

among caregivers in a tertiary health facility in Ghana. Plos one, 16(6): e0251846.

9. **Nasrin Khalesi và Fatemeh Rakhshan** (2006). Knowledge attitude and behaviour of mother on neonatal jaundice. J Pak Med Assoc 58, 671 - 673.

10. **Demis A, Getie A, Wondmieneh A, et al.** (2020) "Knowledge on neonatal jaundice and its associated factors among mothers in northern

Ethiopia: a facility-based crosssectional study". BMJ Open 2021;11:e044390.

11. **Nguyễn Lệ Bình** (2007). "Khảo sát kiến thức, thái độ, hành vi về vàng da sơ sinh của bà mẹ có con bị vàng da sơ sinh ở Bệnh viện Nhi đồng 1 và Nhi đồng 2 từ 1/04/2004 đến 31/1/2004", Hội nghị Sản phụ khoa Việt - Pháp châu Á - Thái Bình Dương lần thứ 7, tr. 117 - 118.

CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI LẦN ĐẦU Ở NHỮNG SẢN PHỤ CÓ TUỔI THAI TỪ TUẦN THỨ 28 TRỞ LÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC PHÚC YÊN TRONG NĂM 2019

NGUYỄN HỮU KIÊN¹,
NGUYỄN QUỐC TUẤN², NGUYỄN VĂN HƯNG¹
¹Bệnh viện Đa khoa khu vực Phúc Yên
²Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các chỉ định mổ lấy thai lần đầu ở những sản phụ có tuổi thai từ tuần thứ 28 trở lên tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Phúc Yên trong năm 2019.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập thông tin số liệu bệnh án của những sản phụ mổ lấy thai tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Khu vực Phúc Yên từ ngày 01/01/2019 đến 31/12/2019.

Kết quả: Đặc điểm chung: Tỷ lệ mổ lấy thai lần đầu là 13,8% trong tổng số đẻ. Sản phụ MLT lần đầu: tuổi trung bình $25,1 \pm 4,3$; nhóm tuổi chủ yếu từ 21 - 24 tuổi (35,1%), 25 - 29 tuổi (33,3%). Các chỉ định mổ lấy thai lần đầu: Về phía sản phụ (34,9%), trong đó nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao là do CTC không tiến triển chiếm 9,5%; khung chậu giới hạn 4,9%. Về phía con (38,9%), trong đó nguyên nhân do thai suy chiếm tỷ lệ cao nhất với 16,7%. Về phía phần phụ của thai (11,7%), các nguyên nhân có tỷ lệ cao trong nhóm như rau tiền đạo (2,2%); ối vỡ non và ối vỡ sớm chiếm lần lượt tương ứng 3,3% và 3,5%. Về yếu tố xã hội, chủ yếu do sản phụ và gia đình sản phụ xin mổ (7,9%).

Kết luận: Đối với những trường hợp sản phụ đẻ lần đầu cần thận trọng đưa ra chỉ định mổ lấy thai để giảm chỉ định mổ lấy thai vì sẹo MLT cũ cho lần sinh nở sau.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Hữu Kiên

Email: nhkien37@gmail.com

Ngày nhận: 07/7/2021

Ngày phản biện: 14/8/2021

Ngày duyệt bài: 26/8/2021

Từ khóa: Mổ lấy thai, mổ lấy thai lần đầu.

SUMMARY

INDICATIONS OF FIRST CESAREAN IN WOMEN WITH GESTATIONAL AGE FROM 28 WEEKS AND UP AT PHUC YEN REGION GENERAL HOSPITAL IN 2019

Objectives: describe indications for first cesarean section in women with gestational age from 28 weeks and above at Phuc Yen Region General Hospital in 2019.

Subjects and research methods: cross-sectional descriptive study, data collection of medical records of women who have cesarean section at the Department of Obstetrics and Gynecology, Phuc Yen Region General Hospital from January 1, 2019 to December 31, 2019.

Results: General characteristics: the rate of first cesarean section was 13.8% of the total number of births. Pregnant women having first cesarean section: mean age 25.1 ± 4.3 years; The main age groups are 21-24 years old (35.1%), 25-29 years old (33.3%). Indications for cesarean section for the first time: On the part of pregnant women (34.9%), in which the cause accounts for a high proportion is the non-progressive cervix, accounting for 9.5%; pelvis limit 4.9%. For children (38.9%), in which fetal failure accounted for the highest rate with 16.7%. On the fetal side (11.7%), the causes have a high rate in the group such as: placenta previa (2.2%); Vomiting and premature rupture of membranes accounted for 3.3% and 3.5%, respectively. Due to social factors: mainly because the mother and her family asked for surgery (7.9%).

Conclusion: for first-time mothers, it is necessary to carefully give the indications for cesarean section to reduce the indication for

cesarean section because of the old cesarean scar for the next birth.

Keywords: Cesarean section, first cesarean section.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) là thai và phần phụ của thai được lấy ra khỏi buồng tử cung qua đường rạch ở thành bụng và đường rạch ở thành tử cung. MLT đã có một lịch sử lâu đời từ hàng trăm năm trước công nguyên. Mổ lấy thai ngày càng hoàn thiện, cùng với sự phát triển không ngừng của nền y học, sự ra đời của kháng sinh và các kỹ thuật gây mê hồi sức, các kỹ thuật vô khuẩn và tiết khuẩn đã cứu sống biết bao bà mẹ và trẻ sơ sinh [1].

Trên thực tế mổ lấy thai chỉ thực sự đứng dẫn trong những trường hợp không thể sinh theo đường âm đạo. Trong những năm gần đây khi xã hội ngày một phát triển, chất lượng cuộc sống ngày một nâng cao, mỗi gia đình chỉ sinh từ một đến hai con nên người ta thường quan tâm đến sức khỏe sinh sản, sức khỏe của mẹ và sơ sinh. Lại có quan niệm mổ lấy thai “an toàn” hơn, “con thông minh” hơn, một số trường hợp xin mổ lấy thai theo yêu cầu để chọn ngày chọn giờ “đẹp”. Thai phụ cho rằng họ “có quyền được lựa chọn cách đẻ theo ý muốn”. Trước những sức ép tâm lý đó người thầy thuốc sản khoa có thể sẽ bị động đi tới quyết định mổ lấy thai.

Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhiều nước trên thế giới tăng nhanh trong vòng 20 năm trở lại đây, đặc biệt là các nước phát triển. Nghiên cứu của Quinlan JD và cs (2015) thống kê thấy tỷ lệ mổ lấy thai tại các nước phát triển: Italy 38,2%, Mexico 37,8%, Australia 30,3%, Hoa Kỳ 30,3%, Đức 27,8%, Canada 26,3%, Tây Ban Nha 25,9% và Vương Quốc Anh 22,0% [2]. Nghiên cứu của Begum T. và cs (2017) tại Bangladesh cho tỷ lệ mổ lấy thai là 35,0% [3].

Trong những năm gần đây nhiều chỉ định MLT lần đầu đang được các nhà sản khoa quan tâm vì nếu tỷ lệ MLT lần đầu tăng sẽ làm tăng tỷ lệ MLT nói chung, và các biến chứng do MLT như rau tiền đạo, rau cài răng lược, thai làm tổ ở sẹo mổ đẻ cũ, vô sinh do khuyết sẹo mổ lấy thai, vỡ tử cung...cũng sẽ gia tăng. Do đó kiểm soát và đưa ra những chỉ định MLT đúng chỉ định là việc làm cần thiết góp phần làm giảm tỷ lệ MLT nói chung và tỷ lệ MLT ở người đã có sẹo ở tử cung cho lần đẻ sau do đó khiến cho tỷ lệ MLT có xu hướng ngày càng tăng. Cho đến nay tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Phúc Yên chưa có nghiên cứu nào về tình hình mổ lấy thai lần đầu để có sự đánh giá một cách cụ thể và khách quan, khoa học. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài

này với mục tiêu mô tả các chỉ định mổ lấy thai lần đầu ở những sản phụ có tuổi thai từ tuần thứ 28 trở lên tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Phúc Yên trong năm 2019.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Khu vực Phúc Yên, tỉnh Vĩnh Phúc từ tháng 09/2020 đến tháng 09/2021.

2. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các hồ sơ bệnh án của sản phụ vào mổ lấy thai lần đầu có tuổi thai từ 28 tuần tại BVĐK Khu vực Phúc Yên từ 01/01/2019 đến 31/12/2019.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Chúng tôi đã thu thập được 1.131 hồ sơ bệnh án của sản phụ vào mổ lấy thai lần đầu có tuổi thai từ 28 tuần tại BVĐK Khu vực Phúc Yên từ 01/01/2019 đến 31/12/2019 đủ tiêu chuẩn tham gia NC.

Kỹ thuật thu thập thông tin: Thu thập số liệu từ bệnh án của người bệnh.

Phân tích số liệu: Số liệu được thu thập và làm sạch, nhập bằng Epidata 3.1, sau đó được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được sự cho phép của ban lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa Khu vực Phúc Yên trước khi tiến hành nghiên cứu, thu thập và phân tích số liệu. Nghiên cứu chỉ thu thập thông tin số liệu của bệnh nhân, không ảnh hưởng đến quá trình thăm khám cũng như điều trị của sản phụ. Các thông tin về đối tượng nghiên cứu được đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Tỷ lệ mổ lấy thai

Đặc điểm	Đẻ thường	Mổ lần đầu	Mổ lần hai trở lên	Tổng
n	5.720	1.131	1.374	8.225
%	69,5	13,8	16,7	100

Tỷ lệ sản phụ mổ lấy thai lần đầu tại BVĐK Khu vực Phúc Yên năm 2019 là 13,8%.

Bảng 2. Phân bố nhóm tuổi của sản phụ mổ lấy thai lần đầu

Nhóm tuổi	n	%
≤ 20 tuổi	113	10,0
21 - 24 tuổi	397	35,1
25 - 29 tuổi	377	33,3
30 - 34 tuổi	139	12,3
>35 tuổi	105	9,3
Tổng số	1.131	100
$\bar{X} \pm SD$ (GTNN – GTLN)	25,1 ± 4,3 (17 – 43)	

Sản phụ MLT lần đầu chủ yếu có độ tuổi từ 21 - 24 tuổi, chiếm tỷ lệ 34,1%; đứng thứ hai là nhóm tuổi 25 - 29 tuổi, chiếm tỷ lệ 33,3%. Nhóm tuổi trên 35 và từ từ dưới 20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp tương ứng lần lượt là 9,3% và 10,0%.

Trung bình tuổi của sản phụ MLT lần đầu là $25,1 \pm 4,3$ (thấp nhất là 17 tuổi và lớn nhất là 43 tuổi).

2. Các chỉ định mổ lấy thai của nhóm sản phụ MLT lần đầu

Bảng 3. Tỷ lệ kết hợp các lý do trong chỉ định mổ lấy thai

Chỉ định	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có 01 lý do	609	53,8
Có ≥ 2 lý do	522	46,2
Tổng số	1.131	100

Có 609 trường hợp mổ lấy thai do có 01 lý do, chiếm tỷ lệ 53,8%. Còn lại 522 trường hợp mổ lấy thai có nhiều lý do, chiếm tỷ lệ 46,2%.

