này là do CTC không tiến triển, có sự khác biệt rất lớn so với nghiên cứu của Phạm Bá Nha (12,7 %) [7]. Trong nghiên cứu này ghi nhận không có chỉ định do sẹo mổ cũ tử cung, trong khi nghiên cứu của tác giả trên đây là nguyên nhân hàng đầu của nhóm này. Do nghiên cứu này chỉ thực hiện trên đối tượng sản phụ con so, nên khả năng sản phụ có sẹo mổ cũ là rất thấp.

Chỉ định do thai: chỉ định do suy thai trong chuyển dạ chiếm 57,4% nhóm này, so với nghiên cứu của Vương Tiến Hòa và Phạm Bá Nha (tương ứng là 21,1% và 28,8%) [6], [7] thì cao hơn có ý nghĩa thống kê. Suy thai cũng là nguyên nhân hay gặp nhất trên tổng số các sản phụ trong nghiên cứu với 38,1 %. Tỉ lệ này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Lam và Nguyễn Văn Diễn (lần lượt là 35,7% và 35,6 %) [11], [12]. Trong nhóm này thai to chiếm 24,4 %, tương tự nghiên cứu của Phạm Bá Nha (28,6%) [7] và chiếm 16,2 % trong tổng các sản phụ MLT, tương tự như nghiên cứu của Vương Tiến Hòa (23,7%) [6]. KTBL cũng là một nguyên nhân đáng chú ý trong nhóm này với 15,9 % của nhóm. Tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Vương Tiến Hòa và Phạm Bá Nha (lần lượt là 20,68% và 20,6%) [6], [7].

Chỉ định do phần phụ của thai nổi bật là nguyên nhân OVS (chiếm 10,6 % tổng số sản phụ), tương tự nghiên cứu của Vương Tiến Hòa (16,58%) [6]. Thiếu ối, cạn ối (7,2 % tổng số sản phụ), thấp hơn nghiên cứu của Vương Tiến Hòa (11,93 %) [6] và Nguyễn Thị Hồng Thắm (13,59%) [19].

Chỉ định do nguyên nhân mẹ- thai: là nhóm nguyên nhân chỉ đứng sau nguyên nhân do thai, 49,2 % số chỉ định nhóm này là do CDĐT và ĐKL chiếm 29,8 % nhóm này, tương tự nghiên cứu của Vương Tiến Hòa (21,68 % trong nhóm nguyên nhân mẹ- thai) [6] nhưng cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hồng Lam (19,1%) [12].

Chỉ định do bệnh của mẹ: tổng tỉ lệ của nhóm này chỉ chiếm 6,8%, thấp hơn so với nghiên cứu của Vương Tiến Hòa (33,1%) [6]. Trong đó đứng đầu là nhóm bệnh lý THA, TSG-SG chiếm 9,8 % toàn thể, khác biệt rõ so với nghiên cứu của tác giả trên (1,41%) [6].

Chỉ định do nguyên nhân xã hội: là nhóm nguyên nhân chiếm tỉ lệ thấp nhất, nguyên nhân hàng đầu là mẹ lớn tuổi (50,0% của nhóm), tương tự nghiên cứu của Phạm Bá Nha (42,3%) [7] nhưng khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nghiên cứu của Vương Tiến Hòa (19,66%) [6] và Đỗ Quang Mai (71,74%) [14]. So sánh với nghiên cứu của Kyoko Yoshioka-Maeda có 26,6% sản phụ con so ≥ 35 tuổi MLT [5] thì cũng cao hơn.

Trong nghiên cứu này, có 3,0 % số sản phụ chỉ có 1 chỉ định MLT, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Vương Tiến Hòa (37,65 %) [6] trong khi 72,5% sản phụ MLT do 2 nguyên nhân.

**4.2. Một số yếu tố liên quan đến các chỉ định mổ lấy thai**

Độ tuổi trung bình của các sản phụ MLT là 26,10±3,86 tuổi, thấp hơn trong nghiên cứu của Vương Tiến Hòa (28±4,88 tuổi) [6] và cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hồng Lam (24,4±2,9 tuổi) [12]. Có sự liên quan giữa tuổi và chỉ định MLT, vì sản phụ ≥ 35 tuổi mang thai con so là một yếu tố xem xét MLT, tỉ lệ này trong nghiên cứu này là 2,0 % và đều thuộc nhóm MLT, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Ngô Thị Uyên (2009) với 10,5% [15].

Chiều cao của các sản phụ MLT không khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Lam (152,3±5,7 cm) [12]. Nhưng trong nghiên cứu này có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm sinh thường và MLT và chiều cao < 145 cm có liên quan với chỉ định MLT, vì đây là một yếu tố của thai nghén nguy cơ cao.

