

**SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN SẢN - NHI BẮC NINH SỐ 1**

ĐÀM VĂN HƯNG

**NHẬN XÉT TÌNH HÌNH ĐẼ CO SO Ở SẢN PHỤ
MANG THAI ĐỦ THÁNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI
BẮC NINH SỐ 1**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Bắc Ninh – 2026

**SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN SẢN - NHI BẮC NINH SỐ 1**

**NHẬN XÉT TÌNH HÌNH ĐỂ CO SO Ở SẢN PHỤ
MANG THAI ĐỦ THÁNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI
BẮC NINH SỐ 1**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Chủ nhiệm đề tài: Đàm Văn Hưng

Cộng sự: Nguyễn Thị Thảo

Bắc Ninh – 2026

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ÂĐ : Âm đạo

CCTC: Cơ cấu tử cung

CTC: Cổ tử cung

CMSĐ: Chảy máu sau đẻ

MLT: Mổ lấy thai

NKHS: Nhiễm khuẩn hậu sản

OVN : Ối vỡ non

OVS: Ối vỡ sớm

TC: Tử cung

TSG: Tiền sản giật

WHO : Tổ chức y tế thế giới.

MỤC LỤC

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT	iii
MỤC LỤC	iv
DANH MỤC BẢNG	v
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1	3
TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Sinh lý chuyển dạ	3
1.2. Các yếu tố tiên lượng cuộc đẻ [2]	7
1.3. Các phương pháp đẻ	10
1.4. Các tai biến và biến chứng sau đẻ	21
Chương 2	24
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	24
2.1. Đối tượng nghiên cứu:	24
2.2. Thời gian nghiên cứu:	24
2.3. Địa điểm nghiên cứu	24
2.4. Phương pháp nghiên cứu	24
2.5. Tiêu chuẩn đánh giá các biến số nghiên cứu	26
2.6. Phân tích xử lý số liệu	29
2.7. Đạo đức nghiên cứu	29
Chương 3	30
DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	30
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	30
3.2. Môi liên quan của đối tượng nghiên cứu	33
BÀN LUẬN	36
TÀI LIỆU THAM KHẢO	38
PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN NGHIÊN CỨU	42

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Tỷ lệ mổ lấy thai trên thế giới	19
Bảng 2.1. Bảng điểm Apgar đánh giá trẻ sơ sinh ngay sau sinh.....	28
Bảng 3.1. Đặc điểm sản phụ nghiên cứu theo tuổi	30
Bảng 3.2 Đặc điểm sản phụ nghiên cứu theo dân tộc	30
Bảng 3.3 Đặc điểm sản phụ nghiên cứu theo nghề nghiệp	30
Bảng 3.4 Đặc điểm sản phụ nghiên cứu theo chiều cao	31
Bảng 3.5. Bệnh lý mẹ khi mang thai.....	31
Bảng 3.6. Đặc điểm phần phụ trong chuyển dạ	31
Bảng 3.7. Đặc điểm sản khoa của thai	32
Bảng 3.8. Đặc điểm của trẻ sơ sinh sau sinh.....	32
Bảng 3.9. Tỷ lệ mổ lấy thai và đẻ đường âm đạo	32
Bảng 3.10 . Liên quan giữa tuổi của sản phụ với mổ lấy thai.....	33
Bảng 3.11. Liên quan giữa nơi sinh sống của sản phụ với mổ lấy thai	33
Bảng 3.12. Liên quan giữa nghề nghiệp của sản phụ với mổ lấy thai	33
Bảng 3.13. Liên quan giữa dân tộc của sản phụ với mổ lấy thai	34
Bảng 3.14. Liên quan giữa chiều cao của thai phụ với mổ lấy thai.....	34
Bảng 3.15. Liên quan giữa cân nặng của sản phụ với mổ lấy thai	34
Bảng 3.16. Liên quan giữa trọng lượng của trẻ sơ sinh với mổ lấy thai.....	35
Bảng 3.17. Liên quan giữa ối vỡ non, ối vỡ sớm với mổ lấy thai	35
Bảng 3.18. Liên quan giữa hình thức thụ thai với mổ lấy thai	35

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, việc nghiên cứu và cải thiện các phương pháp kết thúc thai nghén đã trở thành một trong những ưu tiên quan trọng trong lĩnh vực y tế, đặc biệt là trong các bệnh viện sản khoa. Thai nghén là quá trình kéo dài suốt 9 tháng 10 ngày, kết thúc khi người mẹ sinh con. Quá trình này, mặc dù đã được nghiên cứu và ghi nhận nhiều, nhưng vẫn còn nhiều thách thức và yêu cầu sự cải tiến, đặc biệt là trong phương pháp kết thúc thai nghén, nhất là đối với những sản phụ là con so đủ tháng.

Theo thống kê từ các nghiên cứu trong và ngoài nước, tỷ lệ mổ lấy thai vẫn còn khá cao, mặc dù việc sinh thường là phương pháp tối ưu đối với sức khỏe của cả mẹ và con. Các yếu tố như tình trạng sức khỏe của sản phụ, sự lựa chọn của bác sĩ, đặc biệt là các yếu tố về tuổi tác, chiều cao, cân nặng, hay các bệnh lý tiềm ẩn có thể ảnh hưởng lớn đến quyết định lựa chọn phương pháp kết thúc thai nghén. Do đó, việc tìm hiểu các yếu tố này, đặc biệt trong bối cảnh của các sản phụ con so đủ tháng tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1, là hết sức cần thiết.

Theo thống kê từ các nghiên cứu trong và ngoài nước, tỷ lệ mổ lấy thai vẫn còn khá cao, mặc dù việc sinh thường là phương pháp tối ưu đối với sức khỏe của cả mẹ và con. Các yếu tố như tình trạng sức khỏe của sản phụ, sự lựa chọn của bác sĩ, đặc biệt là các yếu tố về tuổi tác, chiều cao, cân nặng, hay các bệnh lý tiềm ẩn có thể ảnh hưởng lớn đến quyết định lựa chọn phương pháp kết thúc thai nghén. Do đó, việc tìm hiểu các yếu tố này, đặc biệt trong bối cảnh của các sản phụ con so đủ tháng tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1, là hết sức cần thiết. Những năm gần đây, lĩnh vực y học, đặc biệt là trong chăm sóc sản phụ, đã có nhiều tiến bộ đáng kể trong các phương pháp hỗ trợ sinh đẻ. Tuy nhiên, thách thức lớn nhất vẫn là làm sao để đảm bảo sự an toàn cho cả mẹ và con trong quá trình sinh nở. Theo các thống kê, số ca sinh mổ vẫn đang chiếm tỷ lệ khá lớn, điều này đặt ra câu hỏi liệu việc áp dụng các

phương pháp kết thúc thai nghén còn chưa hợp lý, hoặc việc ra quyết định về phương pháp sinh chưa được dựa trên các yếu tố đầy đủ và chính xác. Các nghiên cứu hiện tại cũng cho thấy, mặc dù việc sinh mổ có thể cứu sống mẹ và con trong những trường hợp khẩn cấp, nhưng nó cũng kéo theo nhiều nguy cơ về lâu dài đối với sức khỏe của người mẹ, như tăng nguy cơ viêm nhiễm, rối loạn trong quá trình phục hồi và có thể ảnh hưởng đến các lần mang thai sau.

Tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1, với chức năng và nhiệm vụ là chăm sóc sức khỏe sinh sản và sản phụ, các vấn đề liên quan đến kết thúc thai nghén luôn là một trong những mối quan tâm lớn. Việc kết thúc thai nghén an toàn, hiệu quả không chỉ đảm bảo sức khỏe của mẹ và bé mà còn giúp giảm thiểu các biến chứng, từ đó nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, giảm tỷ lệ tử vong và tai biến trong khi sinh. Đồng thời giúp các bác sĩ, nhân viên y tế có cái nhìn rõ ràng hơn về tình trạng của sản phụ, từ đó đưa ra các biện pháp điều trị và can thiệp phù hợp, giúp giảm thiểu tối đa các biến chứng trong quá trình sinh nở đặc biệt với những thai phụ sinh lần đầu. Từ đó giúp nâng cao chất lượng điều trị tại bệnh viện, đồng thời giảm tỷ lệ sinh mổ không cần thiết đối với thai phụ mang thai con so. Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "***Nhận xét tình hình đẻ con so ở sản phụ mang thai đủ tháng tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1***" với 2 mục tiêu.

1. *Nhận xét kết quả đẻ con so ở thai phụ mang thai đủ tháng tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1 năm 2026*

2. *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến cách thức sinh ở thai phụ đẻ con so thai đủ tháng tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Sinh lý chuyển dạ

1.1.1. Định nghĩa

Chuyển dạ đẻ là một quá trình sinh lý làm cho thai và phần phụ của thai được đưa ra khỏi đường sinh dục của người mẹ. Đẻ thường là cuộc chuyển dạ bình thường diễn ra theo sinh lý. Đẻ khó là cuộc chuyển dạ mà các giai đoạn của cuộc đẻ, các thành phần tham gia vào cuộc đẻ (thai nhi, khung chậu và phần mềm của mẹ, cơ co tử cung ...) diễn ra không bình thường, cần sự can thiệp của người thầy thuốc [12].

1.1.2. Các giai đoạn của cuộc chuyển dạ.

Diễn biến của cuộc chuyển dạ gồm ba giai đoạn:

1.1.2.1. Giai đoạn I

Được tính từ khi bắt đầu chuyển dạ đến khi cổ tử cung(CTC) mở hết.

Đây là giai đoạn dài nhất của cuộc chuyển dạ. Gồm:

Giai đoạn Ia: từ lúc CTC bắt đầu xóa đến khi CTC mở 3cm, thời gian trung bình là 8giờ.

Giai đoạn Ib: từ lúc CTC mở 4cm đến khi mở hết (10cm), thời gian trung bình là 4 - 6 giờ, tốc độ trung bình 1cm/giờ.

Giai đoạn này còn được gọi là giai đoạn xóa mở CTC.

Xóa là hiện tượng đường kính lỗ trong CTC rộng dần ra khi lỗ ngoài CTC chưa thay đổi. Như vậy CTC biến đổi từ hình trụ thành hình nón cụt. Khi CTC xóa hết thì CTC là một phen mỏng, cùng với đoạn dưới tử cung (TC) thành lập ống cổ - đoạn dưới.

Mở là hiện tượng lỗ ngoài CTC giãn rộng ra. Khi CTC xóa hết, lỗ ngoài CTC mở từ 1cm đến khi mở hết là 10cm. Khi đó TC thông thẳng với âm đạo và thành lập ống cổ - đoạn - âm đạo. Thời gian xóa mở CTC diễn ra không đều. Giai đoạn Ia diễn ra lâu hơn, còn được gọi là pha tiềm tàng. Giai

đoạn Ib diễn ra nhanh hơn nên được gọi là pha tích cực. Tuy vậy, sự xoá mở CTC phụ thuộc vào nhiều yếu tố:

- + Đầu ối đè vào CTC nhiều hay ít.
- + Tình trạng CTC: dày, cứng, xơ cũ...
- + Cơ co tử cung (CCTC) có đồng bộ và đủ mạnh hay không. Áp lực của CCTC đè vào đoạn dưới làm giãn các sợi cơ vòng và sự co rút của các sợi cơ dọc làm co kéo đoạn dưới và CTC lên cao.

Thành lập đoạn dưới: đoạn dưới TC thành lập do eo TC giãn rộng, kéo dài và to ra. Bình thường eo TC cao 0,5 - 1cm, khi đoạn dưới được thành lập hoàn toàn cao đến 10 cm. Trong cơn co, đoạn thân TC co bóp mạnh và rút lên trên trong khi đó các dây chằng tròn và dây chằng TC - cùng giữ TC xuống dưới, đoạn thân TC dày lên và ngắn lại, đoạn dưới TC dài ra và CTC xoá mở thêm. Giữa người con so và con rạ có sự khác biệt về hiện tượng xoá mở CTC. Ở người con so, CTC xoá hết rồi mới mở và đoạn dưới tử cung thành lập từ những tháng cuối của thời kỳ thai nghén. Còn ở người con rạ, CTC vừa xoá vừa mở và đoạn dưới chỉ thành lập khi mới bắt đầu chuyển dạ. Thời gian mở CTC ở người con rạ nhanh hơn so với người con so, tốc độ mở tối đa tới 5-7 cm/giờ.

Một điểm đáng lưu ý là ở người con so, lần đầu tiên sinh con, CTC cũng như đường sinh dục chưa qua thử thách, thêm vào đó họ rất lo lắng, trạng thái tâm lý này dẫn tới những rối loạn thần kinh thực vật, rối loạn CCTC và hậu quả là ảnh hưởng đến sự tiến triển của CTC.

Việc đánh giá sự tiến triển của CTC rất có ý nghĩa, là một trong những yếu tố ảnh hưởng tới quyết định xử trí trong quá trình theo dõi chuyển dạ. Đánh giá một trường hợp CTC chậm tiến triển khi cuộc chuyển dạ đang ở giai đoạn Ia là điều khó khăn và dễ dẫn đến sai lầm. Vì vậy đòi hỏi phải có thời gian theo dõi và quan tâm đến các yếu tố ảnh hưởng tới sự xoá mở CTC như

CCTC, tiền sử can thiệp vào CTC trước đó, chú ý đến sự khác biệt giữa người con so và con rạ để có một quyết định xử trí đúng đắn.

1.1.2.2. Giai đoạn II: (giai đoạn sổ thai)

Được tính từ khi CTC mở hết đến khi thai sổ hoàn toàn ra ngoài, thời gian trung bình là 30 phút đến 60 phút. Giai đoạn này được thực hiện nhờ hai yếu tố:

- + Sức mạnh của CCTC.
- + Sự co bóp của cơ thành bụng.