Bảng 4. Tỷ lệ mổ lấy thai chung theo nhóm

Nhóm nguyên nhân		n	%
Do mẹ (n=395; 34,9%)	Do đường sinh dục	217	19,2
	Do bệnh lý	178	15,7
Do thai (n = 439; 38,9%)	Thai suy	189	16,7
	Thai to	115	10,2
	Đầu không lọt	37	3,3
	Ngôi bất thường	69	6,1
	Song thai	29	2,6
Do phần phụ của thai (n = 133; 11,7%)	Rau thai	31	2,7
	Nước ối	102	9,0
Do các yếu tố xã hội	Xin mổ, vô sinh...	164	14,5
Tổng số		1.131	100

Nhóm chỉ định mổ lấy thai do mẹ và và do thai chiếm tỷ lệ cao nhất, tương ứng lần lượt là 34,9% và 38,9%. Trong đó nhóm nguyên nhân do mẹ bao gồm do đường sinh dục (19,2%) và do bệnh lý (15,7%). Nhóm nguyên do phần phụ của thai chiếm tỷ lệ 11,7%; nhóm do các yếu tố xã hội chiếm tỷ lệ 14,5%.

2.1 Các chỉ định mổ lấy thai về phía mẹ

Bảng 5. Các chỉ định thuộc nhóm đường sinh dục

Các chỉ định	n	%
Cổ tử cung không tiến triển	108	9,5
Khung chậu giới hạn	55	4,9
Khung chậu hẹp	15	1,3
Do âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn	14	1,2
U xơ tử cung, u buồng trứng	11	1,0
Khối u tiền đạo	6	0,6
Cơ co TC cường tính, dọa vỡ tử cung	5	0,4
Tử cung dị dạng	3	0,3
Tổng chung	217	19,2

Trong các trường hợp MLT do đường sinh dục của mẹ, có 108 trường hợp do cổ tử cung không tiến triển, chiếm tỷ lệ cao nhất với 9,5%; đứng thứ hai là do khung chậu của mẹ giới hạn (4,9%). Có 3 trường hợp do tử cung dị dạng chiếm tỷ lệ thấp nhất với 0,3%.

Bảng 6. Các chỉ định mổ lấy thai thuộc bệnh lý của mẹ

Bệnh lý	n	%
Tiền sản giật, sản giật	74	6,5
Hen phế quản	9	0,8
Mẹ bệnh tim	28	2,5
Basedow	2	0,2
Bệnh khác	65	5,7
Tổng chung	178	15,7

Trong các trường hợp MLT thuộc bệnh lý của mẹ, có 74 trường hợp do tiền sản giật và sản giật chiếm tỷ lệ cao nhất với 6,5%. Có 28 trường hợp do mẹ mắc bệnh tim (2,5%); do mẹ hen phế quản và mắc basedow chiếm tỷ lệ thấp tương ứng lần lượt là 0,8% và 0,2%.

2.2 Các chỉ định mổ lấy thai về phía con

Bảng 7. Tỷ lệ mổ lấy thai do nguyên nhân về phía con

Các chỉ định mổ lấy thai	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thai suy	189	16,7
Thai to	115	10,2
Ngôi thai bất thường	69	6,1
Đầu không lọt	37	3,3
Đa thai	29	2,6
Tổng chung	439	38,9

Nhận xét: Trong các trường hợp MLT về phía con, nguyên nhân do thai suy chiếm tỷ lệ cao nhất với 16,7%; tiếp đến do thai to với 10,2% và ngôi thai bất thường là 6,1%. Do đầu không lọt và đa thai chiếm tỷ lệ thấp nhất, tương ứng lần lượt là 3,3% và 2,6%.

Bảng 8. Phân bố tuổi thai của sản phụ MLT lần đầu

Tuổi thai	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
28 - 36 tuần	89	7,9
37 - 41 tuần	991	87,6
> 41 tuần	51	4,5
Tổng số	1.131	100

Các trường hợp sản phụ MLT lần đầu đa số có tuổi thai từ 37 - 41 tuần với 991 trường hợp, chiếm tỷ lệ cao nhất với 87,6%. Có 89 trường hợp có tuổi thai từ 28 - 36 tuần, chiếm tỷ lệ 7,9%. Còn lại 51 trường hợp có tuổi thai trên 41 tuần, chiếm tỷ lệ 4,5%.

Phân bố ngôi thai của sản phụ MLT lần đầu (n=1.131): Trong 69 trường hợp ngôi thai bất thường (6,1%) có 48 trường hợp ngôi mông (4,2%); 18 trường hợp ngôi vai (1,6%) và 3

trường hợp ngôi thóp trước (0,3%). Còn lại phần lớn (93,9%) là ngôi chòm.

Bảng 9. Các chỉ định mổ lấy thai do phần phụ của thai

Các chỉ định		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rau thai	Rau tiền đạo	26	2,2
	Rau bong non	2	0,2
	Sa dây rau	3	0,3
	Tổng chung	31	2,7
Nước ối	Ổi vỡ non	37	3,3
	Ổi vỡ sớm	41	3,5
	Rỉ ối	4	0,4
	Đa ối	2	0,2
	Cạn ối, thiếu ối	19	1,6
	Tổng chung	102	9,0

Trong nhóm chỉ định về phần phụ của thai: có 26 trường hợp rau tiền đạo, chiếm tỷ lệ 2,2% và chỉ có 02 trường hợp bị rau bong non chiếm 0,2% và 03 trường hợp sa dây rau chiếm 0,3%. Trong nhóm chỉ định MLT do ối thì chủ yếu là do ối vỡ non và ối vỡ sớm có tỷ lệ lần lượt là 3,3% và 3,5%.