Tỉ lệ sản phụ có địa chỉ nông thôn là 67,2 % toàn thể (cao hơn so với nghiên cứu của Ngô Thị

Uyên (55%) [15]) và có mối liên quan giữa các sản phụ có địa chỉ ở ngoài thành phố và chỉ định MLT, điều này giải thích do điều kiện cơ sở vật chất ở nơi khảo sát và khả năng xử lý các trường hợp có bất thường chuyển dạ tốt hơn, nên các sản phụ được tiên lượng dễ khó ở các huyện sẽ chuyển về đây.

Tuổi thai trung bình của hai nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê, nhóm MLT có tuổi thai lớn hơn nhóm sinh thường (39,9±0,9 tuần so với 39,4±0,9 tuần), có mối liên quan giữa tuổi thai tăng và chỉ định MLT, kết quả này tương tự nghiên cứu của Mary Catherine Tolcher và cs [20].

Thai to và thai nhẹ cân tập trung chủ yếu ở nhóm MLT. Cân nặng sơ sinh hai nhóm trong nghiên cứu khác nhau có ý nghĩa thống kê, do có một số chỉ định liên quan tới cân nặng của thai. Do các trường hợp này hay kèm các nguyên nhân khác làm tăng chỉ định MLT. Cân nặng trung bình của 455 trẻ sinh ra là 3144,6±379,3 g, phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả [6], [15], [18], [19], [20].

Trong nghiên cứu này có 1,5 % số trẻ được đánh giá ngạt, không có sự khác biệt giữa hai nhóm đối tượng, nhưng đến phút thứ 5 không còn

**Bảng 4.1. Cân nặng trung bình trẻ sơ sinh theo một số nghiên cứu**

Tác giả	Cân nặng trẻ sơ sinh (g) ± SD
Vương Tiến Hòa [6] (2004)	3150± 530
Ngô Thị Uyên [15] (2009)	3172± 380
Nguyễn Cảnh Chương [18] (1998)	3184,48± 384,33
Nguyễn Thị Ngọc Khanh [19] (1995)	3021± 389
Đàm Thị Quỳnh Liên [20] (2002)	3209± 403

trẻ nào có Apgar ≤ 7 điểm, thấp hơn trong nghiên cứu của Trần Ngọc Tân Quyên với 1,4 % số TSS ngạt ở phút thứ 5 [21].

## 5. Kết luận

Tỉ lệ mổ lấy thai con so hiện là khác cao với nguyên nhân hay gặp nhất là suy thai. Chỉ định MLT thường do kết hợp nhiều nguyên nhân. Có mối liên quan giữa con so lớn tuổi, địa chỉ nông thôn, mẹ thấp và chỉ định MLT. Chiều cao trung bình của nhóm sản phụ MLT thấp hơn nhóm sản phụ sinh thường có ý nghĩa thống kê. Cân nặng TSS nhóm MLT lớn hơn có ý nghĩa thống kê. Apgar 1 phút và 5 phút của 2 sơ sinh 2 nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

## Tài liệu tham khảo

- World Health Organization (1985), "Appropriate technology for birth," The Lancet. ii, pp. 436-437.
- Martin JA, Ventura SJ Hamilton BE (2011), "Birth: preliminary data for 2010"
- Nestle Nutrition Institute (2011), "Cesarean delivery versus vaginal delivery: its impact on gut microbiota, neonatal immunity and disease risk," www.neslenutrition-institute.org
- Kartuwart Saoji Ajeet (2010), "Unnecessary surgeries which are jeopardizing women's health", The Lancet.
- Kyoko Yoshioka- Maeda et al. (2016), BMC Pregnancy and Childbirth. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com>
- 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. 31(5), tr. 79-84.
- Phạm Bá Nha (2010), "Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai tại bệnh viện Bạch Mai năm 2008." Y học Việt Nam, tr. 14-18
- SN Mukherjee (2006), "Rising cesarean section rate" J Obstet Gynecol India. 56(4), pp. 298-300.
- Menacker F, Mac Donald M Declercq E (2005), "Rise in "no indicated risk" primary caesarean section in the United States," BMJ. 71, pp. 330.
- Trần Ngọc Tân Quyên, Nguyễn Vũ Quốc Huy (2010), "Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng và kết quả xử trí giai đoạn 2 chuyển dạ ở sản phụ sinh con so," Tạp chí Phụ sản. 8(1), tr. 46-53.
- Nguyễn Văn Diễn (2001), "Nghiên cứu tình hình mổ lấy thai tại Khoa

Phụ Sản Bệnh viện Trung ương Huế," Đại học Y Dược Huế, Luận văn Thạc sĩ Y học.