Đặc biệt là yếu tố CCTC, "động lực của cuộc chuyển dạ". Áp lực của CCTC được tính bằng mmHg hoặc bằng kilo Pascal, đơn vị Montevideo (UM) bằng tích của biên độ CCTC trung bình nhân với tần số cơn co (số cơn co trong 10 phút). Trong chuyển dạ, CCTC có đặc điểm: Cơn co xuất hiện một cách tự nhiên, ngoài ý muốn của sản phụ. Điểm xuất phát của cơn co nằm ở một trong hai sừng của TC. Cơn co có tính chất chu kỳ và đều đặn. Cơn co mau dần lên, lúc đầu khi mới chuyển dạ khoảng cách giữa hai cơn co dài 15 - 20 phút, sau đó càng ngắn dần, ở cuối giai đoạn I, khoảng cách chỉ còn 2 - 3 phút. Thời gian mỗi cơn co dài dần ra, 15 - 20 giây lúc bắt đầu chuyển dạ và đạt 30 - 40 giây ở cuối giai đoạn I. Áp lực của mỗi cơn co cũng tăng dần lên, từ 30 - 40 mmHg tăng dần lên đến 50 - 55 mmHg ở giai đoạn CTC mở và trong giai đoạn sổ thai có thể lên tới 60 - 70 mmHg, tương đương với 250 UM. Cơn co tử cung gây đau, với áp lực 20 - 25 mmHg sản phụ đã bắt đầu cảm giác đau. Khi có tình trạng lo lắng, sợ sệt, cảm giác đau sẽ tăng lên. Chính vì vậy ở người con so, chưa trải qua thử thách trong cuộc chuyển dạ lần nào, thêm vào đó sự lo lắng trong một số trường hợp bà mẹ kém chịu đựng, họ yêu cầu được MLT mặc dù đã được giải thích. Dưới tác dụng của CCTC thì cả người mẹ, thai nhi và phần phụ của thai đều có sự thay đổi. Về phía người mẹ, CCTC làm xóa mở CTC, thành lập đoạn dưới TC và thay đổi ở đáy chậu

trong thời kỳ sổ thai. Đối với thai nhi, do áp lực của CCTC, thai nhi được đẩy từ buồng tử cung ra ngoài qua các giai đoạn lọt, xuống, quay và sổ.

Nếu không có CCTC thì cuộc đẻ không xảy ra. Rối loạn co bóp của tử cung có thể làm cho cuộc chuyển dạ bị kéo dài hoặc gây các tai biến cho người mẹ và thai nhi.

1.1.2.3. Giai đoạn III(giai đoạn sổ rau)

Bắt đầu từ khi thai sổ hoàn toàn đến khi rau sổ ra ngoài cùng với màng rau, thời gian 15 - 30 phút.

Những bất thường phát sinh trong quá trình chuyển dạ: CTC không tiến triển, rối loạn CCTC, ... đòi hỏi cần phải có sự theo dõi chặt chẽ, đánh giá chính xác kịp thời để thầy thuốc có những chỉ định phù hợp. Điều đó có ý nghĩa rất quan trọng đảm bảo sự an toàn cho sản phụ và thai nhi.

1.1.3. Các loại ngôi thai trong cuộc đẻ.

Ngôi là phần thai nhi trình diện trước eo trên để qua đó ngôi sẽ lọt và tiến triển theo cơ chế của nó [15].

Phân loại ngôi thai gồm:

+ Ngôi chỏm: là ngôi thai có đầu cúi tối đa, nên khi chuyển dạ có chậm trình diện trước eo trên. Tỷ lệ chiếm 95% trong tổng số các ngôi thai và thuận lợi nhất khi đẻ đường ÂĐ. Có 2 kiểu sổ là cằm vệ và cằm cùng.

+ Ngôi mặt: là ngôi đầu ở dưới và ngửa tối đa để có mặt trình diện trước eo trên. Tỷ lệ 0,02% các loại ngôi trong chuyển dạ. Ngôi mặt đẻ khó hơn ngôi chỏm. Ngôi mặt kiểu thế trước dễ đẻ hơn kiểu thế sau nhưng chỉ có 1 kiểu sổ là cằm vệ, cằm cùng không sổ được mà phải mổ lấy thai [13].

+ Ngôi trán là ngôi trung gian giữa ngôi chỏm và ngôi mặt, là ngôi đầu không cúi cũng không ngửa để phần trán trình diện trước eo trên. Tỷ lệ gặp 0,5% trong tổng số các ngôi và chỉ xảy ra khi chuyển dạ. Nếu ngôi trán đã cố định là một ngôi đẻ khó, không thể đẻ được đường ÂĐ [4].

+ Ngôi mônng [14]: Có thể đẻ đường ÂĐ. Tỷ lệ gặp 3% - 4% trong tổng số các ngôi. Gồm 2 loại:

- Ngôi mônng hoàn toàn (ngôi mônng đủ): là ngôi khi thăm âm đạo, cổ tử cung đã mở sờ thấy cả chân và mônng thai nhi, thai nhi có tư thế ngôi khoanh chân trong buồng tử cung hay tư thế ngôi xỏm.

- Ngôi mônng không hoàn toàn (ngôi mônng thiếu) gồm 3 kiểu:

- Kiểu mônng: chỉ sờ thấy mônng, 2 chân thai nhi vắt ngược lên vai chỉ có mônng trình diện trước eo trên.

- Kiểu đầu gối: thai nhi quỳ trong tử cung để 2 đầu gối trình diện trước eo trên

- Kiểu bàn chân: thai nhi đứng trong tử cung để 2 bàn chân trình diện trước eo trên.

+ Ngôi vai: Là ngôi mà trục dọc cơ thể thai nhi nằm không trùng với trục dọc của tử cung, để vai thai nhi trình diện trước eo trên. Tỷ lệ gặp: 0,5% trong tổng số các ngôi khi chuyển dạ, là ngôi không thể đẻ đường dưới khi thai đủ tháng hoặc gần đủ tháng [5].

1.2. Các yếu tố tiên lượng cuộc đẻ [2]

Để có phương pháp xử trí đúng đắn và kịp thời, người thầy thuốc cần dựa vào các yếu tố tiên lượng sau khi đã thăm khám một sản phụ. Đây là những dấu hiệu, những triệu chứng thể hiện trong quá trình mang thai và quá trình theo dõi chuyển dạ, cần phải khám xét thật kỹ lưỡng để tiên lượng và có phương án xử trí ngay hoặc chuyển lên tuyến trên.

1.2.1. Toàn trạng và sức khỏe của người mẹ.

- Người mẹ hoàn toàn khỏe mạnh, tâm lý thoải mái hoặc bị chi phối bởi lý do sức khỏe, gia đình và xã hội. - Người mẹ mắc các bệnh có trước hoặc trong khi mang thai. Tùy theo từng loại bệnh mà tiên lượng cuộc đẻ sẽ được theo dõi đẻ thường hoặc đẻ bằng forceps hoặc phẫu thuật lấy thai. Ví dụ như người mẹ bị bệnh tim thì phải đẻ bằng forceps nếu không kèm theo các

nguyên nhân dễ khó khác; cũng bị mắc bệnh tim nhưng đã suy tim thì phẫu thuật lấy thai là hợp lý.

- Một số yếu tố khác có liên quan tới người mẹ như con số tuổi dưới 18 hoặc trên 35, con ra tuổi trên 40. Đẻ quá dày hoặc quá nhiều (khoảng cách giữa 2 lần đẻ dưới 3 năm, đẻ trên 4 lần).

1.2.2. Sự tương xứng giữa thai nhi với khung chậu và phần mềm của người mẹ

Nếu có sự tương xứng giữa thai nhi và khung chậu cuộc đẻ sẽ được theo dõi để đẻ qua đường âm đạo. Khung chậu hẹp, khung chậu méo, khung chậu lệch, tầng sinh môn cứng, các khối u tiền đạo bao gồm khối u ở tử cung, ở khung chậu và ở trong âm đạo... là những yếu tố gây đẻ khó.