Bảng 10. Các chỉ định mổ do yếu tố xã hội

Các chỉ định	n	%
Xin mổ	89	7,9
Con so lớn tuổi, sản phụ tuổi vị thành niên	31	2,7
Vô sinh, IVF, IUI	21	1,9
Tiền sử sản khoa nặng nề	14	1,2
Do mẹ lớn tuổi	9	0,8
Tổng chung	164	14,5

Trong nhóm chỉ định MLT do các yếu tố xã hội, phần lớn do sản phụ và gia đình xin mổ, chiếm tỷ lệ cao nhất với 7,9%; tiếp đến là do con so lớn tuổi, sản phụ tuổi vị thành niên chiếm tỷ lệ 2,7%. Các trường hợp do vô sinh, IVF, IUI chiếm tỷ lệ 1,9%. Tỷ lệ do mẹ lớn tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất với 0,8%.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Tỷ lệ MLT chung

Từ ngày 01/01/2019 đến hết ngày 31/12/2019 tại BVĐKKV Phúc Yên, chúng tôi thu thập được 8.225 tổng số các ca đẻ, trong đó có 1.131 bệnh án của sản phụ vào mổ lấy thai lần đầu có tuổi thai từ 28 tuần, chiếm tỷ lệ 13,8%.

Theo tác giả Lê Minh Hải^[4], nghiên cứu tại BVĐK Tuyên Quang trong hai năm 2016 - 2017 cho thấy có 632 trường hợp MLT lần đầu chiếm 31,1% trong tổng số đẻ.

Có nhiều nguyên nhân dẫn đến các sản phụ con so có tỷ lệ MLT tăng cao. Đặc biệt là các bệnh viện tuyến trung ương, về khách quan thì các Bệnh viện Trung ương là tuyến cuối của

ngành sản phụ khoa do đó các bệnh viện này thường xuyên phải tiếp nhận các bệnh nhân nặng từ các tuyến dưới chuyển đến như tim sản, tiền sản giật nặng, ung thư... Bàn luận về sự gia tăng của tỷ lệ MLT tại BVĐKKV Phúc Yên trong những năm qua, chúng tôi thấy cần tham khảo ý kiến của Cunningham^[5]. Theo Cunningham lý do tăng lên của MLT được giải thích như sau:

- Số con của mỗi bà mẹ giảm, tỷ lệ sinh con so trong tổng số đẻ tăng lên mà phần lớn các chỉ định MLT lại gặp ở người sinh con so; càng ngày, tuổi sinh đẻ của các bà mẹ càng cao mà tỷ lệ MLT lại tăng tỷ lệ thuận với tuổi đẻ; các thủ thuật đẻ đường dưới (forceps, giác hút, nội xoay thai, đại kéo thai...) ngày càng ít được áp dụng; việc sử dụng rộng rãi máy theo dõi cơn cơ tử cung, tìm thai nhằm phát hiện sớm các bất thường làm tăng tỷ lệ MLT; tỷ lệ MLT trong ngôi mông tăng với xu hướng hiện nay trên thế giới là tất cả những trường hợp con so ngôi mông đều có chỉ định mổ.

Ngoài ra tỷ lệ MLT cao còn do nhiều nguyên nhân khác như can thiệp sớm vào quá trình chuyển dạ, tỷ lệ hỗ trợ sinh sản tăng, tỷ lệ đa thai tăng...

Một số nguyên nhân chủ quan về phía thầy thuốc cũng làm tăng tỷ lệ MLT như MLT thì thời gian theo dõi sẽ ngắn hơn, chi phí thu được cao hơn, các thầy thuốc ngày càng có xu hướng MLT thay cho các thủ thuật sản khoa như kéo Forceps. Về phía sản phụ, ngày càng nhiều sản phụ muốn chọn sinh mổ vì sợ đau đẻ, muốn giữ sự rần chắc của tầng sinh môn, hay mong muốn được sinh con theo đúng ngày đúng giờ.

Phân bố tuổi của sản phụ MLT lần đầu

Theo bảng 2, sản phụ MLT lần đầu trong nghiên cứu chủ yếu có độ tuổi từ 21 - 24 tuổi, chiếm tỷ lệ 34,1%; nhóm tuổi 25 - 29 tuổi, chiếm 33,3%. Nhóm tuổi trên 35 và từ từ dưới 20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp tương ứng lần lượt là 9,3% và 10,0%. Đây là độ tuổi lý tưởng cho việc mang thai và sinh đẻ. Kết quả này có nét tương đồng so với các nghiên cứu khác:

Theo tác giả Lê Minh Hải^[4], nhóm tuổi có tỷ lệ MLT lần đầu cao nhất là 21 - 24 tuổi (34,8%) và 25 - 29 tuổi (32,9%).

Đặc biệt trong nghiên cứu của chúng tôi có 02 trường hợp sản phụ 17 tuổi và những sản phụ này đều là dân tộc thiểu số, làm công nhân tự do theo các công trình xây dựng trên địa bàn khu vực. Có thể do nhận thức về sức khỏe sinh sản chưa đầy đủ nên dẫn đến kết hôn và sinh đẻ sớm. Đây là nhóm tuổi có nguy cơ thai

nghe cao vì rằng các sản phụ mang thai ở tuổi vị thành niên sẽ gặp khó khăn trong quá trình sinh đẻ do giải phẫu khung chậu và tăng sinh môn chưa phát triển đầy đủ cho một cuộc đẻ, mặt khác tâm lý của các sản phụ này cũng chưa sẵn sàng cho việc sinh đẻ và nuôi con.

Có 105 trường hợp sản phụ trên 35 tuổi chiếm 9,3%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của tác giả Lê Minh Hải^[4] là 10,3%. Các sản phụ trên 35 tuổi mang thai sẽ làm tăng nguy cơ tiền sản giật hoặc tăng nguy cơ thai bất thường.

Trung bình tuổi của sản phụ MLT lần đầu trong nghiên cứu này là $25,1 \pm 4,3$. Sản phụ thấp tuổi nhất là 17 tuổi và lớn nhất là 43 tuổi.

Năm 2014, theo tác giả Nguyễn Thị Minh An^[6], tuổi trung bình của sản phụ MLT con so 2013 tại Bệnh viện Bạch Mai là $26,7 \pm 3,8$; tuổi lớn nhất là 44, nhỏ nhất là 15, thường gặp là 27. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đương với kết quả của Vương Tiến Hòa^[7] tại BV PSTU năm 2002 là $27,1 \pm 2,3$; nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Tiến^[8] năm 2015 tại BVTU Thái Nguyên tuổi trung bình của thai phụ con so $24,73 \pm 3,89$.