- Nguyễn Hồng Lam (2012), "Nghiên cứu tác động của mổ lấy thai lên sức khỏe bà mẹ ở thai phụ con so", Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
- Nguyễn Thị Hồng Thắm (2011), "Góp phần tìm hiểu nguyên nhân, hậu quả và cách xử trí các trường hợp đẻ khó tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế," Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa, Đại học Y Dược Huế, Huế.
- Đỗ Quang Mai (2007), "Nghiên cứu tình hình mổ lấy thai ở sản phụ con so tại bệnh viện Phụ sản Trung ương 2 năm 1996 và 2006", Luận văn Tốt nghiệp Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- Ngô Thị Uyên (2009), "Trọng lượng trung bình của trẻ sơ sinh đủ tháng tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng trong 3 tháng đầu năm 2009", Tạp chí Phụ sản. 7(3-4), tr. 97-102.
- Mary Catherine Tolcher et al. (2015), "Predicting Cesarean Delivery After Induction of Labor Among Nulliparous Women at Term," Obstet Gynecol. 126(5), pp. 1059-1068.
- Võ Văn Đức, Văn Thị Kim Huệ, Lê Lam Hương (2006), "Khảo sát tình hình mổ lấy thai tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế," Tạp chí Y học thực hành. 4(3).
- Nguyễn Cảnh Chương (1998), "Nghiên cứu một số chỉ số hình thái ở trẻ sơ sinh đủ tháng Việt Nam," Trường Đại học Y Hà Nội, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú 1998.

# HIỆU QUẢ KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG TRÊN CÁC THAI PHỤ SONG THAI CÓ CỔ TỬ CUNG NGẮN

Mai Đức Tiến<sup>(1)</sup>, Nguyễn Minh Nhật<sup>(1)</sup>, Bùi Thị Phương Loan<sup>(1)</sup>, Hồ Cao Cường<sup>(1)</sup>, Đặng Quang Vinh<sup>(1,2)</sup>  
(1) Bệnh viện Mỹ Đức, (2) ĐHQG TP.HCM

**Từ khóa:** Sinh non, khâu cổ tử cung, song thai, cổ tử cung ngắn.  
**Keywords:** Preterm birth, cervical cerclage, twin pregnancy, short cervix.

## Tóm tắt

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả dự phòng sinh non của khâu vòng cổ tử cung (CTC) trong các thai kỳ song thai có CTC ngắn.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:**

Thiết kế nghiên cứu hồi cứu, báo cáo hàng loạt ca.

Dân số chọn mẫu: thai kỳ song thai được chẩn đoán cổ tử cung ngắn < 25 mm tuổi thai từ 16 đến 24 tuần được khâu CTC tại bệnh viện Mỹ Đức từ tháng 01/2014 – tháng 7/2016.

**Kết quả:** Tỉ lệ sinh non trước 34 tuần của song thai có kênh cổ tử cung ngắn khâu vòng cổ tử cung là 30,6% (22 sản phụ). Tỉ lệ tử vong chu sinh được ghi nhận là 11,8%. Không trường hợp nào biến chứng nặng sau thủ thuật được ghi nhận.

**Kết luận:** Khâu vòng CTC có thể được xem xét áp dụng trong dự phòng sinh non ở các thai phụ song thai có cổ tử cung ngắn.

**Từ khóa:** Sinh non, khâu cổ tử cung, song thai, cổ tử cung ngắn.

## Abstract

### EFFECTIVENESS OF CERCLAGE IN TWIN PREGNANCIES WITH A SHORT CERVIX

**Objective:** To evaluate cervical cerclage as an intervention to prevent preterm birth in twin pregnancies with a short cervix.

**Study design:** retrospective, case series study. All eligible asymptomatic twin pregnancies with a short cervix (< 25 mm) at 16 – 24 weeks from Jan 2014 to Jul 2016 were recruited.

**Result:** Preterm birth at < 34 weeks of gestation occurred in 22 women (30,6%). The perinatal mortality was 11,8%. There was no cases with severe complication reported.

**Conclusion:** Cervical cerclage could be an approach in preventing preterm birth for pregnant women with twins and a short cervix.

**Key words:** preterm birth, cervical cerclage, twin pregnancy, short cervix.

Tác giả liên hệ (Corresponding author):  
Mai Đức Tiến,  
email: maiductien1990@gmail.com  
Ngày nhận bài (received): 12/6/2017  
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised): 19/6/2017  
Ngày bài báo được chấp nhận đăng (accepted): 22/6/2017