Tùy theo từng loại khung chậu mà tiên lượng cuộc đẻ khác nhau, chẳng hạn như khung chậu hẹp toàn diện mà thai có trọng lượng bình thường thì phẫu thuật lấy thai. Khung chậu méo mà thai nhi là ngôi chỏm thì phải làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm và tiên lượng cuộc đẻ phụ thuộc vào kết quả của nghiệm pháp lọt ngôi chỏm...

Các khối u tiền đạo thì tùy thuộc vào kích thước và vị trí khối u mà cuộc đẻ sẽ phải phẫu thuật lấy thai hay không...

1.2.3. Ngôi, thế, kiểu thế và một số yếu tố có liên quan tới thai nhi và phần phụ của thai

Đẻ tiên lượng một cuộc đẻ, yếu tố ngôi, thế, kiểu thế của thai nhi trong buồng tử cung cũng góp phần đáng kể. Những ngôi thai có thể đẻ được qua đường âm đạo như ngôi chỏm, ngôi mặt cằm trước, ngôi mông; những ngôi bắt buộc phải phẫu thuật lấy thai như ngôi vai, ngôi mặt cằm sau, ngôi trán hoặc ngôi thóp trước đã cố định. Ngay cả những ngôi có thể theo dõi đẻ đường âm đạo thì kiểu thế sau có tiên lượng không tốt bằng ngôi có kiểu thế trước.

- Thai quá ngày sinh hoặc chưa đến ngày sinh.

- Đa thai.
- Con hiếm, tiền sử vô sinh, phải áp dụng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản
- Thai dị dạng.
- Rau tiền đạo.
- Sa dây rốn.

Những yếu tố trên đây đều góp phần vào tiên lượng một cuộc đẻ, tùy thuộc vào từng yếu tố mà thái độ xử trí có khác nhau.

1.2.4. Các yếu tố động trong chuyển dạ.

Khi theo dõi một cuộc chuyển dạ, có 5 dấu hiệu bắt buộc cần theo dõi sau đây:

- Con co tử cung: là động lực chính của cuộc chuyển dạ. Nếu con co tử cung nhịp nhàng, đều đặn và phù hợp với độ xóa, mở của cổ tử cung là tiên lượng tốt. Nếu con co không đồng bộ, quá mau hoặc quá mạnh, quá yếu là tiên lượng không tốt cho cuộc chuyển dạ.

- Xóa mở cổ tử cung: nhịp nhàng, phù hợp với con co tử cung là tiên lượng tốt. Ngược lại, nếu cổ tử cung dày, cứng, phù nề, mở chậm hoặc không mở thêm là tiên lượng xấu. Vì vậy cần nắm vững các giai đoạn của cuộc chuyển dạ để có tiên lượng cho cuộc chuyển dạ.

- Độ lọt của ngôi thai: đầu luôn luôn chớm vệt, ngôi thai không tiến triển, đầu không cúi, có hiện tượng chông khớp sọ hoặc không lọt sẽ có tiên lượng xấu. Ngược lại, nếu dưới tác dụng của con co tử cung, ngôi thai sẽ từ cao lỏng tiến đến chúc, chật rồi lọt qua khung chậu của người mẹ là tiên lượng tốt cho cuộc chuyển dạ.

- Đầu ối: Nếu đầu ối dẹt, biểu hiện sự bình chỉnh của thai nhi và khung chậu là tốt. Đầu ối phồng, màng ối dày, ối vỡ non hoặc ối vỡ sớm, đầu ối hình quả lê (trong thai chết lưu) có thể là tiên lượng không tốt cho cuộc chuyển dạ.

- Tim thai: nhịp tim thai đều, dao động bình thường có tiên lượng tốt. Theo dõi nhịp tim thai bằng máy (monitor sản khoa). Các biến đổi nhịp tim

thai theo cơn co tử cung như nhịp phẳng, DIP I; DIP II; DIP biến đổi đều là các dấu hiệu cần theo dõi chặt chẽ trong cuộc chuyển dạ để phát hiện thai suy.

1.2.5. Các tai biến có thể xảy ra trong cuộc chuyển dạ.

- Chảy máu (rau tiền đạo, rau bong non, vỡ tử cung)
- Dọa vỡ tử cung, vỡ tử cung.
- Sa dây rốn, sa tay.
- Tắc mạch ối.

1.3. Các phương pháp đẻ

1.3.1. Đẻ thường

Đẻ thường là cuộc chuyển dạ bình thường diễn ra theo sinh lý. Tất cả các yếu tố về mẹ, thai, phần phụ của thai bình thường. Cuộc chuyển dạ tiến triển bình thường, sản phụ đẻ đường âm đạo. Sau đẻ tình trạng mẹ và thai nhi tốt [22].

* Theo dõi trong quá trình chuyển dạ đẻ bình thường.

* Theo dõi toàn thân.

- Mạch: bắt mạch 4 giờ/lần. Bình thường mạch 70 - 80 lần/phút, mạch nhanh > 100 lần/phút hoặc chậm < 60 lần/phút, phải hỏi sức và tìm nguyên nhân để xử trí.

- Huyết áp: Đo huyết áp 4 giờ/lần, phải đo huyết áp thường xuyên khi có chảy máu hoặc mạch nhanh.

- Thân nhiệt: Đo thân nhiệt 4 giờ/lần. Bình thường nhiệt độ $\geq 37^{\circ}\text{C}$. Khi nhiệt độ > 38°C cần giảm nhiệt độ bằng các phương tiện đơn giản (ví dụ chườm mát...) hoặc bằng thuốc, cho sản phụ uống đủ nước, quan sát diễn biến toàn thể trạng, nếu sản phụ mệt lả, kiệt sức, vật vã, khó thở cần có xử trí thích hợp tùy theo nguyên nhân.

* Theo dõi cơn co tử cung.

- Theo dõi độ dài một cơn co và khoảng cách giữa 2 cơn co.

- Trong pha tiềm tàng đo 1 giờ/lần trong 10 phút, pha tích cực 30 phút/lần trong 10 phút.

- Con co tử cung quá ngắn (< 20 giây), quá dài (> 60 giây) hoặc rối loạn (tần số < 2 hoặc > 4) phải tìm nguyên nhân gây rối loạn con co để có thái độ xử trí thích hợp.

* Theo dõi nhịp tim thai.

- Nghe tim thai ít nhất 1 giờ/lần ở pha tiềm tàng, 30 phút/lần ở pha tích cực. Nghe tim thai trước và sau vỡ ối hay khi bấm ối.

- Thời điểm nghe tim thai là sau khi hết cơn co tử cung. Đến giai đoạn rặn để nghe tim thai sau mỗi cơn rặn.

- Đếm nhịp tim thai trong 1 phút, nhận xét nhịp tim thai có đều hay không? -Nhịp tim thai trung bình từ 120 - 160 lần/phút. Nếu nhịp tim thai trên 160 lần/phút hoặc dưới 120 lần/phút hoặc không đều, phải hồi sức và tìm nguyên nhân để xử trí.

* Theo dõi tình trạng ối.

- Nhận xét tình trạng ối mỗi lần thăm âm đạo (4 giờ/lần) và khi ối vỡ. Bình thường đầu ối dẹt, nước ối có thể trong hay trắng đục.