Nhóm có tỷ lệ MLT con so cao nhất là thuộc nhóm 21 - 29 tuổi với 68,4% (21 - 24 tuổi chiếm 35,1% và 25 - 29 tuổi chiếm 33,3%). Điều này phù hợp vì đây là lứa tuổi sinh đẻ tốt nhất. Trong nhóm nghiên cứu, có 09 sản phụ trên 40 tuổi đều là những sản phụ được điều trị vô sinh, thụ tinh trong ống nghiệm, một ít là lập gia đình muộn cho ta thấy được sự tiến bộ của điều trị vô sinh đã đem lại nhiều cơ hội làm mẹ cho các sản phụ lớn tuổi và vô sinh.

2. Các chỉ định mổ lấy thai của sản phụ MLT lần đầu

2.1. Sự kết hợp trong chỉ định mổ lấy thai

Theo bảng 3, trong nhóm MLT chỉ có 609 (53,8%) trên tổng số 1.131 trường hợp được chỉ định MLT có một lý do duy nhất (tuy rằng đó không hoàn toàn là chỉ định tuyệt đối), còn 522 trường hợp còn lại (46,2%) MLT vì sự kết hợp của các chỉ định. Và khi đó vai trò của chúng là như nhau khi tham gia quyết định MLT cụ thể. Tỷ lệ này cũng phù hợp so với tác giả Bùi Quang Trung^[9] tại Bệnh viện PSTU năm 2004 và 2009 là 52,5% và 58,5%. Theo tác giả Tống Thị Khánh Hằng^[10] (2019), chỉ định MLT vì một lý do là 56,8%; chỉ định MLT vì kết hợp nhiều lý do trên cùng một sản phụ chiếm 43,2%.

Có thể giải thích là do hiện nay phương tiện chẩn đoán hiện nay càng ngày nâng cao, có thể phát hiện thêm nhiều nguyên nhân kết hợp nữa. Phần lớn các sản phụ được chỉ định MLT vì kết

hợp các chỉ định tương đối, một sản phụ có thể có một hay nhiều chỉ định.

2.2. Các chỉ định mổ lấy thai thuộc về phía sản phụ

Các chỉ định về phía mẹ lại được chia làm 2 nhóm là các chỉ định về đường sinh dục và nhóm bệnh lý của mẹ.

Chỉ định MLT do nguyên nhân đường sinh dục

2.2.1. Nguyên nhân CTC không tiến triển

Trong chuyển dạ đẻ, sự xóa mờ CTC là giai đoạn đầu tiên và cũng là giai đoạn dài và khó khăn của cuộc chuyển dạ. Pha tiềm tàng (1a), từ khi có dấu hiệu chuyển dạ đến khi CTC mở được 3cm, thời gian trung bình khoảng 8 giờ. Pha tích cực (1b) CTC > 3cm đến khi mở hết (10 cm) mất khoảng 7 giờ, tốc độ mở trung bình cứ 1 giờ mở được 1 cm. Như vậy, để chẩn đoán một trường hợp CTC không tiến triển phải theo dõi tiến triển của CTC trong điều kiện CCTC tốt, ít nhất là 4 giờ 1 lần đối với giai đoạn 1a và 2-4 giờ 1 lần đối với giai đoạn 1b mà thấy CTC không mở thêm dưới 1cm thì mới chẩn đoán là CTC không tiến triển^[1]. Nghiên cứu của tác giả Lê Minh Hải^[4] cho thấy chỉ định MLT do cổ tử cung không tiến triển có 72 bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là 11,4% trong nhóm nguyên nhân do đường sinh dục so với tổng mẫu sản phụ MLT lần đầu.

2.2.2. Nguyên nhân liên quan đến khung chậu

Khung chậu hẹp, khung chậu méo... thường là hậu quả của dị tật từ nhỏ do bệnh tật bẩm sinh hoặc tình trạng suy dinh dưỡng trong tiền sử của bà mẹ. Hiện nay tại các nước đang phát triển tỷ lệ MLT do nguyên nhân này đã giảm đáng kể, bởi họ đã kiểm soát được những nguyên nhân trên. Ở nước ta, trong điều kiện kinh tế ngày càng phát triển, mức sống được nâng lên, hy vọng trong tương lai MLT do những nguyên nhân này sẽ giảm. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ các chỉ định do khung chậu giới hạn là 4,9% và khung chậu hẹp là 1,3%. Tỷ lệ này cũng tương tự trong nghiên cứu của tác giả Lê Minh Hải^[4] với khung chậu giới hạn là 6,2% và khung chậu hẹp là 1,2%; theo Tống Thị Khánh Hằng^[10], tỷ lệ MLT do khung chậu giới hạn là 7,5%.

2.2.3. Chỉ định MLT do tiền sản giật, sản giật

Trong nhóm nguyên nhân bệnh lý của mẹ, tỷ lệ mẹ bị tiền sản giật, sản giật chiếm cao nhất với 6,5% (Bảng 6).

Theo tác giả Lê Minh Hải^[4], tỷ lệ mẹ bị tiền sản giật, sản giật chiếm cao nhất là 5,1% trong nhóm nguyên nhân bệnh lý của mẹ. Tỷ lệ này của chúng tôi cũng tương đương với tác giả Bùi

Thị Thu Hà^[11] nghiên cứu tại BVĐK Hà Giang năm 2018 là 5,6%. Theo tác giả Nguyễn Thị Minh An^[6], chỉ định mổ do bệnh lý TSG, SG chiếm tỷ lệ 13,2% trong số MLT do nguyên nhân bệnh lý người mẹ; tỷ lệ này trong nghiên cứu của Tổng Thị Khánh Hằng^[10] là 3,6%.