- Xem xét về ối khi thăm khám CTC rồi nhận định xem ối còn hay ối đã vỡ, nếu ối còn thì đầu ối thành lập hay chưa, nếu thành lập rồi thì đầu ối phồng, dẹt, hay quả lê. Nếu ối đã vỡ đặc biệt trên 6 giờ thì phải cho kháng sinh chống nhiễm khuẩn.

- Đánh giá số lượng ối là bình thường, đa ối hay thiếu ối, ngoài ra đánh giá tính chất nước ối, nếu nước ối có màu lơ trắng đục là bình thường, nếu vàng xanh là suy thai mãn. nếu có màu xanh bản là suy thai cấp, nước ối lẫn máu là rau tiền đạo hay bong non còn có màu đỏ như nước rửa thịt là thai chết lưu.

* Theo dõi sự xóa mở cổ tử cung.

- Thăm âm đạo 4 giờ/lần, khi ối vỡ và khi quyết định cho sản phụ rặn. Trường hợp cuộc chuyển dạ tiến triển nhanh, có thể thăm âm đạo để đánh giá cổ tử cung, độ lọt của ngôi. Cần hạn chế thăm âm đạo để tránh nhiễm khuẩn.

- Pha tiềm tàng kéo dài 8 giờ (từ khi cổ tử cung xóa đến mở 3 cm). Pha tích cực kéo dài tối đa 7 giờ (từ khi cổ tử cung mở 3 cm đến 10 cm).

- Bình thường cổ tử cung mềm, mỏng, không phù nề. Đường biểu diễn cổ tử cung trên biểu đồ chuyển dạ luôn ở bên trái đường báo động.

- Nếu cổ tử cung không tiến triển, phù nề, đường biểu diễn cổ tử cung chuyển sang bên phải đường báo động hoặc cổ tử cung mở hết mà đầu không lọt cần phẫu thuật lấy thai ngay.

* Theo dõi mức độ tiến triển của ngôi thai

- Phải đánh giá mức độ tiến triển của ngôi thai nhi bằng cách nắn ngoài thành bụng và thăm âm đạo. Có 4 mức: cao lỏng, chúc, chặt và lọt. Khi ngôi đã lọt, có 3 mức: lọt cao, lọt trung bình và lọt thấp.

- Ghi độ lọt vào biểu đồ chuyển dạ. Phát hiện sớm chuyển dạ đình trệ.

* Theo dõi bất thường khác.

Quá trình theo dõi chuyển dạ cần theo dõi các yếu tố bất thường như ngôi bất thường, nhau tiền đạo, sa dây rốn, dây rau quấn cổ, sa chi, chảy máu, thời gian rặn lâu. Qua khám các bước theo dõi chuyển dạ cần đưa ra nhận định, tiên lượng cuộc đẻ là đẻ dễ hay đẻ khó từ đó có biện pháp xử trí kịp thời.

1.3.2. Forceps, giác hút sản khoa

1.3.2.1. Forceps

Forceps sản khoa là một dụng cụ để giữ chắc lấy ngôi thai và kéo cho thai sỏ ra ngoài theo một cơ chế gần như cuộc đẻ tự nhiên trong trường hợp sản phụ không rặn được hoặc không được phép rặn đẻ [16].

* Chỉ định [7],[16],[24]

* Chỉ định về phía mẹ.

- + Mẹ rạn yếu.
- + Mẹ mắc các bệnh nội khoa: Hô hấp, tim mạch, bệnh gan, bệnh thận, tâm thần kinh, basedow, đái tháo đường,...
- + Tăng huyết áp, tiền sản giật, sản giật.
- + Có sẹo mổ cũ ở tử cung, dọa vỡ tử cung khi có đủ điều kiện.
- * Chỉ định về phía con.
 - + Suy thai trong chuyển dạ, ngôi đã lọt.
 - + Thai non tháng: nhằm mục đích bảo vệ đầu thai nhi.
- * Điều kiện làm forceps [16]
 - + Ngôi thai là ngôi đẻ được đường âm đạo.
 - + Cổ tử cung đã mở hết.
 - + Ngôi thai đã lọt thấp.
 - + Ổi đã vỡ (nếu ối chưa vỡ thì bấm ối).
 - + Thai còn sống.
 - + Kiểu thể được xác định chính xác.

1.3.2.2. Giác hút sản khoa.

Giác hút là dụng cụ sản khoa dựa trên nguyên tắc dùng lực hút chân không tác động lên ngôi thai để kéo thai ra ngoài trong những trường hợp đầu không sổ được [6].

Chỉ định [6]

- * Về phía mẹ
 - + Mẹ rạn lâu không chuyển, thời gian sổ thai trên 1 giờ.
 - + Mẹ yếu, suy nhược cơ thể.
 - + Cơn rạn yếu.
- * Về phía thai nhi
 - + Suy thai giai đoạn đầu, nhịp tim thai nhanh >160 lần/ phút.
 - + Các kiểu thể ngang và sau không quay tốt.
- Chống chỉ định [6]:

* Về phía mẹ

+ Mẹ bị mắc các bệnh toàn thân nặng: suy tim, cao huyết áp, thiếu máu, tiền sản giật, sản giật

+ Dọa vỡ tử cung

+ Sẹo mổ cũ ở tử cung

+ Khung xương chậu bất thường, khung chậu hẹp eo giữa, hẹp eo dưới.

+ Cổ tử cung chưa mở hết

* Về phía thai.

+ Thai non tháng, suy dinh dưỡng, thai kém phát triển trong buồng tử cung.

+ Suy thai cấp.

+ Các ngôi thai bất thường.

+ Ngôi thai chưa lọt.

+ Thai dị dạng.

+ Bướu thanh huyết to.

* Điều kiện của giác hút [6],

+ Ngôi thai là ngôi chòm.

+ Ngôi thai đã lọt thấp.

+ Cổ tử cung mở hết.

+ Mẹ còn sức rặn.

+ Thai sống.

+ Ổi đã vỡ, nếu chưa vỡ thì bấm ối.

1.3.3. Mổ lấy thai

Mổ lấy thai là trường hợp thai và phần phụ của thai được lấy ra khỏi tử cung qua đường rạch của thành tử cung và đường rạch của thành bụng [11].

1.3.3.1. Các chỉ định mổ lấy thai [23].

Có thể phân thành hai loại chỉ định:

- Những chỉ định MLT chủ động khi chưa chuyển dạ.

- Những chỉ định MLT trong chuyển dạ.

* Chỉ định mổ lấy thai chủ động

* Khung chậu bất thường

- Khung chậu hẹp toàn diện là khung chậu có tất cả các đường kính giảm đều cả eo trên và eo dưới. Đặc biệt đường kính nhô - hậu vệ nhỏ hơn 8,5 cm.

- Khung chậu méo khi đo hình trám Michaelis không cân đối. Bình thường hình trám Michaelis có đường chéo góc trên - dưới (gai sau đốt sống thắt lưng V đến đỉnh liên mông) dài 11 cm và đường chéo góc ngang (liên gai chậu sau trên) dài 10 cm, hai đường chéo này vuông góc với nhau. Đường chéo góc trên – dưới chia đường chéo góc ngang thành hai phần bằng nhau mỗi bên 5 cm, đường chéo góc ngang chia đường chéo góc trên dưới thành hai phần: phía trên 4 cm, phía dưới 7 cm. Nếu khung chậu méo thì 2 đường chéo này cắt nhau không cân đối, không vuông góc và hình trám được hợp thành bởi 2 tam giác không cân. - Khung chậu hình phễu là rộng eo trên, hẹp eo dưới. Chẩn đoán dựa vào đo đường kính lưỡng ụ ngồi. Nếu đường kính lưỡng ụ ngồi nhỏ hơn 9 cm thai sẽ không sổ được, nên có chỉ định MLT chủ động.

* Đường xuống của thai bị cản trở

- U tiên đạo là khối u nằm trong tiểu khung làm cho ngôi không lọt hoặc không xuống được.

- Rau tiên đạo trung tâm, bán trung tâm.

Tử cung có sẹo mổ cũ/

- Sẹo mổ ở thân TC trước khi có thai lần này như: sẹo mổ bóc nhân xơ tử cung, sẹo mổ tạo hình tử cung...

- Sẹo mổ đã 2 lần. - Sẹo mổ dưới 24 tháng.

- Sẹo mổ cũ và ngôi thai bất thường.

- Sẹo mổ cũ và thai to.

* Nguyên nhân về phía mẹ.

- Các bệnh tim ở giai đoạn mất bù trừ.

- Bệnh tăng huyết áp, tai biến mạch não, tiền sản giật nặng và sản giật

- ÂĐ chít hẹp bẩm sinh hoặc bị rách trong các lần đẻ trước không được khâu phục hồi tốt hoặc sau những trường hợp mổ có liên quan đến ÂĐ như mổ rò bàng quang - ÂĐ, mổ rò trực tràng - ÂĐ đã có kết quả tốt.

- Bảo tồn kết quả chỉnh hình phụ khoa như sản phụ có tiền sử mổ treo tử cung bị sa, mổ sa sinh dục, sa bàng quang, làm lại ÂĐ - TSM trong rách ÂĐ và TSM phức tạp.

- Các dị dạng sinh dục: TC đôi, TC hai sừng...

* Nguyên nhân về phía con và phần phụ.

- Thai suy mãn tính, hết ối ...

- Thai to đều không tương xứng với khung chậu, không có khả năng lọt qua eo trên phải MLT.

- Các chỉ định mổ lấy thai trong quá trình chuyển dạ.

- Chảy máu.

*Rau tiền đạo

- Rau tiền đạo trung tâm, bán trung tâm.

- Các thể rau tiền đạo khác sau khi bấm ối mà vẫn chảy máu thì MLT

- Rau tiền đạo phối hợp với ngôi thai bất thường.

* Rau bong non thể trung bình và thể nặng

Đối với rau bong non thể trung bình và thể nặng là phải mổ cấp cứu ngay.

Dọa vỡ tử cung.

Những trường hợp chuyển dạ lâu, ngôi chỏm chưa lọt hoặc còn cao trong tiêu khung và không xuống hơn hoặc trong những trường hợp dùng oxytocin không đúng chỉ định hoặc quá liều lượng sẽ làm cho đoạn dưới TC

phình to dọa vỡ, thai bình thường hoặc thai đã suy nhưng không thể lấy thai bằng một thủ thuật qua đường ÂĐ thì MLT.

Vỡ tử cung.

Vỡ tử cung tự nhiên trong thời kỳ thai nghén thường xảy ra trên những sản phụ có sẹo mổ cũ, đặc biệt là sẹo mổ ở thân tử cung. Vỡ tử cung trong chuyển dạ thường do bất tương xứng thai – khung chậu, sản phụ đẻ nhiều lần, vết mổ cũ ở tử cung, ngôi bất thường... Khi vỡ tử cung phải MLT càng sớm càng tốt để cứu mẹ và thai nhi.

+ Sa dây rau.

Sa dây rau là một cấp cứu sản khoa vì cần phải lấy thai ra ngay khi tim thai còn đập.

- Nếu đủ điều kiện thì lấy thai ra bằng forceps.

- Nếu không đủ điều kiện đặt forceps phải MLT ngay.

Chỉ định về phía thai.

* Thai to.

Thai to đều, trọng lượng thai $> 3500g$ đối với con so và $\geq 3800g$ đối với con rạ, không tương xứng với khung chậu, loại trừ thai to một phần.

* Các ngôi bất thường.

Ngôi vai, ngôi trán, ngôi mặt kiểu cằm sau, ngôi mông kèm theo trọng lượng thai nhi trên $3000g$ đối với người con so và trên $3200g$ đối với người con rạ, đường kính lưỡng đỉnh trên $95mm$, bất thường xương chậu, TC có sẹo mổ cũ...

* Thai quá ngày sinh.

Khi chẩn đoán chắc chắn là thai quá ngày sinh cần phải đình chỉ thai nghén. Nếu lượng nước ối còn nhiều thì gây chuyển dạ đẻ bằng cách truyền nhỏ giọt tĩnh mạch oxytocin và theo dõi chuyển dạ bằng máy monitoring, nếu có biểu hiện bất thường phải MLT.

Nếu nước ối không còn hoặc nước ối xanh bản biểu hiện của suy thai hoặc thai kém phát triển đều phải MLT.

* Đa thai

- Song thai hai ngôi đầu chèn nhau làm cho ngôi đầu thứ nhất không lọt được.
- Song thai, thai thứ nhất là ngôi mông, thai thứ hai là ngôi đầu có thể mắc đầu vào nhau khi đẻ thai thứ nhất hoặc 2 thai ngôi vai hoặc thai thứ nhất là ngôi vai.
- Chửa từ ba thai trở lên.
- Khi có thêm một nguyên nhân đẻ khó.

Chỉ định về phía mẹ.

* Tử cung có sẹo mổ cũ.

Tử cung có sẹo mổ cũ dưới 24 tháng, sẹo mổ ở thân tử cung, mổ cũ - thai to...

* Con so lớn tuổi.

Thường là những người con so > 35 tuổi trong quá trình chuyển dạ có thêm một vài dấu hiệu bất thường cần phải MLT.

* Tình trạng bệnh lý của mẹ.

- Tăng huyết áp không được theo dõi tốt.
- Bệnh tim đã có suy tim hoặc dễ bị phù phổi cấp.
- Thiếu máu nặng.
- Đái tháo đường không được theo dõi.
- Ung thư CTC tại chỗ hoặc xâm lấn.
- Ung thư buồng trứng tiến triển nhanh.
- U não.
- Herpes sinh dục...
- Chỉ định bất thường xảy ra khi theo dõi chuyển dạ.

* Đẻ khó do cổ tử cung không tiến triển.

CTC không tiến triển được thường do:

- CTC có sẹo cũ xấu.
- Khoét chóp hay cắt đoạn CTC.
- * Để khó do nguyên nhân cơ học

Bất tương xứng giữa thai nhi và khung chậu.

- * Để khó do nguyên nhân động lực.

Do rối loạn cơ co TC không điều chỉnh được bằng thuốc.

- * Suy thai cấp trong chuyển dạ .

Phải MLT ngay nếu chưa đủ điều kiện để lấy thai ra ngay bằng thủ thuật qua đường âm đạo.

Lý do xã hội

Đó là những chỉ định mà nguyên nhân không phải là các yếu tố về chuyên môn gây để khó mà việc MLT ở đây do những lý do về mặt xã hội liên quan đến sản phụ và gia đình sản phụ.