Chỉ định MLT này là phù hợp bởi cuộc chuyển dạ của những sản phụ bị TSG chứa nhiều biến cố khó lường dù theo dõi chặt chẽ để tránh những biến cố đối với mẹ nên các thầy thuốc sẽ chỉ định MLT. Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán TSG thì đều được điều trị bằng Magnesi sulfat và thuốc hạ áp trước khi tiến hành MLT.

2.2.4. Chỉ định MLT do mẹ bị bệnh tim

Chỉ định mổ do bệnh lý tim mạch của người mẹ là một chỉ định phù hợp vì tránh tai biến cho người mẹ trong quá trình chuyển dạ. Trong nghiên cứu có 28 trường hợp do mẹ mắc bệnh tim, chiếm 2,5% (bảng 6).

Theo Tổng Thị Khánh Hằng^[10], mẹ bị bệnh tim là chỉ định gặp ở 07 trường hợp trong tổng số 548 ca MLT, chiếm 1,3%; của tác giả Vương Tiến Hòa^[7] (2002) là 2,8%. Như vậy, có thể thấy chỉ định MLT vì mẹ bệnh tim có xu hướng giảm dần theo thời gian, chứng tỏ chất lượng dân số đã được cải thiện, tỷ lệ bệnh tim mắc phải như hẹp hở van hai lá, ba lá... do hậu quả của nhiễm liên cầu khuẩn tan huyết nhóm B đã giảm, mặt khác, các trường hợp bệnh tim bẩm sinh như thông liên nhĩ, thông liên thất, rối loạn nhịp tim... đã được sàng lọc, phát hiện và điều trị sớm ngay từ lứa tuổi nhi đồng, thanh thiếu niên.

2.3. Các chỉ định mổ lấy thai về phía con

Đây là nhóm chỉ định chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,9% (bảng 4). Những năm gần đây, tỷ lệ nhóm chỉ định này có xu hướng tăng lên. Các nghiên cứu gần đây tại BV PSTU³ đã cho thấy điều đó, Touch Bunlong^[12] (1999; 2000) là 63,36% và Bùi Quang Trung^[9] trong 6 tháng đầu năm 2004 và 2009 lần lượt là 48,7% và 50,26%, hay như theo Nguyễn Thị Minh An^[6], trong 6 tháng đầu năm 2013 ở bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỷ lệ này cao hơn hẳn nhưng phù hợp với xu hướng chung "Tỷ lệ MLT do thai tăng lên".

Trong các chỉ định MLT về phía thai thì cũng chia ra các nhóm nguyên nhân khác nhau như tuổi thai, ngôi thai, thai to, thai suy...

2.3.1. Chỉ định MLT vì thai suy

Tỷ lệ chỉ định MLT do thai suy trong nghiên cứu là 16,7% (Bảng 7).

Theo tác giả Lê Minh Hải^[4], tỷ lệ MLT do thai suy cao nhất chiếm 16,1%. Do những năm gần đây việc ứng dụng monitoring sản khoa ngày

càng cho hiệu quả cao, ngoài việc đánh giá tim thai qua siêu âm thì monitoring sản khoa đánh giá thai suy rất tốt. Tất cả các trường hợp vào để đều được theo dõi tim thai bằng monitoring. Khi nhịp tim thai suy tức là có xuất hiện DIP (DIP 1, DIP 2, DIP biến đổi) thì đều được chỉ định MLT kịp thời tránh những trường hợp đáng tiếc xảy ra cho thai nhi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Bùi Thị Thu Hà^[11] năm 2018 tại BVĐK Hà Giang là 19,5%.

2.3.2. Chỉ định MLT do thai to

Theo quy định ở Việt Nam thai có trọng lượng trên 3500g trở lên được gọi là thai to, hiện nay nhờ có kỹ thuật siêu âm ước tính trọng lượng thai nhi khá chính xác. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 115 trường hợp thai to, chiếm tỷ lệ 10,2% (Bảng 7).

Theo tác giả Lê Minh Hải^[4], ghi nhận có 64 trường hợp được chẩn đoán là thai to có chỉ định MLT. Theo tác giả thai to cũng là một trong những nguyên nhân MLT khá nhiều chiếm 10,1%.

2.3.3. Tuổi thai khi mổ lấy thai

Thai đủ tháng có tuổi thai từ 37 - 41 tuần. Trong nghiên cứu, các chỉ định MLT phần lớn là thai đủ tháng (87,6%) (Bảng 8). Đặc biệt có 89 trường hợp MLT có tuổi thai dưới 37 tuần tức là thai non tháng, chiếm 7,9%. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì các trường hợp này chủ yếu là thai non tháng kết hợp với ối vỡ non, rau tiền đạo ra máu, sa dây rau hoặc tiền sản giật điều trị nội khoa không kết quả. Còn lại chỉ có 51 trường hợp là thai quá ngày sinh chiếm 4,5%.

Tác giả Lê Minh Hải^[4] cũng cho kết quả tương tự, các chỉ định MLT chủ yếu là thai đủ tháng chiếm 89,3%; thai non tháng chiếm 6,3%; thai quá ngày sinh chiếm 4,2%.

Nhóm tuổi thai từ 37 - 41 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất, điều này dễ hiểu vì đây là nhóm thai đủ tháng. Tỷ lệ càng cao càng chứng tỏ sự quan tâm của bà mẹ và quản lý thai nghén tốt nên số lượng trẻ đủ tháng tăng, điều đó cũng hợp lý. Còn 51 trường hợp thai trên 41 tuần có một số trường hợp mẹ không nhớ chính xác chu kỳ kinh... thai trên 41 tuần nhiều nguy cơ cho thai trong và sau chuyển dạ song không phải MLT là một phương pháp an toàn hơn cả, vì với những sản phụ này nếu không có các yếu tố dễ khó, tim thai tốt có thể gây chuyển dạ cho dễ đường âm đạo nếu trong quá trình theo dõi có dấu hiệu bất thường đối với mẹ và thai thì MLT cũng không muộn, là hợp lý, điều này góp phần làm giảm số lượng MLT

3.3.4. Chỉ định MLT do ngôi bất thường

Trong 69 trường hợp chỉ định do ngôi thai bất thường (6,1%), bao gồm có: 48 trường hợp ngôi mông (4,2%); 18 trường hợp ngôi vai (1,6%) và 3 trường hợp ngôi thóp trước (0,3%) (Biểu đồ 1). Còn lại phần lớn (93,9%) là ngôi chòm.