1.3.3.2. Tình hình mổ lấy thai con so trên thế giới và Việt Nam.

Các công trình nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới và Việt Nam đã thông báo rằng tỉ lệ MLT nói chung và tỷ lệ MLT ở các sản phụ đẻ con so ngày càng tăng cao.

Tỉ lệ MLT ở các nước trên thế giới có xu hướng tăng nhanh, liên quan đến sự phát triển của khoa học kỹ thuật và phương tiện vô cảm cũng như các lý do xã hội khác. Tỉ lệ MLT cũng khác nhau, dao động tùy từng nghiên cứu và vùng miền. Bảng dưới đây cho thấy tỉ lệ MLT thông qua các nghiên cứu đã công bố trên thế giới [10]:

Bảng 1.1. Tỉ lệ mổ lấy thai trên thế giới

Tác giả	Năm XB	Địa điểm	Tỉ lệ (%)
Mikolajczyk R. T. và cs [30]	2013	Đức	29%
Azami-Aghdash S. và cs [25]	2014	Iran	48%

Quinlan J.D và CS [32]	2015	Canda	26,3%
Mylonas và CS [31]	2015	Đức	31,7%
Quinlan J.D và CS [32]	2015	Trung Quốc	25,9%
Quinlan J.D và CS [32]	2015	Ireland	26,2%
Begum T. và cs[27]	2017	Matlab, Bangladesh	35,0%
Batieha AM và CS[26]	2017	Jordan	29,1%

Nghiên cứu của Quinlan J.D. và cs (2015) thống kê cho thấy tỉ lệ MLT tại các nước phát triển: tỉ lệ MLT ở Brazil là 45,9%, tại Italy là 38,2%, tại Mexico là 37,8%, tại Australia và Hoa Kỳ đều là 30,3%, tại Đức là 27,8%, tại Canada là 26,3%, tại Ireland là 26,2%, tại Trung Quốc là 25,9%, Tây Ban Nha 25,9%, Vương Quốc Anh 22,0% [32].

Nghiên cứu tổng quan của Betrán Ana Pilar và cs (2016) cho tỉ lệ MLT khác nhau giữa các quốc gia và có xu hướng tăng lên. Tỉ lệ MLT trung bình là 18,6% ở 150 nước nghiên cứu, dao động từ 6 - 27,2% [29]. Nghiên cứu của Begum T. và cs (2017) tại Bangladesh cho thấy tỉ lệ MLT là 35,0%, trong đó chỉ định MLT do tiền sử MLT cũ 24,0%, suy thai cấp 21,0%, thời gian chuyển dạ kéo dài 16,0%, thiếu ối 14,0% và thai quá ngày sinh 13,0% [27].

Tại Việt Nam, Nghiên cứu của Bùi Quang Trung (2010) về MLT con so 6 tháng cuối năm 2004 và 2009 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương thấy: Chỉ định MLT con so 6 tháng cuối năm 2004: do đường sinh dục 144 trường hợp (10,9%), do thai 924 trường hợp (69,8%), do phần phụ của thai 563 trường hợp (42,6%), do bệnh của mẹ 127 trường hợp (9,6%) và do nguyên nhân xã hội 141 trường hợp (10,7%). Chỉ định MLT con so 6 tháng cuối năm 2009: do đường sinh dục 143 trường hợp (8,0%), do thai 1252 trường hợp (70,0%), do phần phụ của thai 645 trường hợp (36,1%), do bệnh của mẹ 227 trường hợp (12,7%) và do nguyên nhân xã hội 224 trường hợp (12,5%). Tỉ lệ MLT 6 tháng cuối năm 2004 có 01 chỉ định là 52,5% (695 trường hợp) và nhiều chỉ

định là 47,5%. Tỷ lệ MLT 6 tháng cuối năm 2009 có 01 chỉ định là 58,2% (1040 trường hợp) và nhiều chỉ định là 41,8% [21]

Nghiên cứu của Ninh Văn Minh (2013) tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình cho kết quả: Tỷ lệ MLT/ tổng số đẻ năm 2012 là 23,1%, tỷ lệ mổ con so 51,94%. Các chỉ định về phía mẹ 31,49% (sẹo mổ cũ 54,6%, CTC không tiến triển 21,32%, bệnh toàn thân 18,46%), về phía thai 44,08% (ngôi không lọt 51,1%, thai quá ngày sinh 3,38%, suy thai 18,76%, ngôi bất thường 24,88%), về phía phần phụ của thai 14,81% (rau tiền đạo 15,89%, ối vỡ non, sớm 61,92% ối giảm, hết 18%) nguyên nhân khác 9,62% [16]

Nghiên cứu của Thân Thị Thắng (2016) về MLT ở sản phụ con so tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang cho kết quả: Tỷ lệ MLT con so 6 tháng đầu năm 2016 là 27%, chỉ định MLT do nguyên nhân về phía thai chiếm tỷ lệ 33%, do phần phụ của thai 50,8 %, do đường sinh dục 7,6%, do bệnh lý của mẹ 5,4. [41]

Nghiên cứu của Vi Thị Nho (2019) tại Bệnh viện Quan Hóa 6 tháng năm 2016 có 123/ 210 ca MLT chiếm tỷ lệ 58.6%, tăng so với các năm trước .MLT nguyên nhân do đường sinh dục 42.3%. MLT nguyên nhân do bệnh lý của mẹ 9.8%. MLT nguyên nhân do thai 41.5%. MLT nguyên nhân do phần phụ của thai 4.1%. MLT nguyên nhân do yếu tố xã hội 2.4%. [18]

Nghiên cứu của Tống Thị Khánh Hằng (2020) tại Bệnh Đa khoa Trung ương Thái Nguyên Tỷ lệ mổ lấy thai con so đủ tháng là 57,4 % và đẻ âm đạo là 42,6% trong tổng số sản phụ đẻ con so đủ tháng [10]

Nghiên cứu của Đàm Lê Châu (2024) tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế Tỷ lệ mổ lấy thai con so đủ tháng là 44,7%. [3]

1.4. Các tai biến và biến chứng sau đẻ

1.4.1. Tai biến đối với sản phụ

Chảy máu.

Theo WHO, chảy máu sau đẻ (CMSĐ) bao gồm tất cả các trường hợp chảy máu sau khi sỏ thai mà lượng máu chảy ra vượt quá 500ml hoặc có ảnh hưởng xấu đến toàn trạng của sản phụ. CMSĐ có thể xảy ra sớm trong vòng 24 giờ đầu sau đẻ đến 6 tuần của thời kỳ hậu sản [2].

Các nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ [2], [12]:

- Đờ tử cung.
- Chấn thương đường sinh dục
- Sốt rau.
- Rau cài răng lược.
- Rau bám chặt, rau cầm tù.
- Rau tiền đạo.
- Lộn tử cung.
- Rối loạn đông máu.

Đối với sản phụ MLT, chảy máu có thể do tụt chỉ buộc các cuống mạch, do rách thêm vết mổ đoạn dưới sang bên hay xuống dưới, hoặc do rối loạn đông máu trong các bệnh lý như rau bong non, tiền sản giật, sản giật, đờ tử cung... Bên cạnh đó dù cuộc phẫu thuật có tiến hành thuận lợi thì lượng máu mất cũng nhiều hơn so với cuộc đẻ thường. Theo nghiên cứu của Robin Eliseweiss (Mỹ) thì lượng máu mất trung bình của một ca MLT gấp đôi so với một cuộc đẻ tự nhiên qua đường âm đạo [28].