Theo tác giả Lê Minh Hải^[4] cũng cho kết quả tương đồng, nhóm chỉ định MLT do ngôi thai thì ngôi chòm chiếm cao nhất là 91%; ngôi mông 5,5%; ngôi thóp trước 0,1%; ngôi vai 0,9%. Nghiên cứu của Tống Thị Khánh Hằng^[10], tỷ lệ MLT con so do ngôi bất thường là 36 trường hợp chiếm 6,6% tổng số chỉ định MLT, trong đó: ngôi mông 35 trường hợp, ngôi trán 01 trường hợp.

Như vậy ngôi chòm là ngôi có thể đẻ đường âm đạo nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi ngôi chòm lại có tỷ lệ cao vì thường phải kết hợp với các nguyên nhân phải mổ khác như thai suy, thai to... Tiếp đó là ngôi mông có 48 trường hợp chiếm 4,2% phải MLT. Với sự phát triển của nền y học hiện nay thì việc chẩn đoán ngôi mông không có gì khó đặc biệt là kết hợp với siêu âm, phần lớn các bệnh nhân đều biết ngôi thai của mình ở những tháng cuối nên khi đã chẩn đoán ngôi mông thì đều được chủ động MLT để tránh các biến cố khi chuyển dạ đẻ như ối vỡ sớm, sa dây rau, mắc đầu hậu khi sổ thai.

3.3.5. Chỉ định MLT vì đầu không lọt

Nguyên nhân đầu không lọt có thể do thai to, ngôi bất thường, dây rau quấn cổ... Chỉ định MLT do đầu không lọt của chúng tôi là 3,3% (bảng 7), thấp hơn so với nghiên cứu của Tống Thị Khánh Hằng^[10] 4,6%; nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh An^[6] là 9,3%. Tỷ lệ MLT do đầu không lọt qua nghiên cứu của chúng tôi có chiều hướng giảm. Chỉ định MLT do đầu không lọt giảm là do các thầy thuốc đánh giá độ lọt chính xác hơn, điều chỉnh cơ co TC phù hợp với cuộc chuyển dạ nhất là cơ co TC thừa yếu bằng truyền oxytocin. Trên thực tế, có những trường hợp CTC chưa mở hết cơ co TC tốt, chỉ khám ngoài thấy đầu cao đã chỉ định MLT ngay vì đầu cao không lọt là chưa hợp lý, những trường hợp như vậy có thể theo dõi thêm, như vậy sẽ góp phần làm giảm tỷ lệ MLT.

3.3.6. Chỉ định MLT do đa thai

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 29 trường hợp đa thai, chiếm tỷ lệ 2,6%. Tỷ lệ này cao hơn một chút so với các tác giả khác.

Trong nghiên cứu của tác giả Tống Thị Khánh Hằng^[10] có 6 trường hợp đa thai chiếm tỷ lệ 1,1% trong tổng số chỉ định MLT. Theo tác giả Nguyễn Thị Minh An^[6] ghi nhận có 10 sản phụ MLT do đa thai chiếm tỷ lệ 1,6%.

Thời gian gần đây, nhờ sự tiến bộ trong điều trị vô sinh hiếm muộn, trong đó có biện pháp dùng thuốc kích thích phóng noãn làm nhiều nang noãn phát triển, bơm tinh trùng, thụ tinh trong ống nghiệm hoặc chuyển nhiều phôi trong cùng một lần. Những yếu tố trên đã góp phần làm tăng tỷ lệ đa thai.

Thống kê không gặp một trường hợp nào trên hai thai, đó là bởi những trường hợp ba thai, bốn thai... thường sinh trước 38 tuần. Song thai là một trường hợp dễ khó nguy cơ chuyển dạ kéo dài nhưng quan trọng nhất là tai biến khi đẻ thai thứ hai vì vậy nhiều thầy thuốc cũng như sản phụ lựa chọn MLT cho an toàn do đó cũng làm tăng tỷ lệ MLT.

2.4. Các chỉ định mổ lấy thai về phía phần phụ của thai

Nguyên nhân MLT do phần phụ của thai được chia làm hai nhóm chỉ định chính. do rau thai và nước ối

2.4.1. Chỉ định MLT do OVN, OVS

Qua nghiên cứu này hầu hết các sản phụ được theo dõi đánh giá mức độ chuyển dạ, CCTC, tim thai, được sử dụng kháng sinh và sau đó duy trì cuộc chuyển dạ bằng oxytocin. OVN, OVS làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, làm CTC phù nề ảnh hưởng đến sự xóa mờ CTC.

Trong nhóm chỉ định MLT do ối thì chủ yếu là do ối vỡ non và ối vỡ sớm có tỷ lệ lần lượt là 3,3% và 3,5% (bảng 9).

Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Lê Minh Hải^[4], ối vỡ non và ối vỡ sớm có chỉ định MLT lần lượt là 3,1% và 3,4%.

Đây không phải là chỉ định MLT tuyệt đối, thông thường thì phải đánh giá chỉ số Bishop để quyết định việc MLT hay không. Các trường hợp ối vỡ hay cạn ối đều có Bishop dưới 3 điểm tức là lúc đó CTC mới chỉ lọt ngón tay như vậy việc xóa mờ CTC càng trở lên khó khăn hơn khi mà người thầy thuốc đã điều chỉnh cơ co tử cung và làm mềm CTC bằng các phương pháp khác nhau nhưng CTC vẫn không tiến triển dẫn đến phải MLT là điều khó tránh khỏi.

2.4.2. Chỉ định MLT do cạn ối, thiếu ối

Tỷ lệ chỉ định MLT do cạn ối, thiếu ối là 1,6% trên tổng số các trường hợp MLT (bảng 9). Theo tác giả Nguyễn Thị Minh An, chỉ định này gồm 61 sản phụ chiếm 3,7% trong tổng số các trường hợp MLT. Cạn ối, thiếu ối cũng là một lý do hay gặp, nguyên nhân của chỉ định này thường là do thai quá ngày sinh, dẫn đến hậu quả thai suy. Nếu đến ngày sinh mà quá trình chuyển dạ chưa xảy ra thì lượng nước ối tiếp tục giảm và có thể hết ối, như vậy sẽ ảnh hưởng

đến sự bình chỉnh của thai, sự xóa mờ CTC, gây suy thai. Vậy chỉ định MLT trong trường hợp cận ối, thiếu ối là hợp lý, siêu âm cho phép đánh giá tình trạng nước ối một cách chính xác

2.4.3. Chỉ định MLT do rau tiền đạo, rau bong non

Các nguyên nhân khác của phần phụ: rau tiền đạo, rau bong non chiếm tỷ lệ ít. Đây là những chỉ định MLT tuyệt đối, không cần bàn cãi bởi tính chất nguy cơ của nó. Đối với rau tiền đạo để có nguy cơ rau cài răng lược, dễ bị chảy máu thứ phát ở thời kỳ sổ rau gây nguy hiểm đến tính mạng cho mẹ và con.

Các trường hợp này cần phải được theo dõi sát, có chỉ định MLT kịp thời, có trường hợp phải cắt TC để cầm máu, mổ trước chuyển dạ để đảm bảo an toàn tính mạng mẹ và con.

Tỷ lệ chỉ định MLT do rau tiền đạo là 2,2%; rau bong non 0,2% (bảng 9).

Theo tác giả Lê Minh Hải^[4], rau tiền đạo chiếm 2,7%, rau bong non 0,1%. Tống Thị Khánh Hằng^[10] (2020), chỉ định MLT do rau tiền đạo, rau bong non là 1,2%. Điều này cho thấy sản phụ được theo dõi và quản lý thai sản tốt hơn, điều trị và xử trí kịp thời sản phụ tiền sản giật nặng, tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật bấm ối đã làm giảm nguy cơ sa dây rau trong chuyển dạ. Tất cả các trường hợp rau tiền đạo đều được nhập viện theo dõi thai đến khi thai đủ tháng thì chủ động MLT để tránh tình trạng băng huyết ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và nguy cơ mất tim thai cho con. Nhưng do điều kiện kinh tế của từng bệnh nhân nên các bệnh nhân thường xin về nhà tự theo dõi khi không ra máu nữa, đến khi nào có dấu hiệu ra máu hoặc thai đủ tháng lại vào viện.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Tỷ lệ mổ lấy thai lần đầu là 13,8% trong tổng số đẻ.

Đặc điểm chung của sản phụ MLT lần đầu: Tuổi trung bình 25,1 ± 4,3; nhóm tuổi chủ yếu từ 21 - 24 tuổi (35,1%), 25 - 29 tuổi (33,3%).

2. Các chỉ định mổ lấy thai lần đầu

Về phía sản phụ (34,9%), trong đó nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao là do CTC không tiến triển chiếm 9,5%; khung chậu giới hạn 4,9%.

Về phía con (38,9%), trong đó nguyên nhân do thai suy chiếm tỷ lệ cao nhất với 16,7%.

Về phía phần phụ của thai (11,7%), các nguyên nhân có tỷ lệ cao trong nhóm như: rau tiền đạo (2,2%); ối vỡ non và ối vỡ sớm chiếm lần lượt tương ứng 3,3% và 3,5%.

Do yếu tố xã hội: chủ yếu do sản phụ và gia đình sản phụ xin mổ (7,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016). "Quyết định số 4128/QĐ/BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ Chăm sóc sức khỏe sinh sản".

2. Quinlan JD và Murphy NJ (2015). "Cesarean delivery: counseling issues and complication management", Am Fam Physician, 91(3), tr. 178 - 184.

3. T. Begum, A. Rahman, H. Nababan and et al. (2017). "Indications and determinants of caesarean section delivery: Evidence from a population-based study in Matlab, Bangladesh", PLoS One, 12(11), tr. e0188074.

4. Lê Minh Hải (2019). Nghiên cứu chỉ định và kết quả mổ lấy thai lần đầu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang trong hai năm 2016 - 2017, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

5. Cunningham FG (1994). "Cesarean section and caesarean hysterectomy. William obstetrics, 19th ed, California, chap 26," tr. 591-613.

6. Nguyễn Thị Minh An (2014). Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Bạch Mai năm 2013, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

7. 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 tập 21, số 5, 79 - 84. "

8. Nguyễn Thị Kim Tiên, Nghiên cứu thái độ xử trí thai phụ con so đủ tháng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên từ 01/01/2014 đến 31/12/2014, 2014. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

9. Bùi Quang Trung (2010). "Nghiên cứu mổ lấy thai ở sản phụ con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 6 tháng cuối năm 2004 và 2009".

10. Tống Thị Khánh Hằng (2020), Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến mổ lấy thai con so đủ tháng tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên, Thái Nguyên.

11. Bùi Thị Thu Hà (2018). "Nghiên cứu phẫu thuật lấy thai ở sản phụ con so tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang trong 5 năm 2013-2017". Luận văn Tốt nghiệp Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

12. Touch Bunlong (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 hai năm 1999 - 2000. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.