Nhiễm khuẩn sau sinh

Nhiễm khuẩn hậu sản (NKHS) là nhiễm khuẩn xảy ra ở sản phụ sau đẻ mà khởi điểm là từ đường sinh dục (âm đạo, CTC, vùng rau bám).

Các hình thái nhiễm khuẩn hậu sản:

- Nhiễm khuẩn tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo.
- Viêm niêm mạc tử cung.
- Viêm phần phụ và dây chằng rộng.
- Viêm phúc mạc tiểu khung.

- Viêm phúc mạc toàn bộ.
- Nhiễm khuẩn huyết.
- Viêm tắc tĩnh mạch.

Viêm phúc mạc, nhiễm trùng vết mổ, viêm nội mạc tử cung... là biến chứng hay gặp trong thời kỳ hậu phẫu của MLT. Nguyễn Viết Tiến nghiên cứu trên 68 trường hợp viêm phúc mạc tại Viện BV BMTSS (1976 - 1985), 63,7% trường hợp do MLT. Theo Nguyễn Hoàng Hà thì tỷ lệ này là 56,9% [9]. Hiện nay, tai biến này hiếm gặp ở những cơ sở sản khoa lớn nhưng vẫn thường gặp ở các cơ sở không đảm bảo về vô trùng, kỹ thuật chuyên môn yếu và trang thiết bị lạc hậu.

Ngoài ra những tai biến như rạch vào bàng quang, thất hoặc cát vào niệu quản, sót gạc và dụng cụ đôi khi vẫn gặp. Tai biến tắc mạch cũng có thể xảy ra, tắc mạch ở chi, tiểu khung, não và phổi [11]. MLT có thể làm tăng nguy cơ cho những lần sinh sau đẻ non, sảy thai do tử cung biến dạng, nứt sẹo mổ cũ trong quá trình mang thai cũng như trong chuyển dạ và đặc biệt nguy cơ mổ lại là rất cao.

1.4.2. Tai biến cho con.

Do không nhớ chính xác kinh cuối cùng nên khi MLT đưa trẻ không đủ tháng. Ảnh hưởng của các phương pháp vô cảm khiến cho điểm Appgar của trẻ thấp hơn bình thường. Có thể gặp sang chấn xuất huyết não (rất hiếm), gãy xương chi khi lấy thai, rạch vào phần thai nhi khi mở TC, Tỷ lệ mắc bệnh cho trẻ được MLT cũng cao hơn so với trẻ đẻ qua đường âm đạo. Một nghiên cứu so sánh trẻ được MLT chủ động so với trẻ đẻ qua đường âm đạo thấy rằng, ở nhóm trẻ được MLT có tỷ lệ tử vong và tỷ lệ thương tổn thần kinh cao hơn 2 lần [11].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả thai phụ mang thai con so đủ tháng đến sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1, từ 01 tháng 03 năm 2026 đến 30 tháng 06 năm 2026.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Các sản phụ con so có tuổi thai từ 37 tuần đến sinh tại Bệnh viện
- Thai sống
- Các hồ sơ phải bảo đảm đầy đủ các thông tin cần thiết về phía mẹ, trẻ sơ sinh theo yêu cầu của nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Thai lưu, thai dị dạng, bất thường bẩm sinh, đẻ tại tuyến khác chuyển lên, đa thai.

2.2. Thời gian nghiên cứu:

Từ 01/03/2026 đến 30/06/2026

2.3. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu này được tiến hành tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1 là một bệnh viện hạng I tuyến tỉnh, nằm tại trung tâm phường Bắc Giang, là nơi tiếp nhận các bệnh nhân trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh và một số tỉnh lân cận. Bệnh viện bao gồm đội ngũ cán bộ y tế có năng lực về chuyên môn, trang thiết bị hiện đại, cơ sở vật chất đáp ứng tốt cho nghiên cứu.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu mô tả

2.4.2. Thiết kế nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu cắt ngang

2.4.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu trong nghiên cứu

* *Kỹ thuật chọn mẫu:* Áp dụng công thức ước tính một tỷ lệ:

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

Trong đó:

- n: cỡ mẫu tối thiểu cần thiết
- Z: hệ số tin cậy (mức tin cậy 95% $\Rightarrow Z = 1,96$)
- p: tỷ lệ dự kiến của biến nghiên cứu $p = 0,603$ (tỷ lệ sinh đường âm đạo ở thai phụ con so theo nghiên cứu của Đàm Lê Châu và cs. là 60,3%) [3].
- d: sai số tuyệt đối cho phép, chọn $d = 0,05$

Thay số:

$$n = 1,96^2 \times [0,603 \times (1 - 0,603)] / 0,05^2$$

$$n = 3,8416 \times 0,239391 / 0,0025$$

$$n = 0,9203 / 0,0025 \approx 368,12$$

Làm tròn lên: $n = 369$ đối tượng.

Dự phòng 10% hồ sơ không đủ tiêu chuẩn hoặc thiếu thông tin:

$$n \text{ dự phòng} = 369 \times 1,1 \approx 406$$

Kết luận: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 369 sản phụ.

Cỡ mẫu dự kiến thu thập: khoảng 406 sản phụ đẻ con so thai đủ tháng.

* *Cách chọn mẫu*: Toàn bộ hồ sơ, bệnh án của đối tượng phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu từ 01/03/2026 đến đủ số lượng cỡ mẫu nghiên cứu.

2.4.4. Kỹ thuật thu thập thông tin

- Xây dựng phiếu thu thập thông tin theo mục tiêu nghiên cứu.
- Thu thập thông tin theo mẫu nghiên cứu đã thống nhất dựa vào : hồ sơ bệnh án và thu thập số liệu có trong sổ đẻ và sổ phẫu thuật của bệnh viện từ ngày 01/03/2026 cho đến đủ số lượng nghiên cứu.

Chỉ số nghiên cứu:

- * Đặc điểm sản phụ nghiên cứu theo tuổi
- * Đặc điểm sản phụ nghiên cứu theo dân tộc
- * Đặc điểm sản phụ nghiên cứu theo địa dư

- * Đặc điểm sản phụ nghiên cứu theo nghề nghiệp
 - * Đặc điểm sản phụ nghiên cứu theo chiều cao
 - * Tỷ lệ bệnh lý mẹ khi mang thai
 - * Đặc điểm phân phụ trong chuyển dạ
 - * Đặc điểm sản khoa của thai và trẻ sơ sinh
 - * Tỷ lệ mổ lấy thai và đẻ đường âm đạo
 - Ngôi thai.
 - Tình trạng cổ tử cung.
 - Phương pháp đẻ.
 - * Thời điểm mổ lấy thai của sản phụ
 - Các chỉ định mổ (theo chỉ định mổ được ghi trong hồ sơ bệnh án)
 - Chỉ số Apgar sơ sinh sau đẻ phút thứ 1 và phút thứ 5.
 - Trọng lượng sơ sinh sau đẻ.
 - Các tai biến và biến chứng sau đẻ, sau mổ
 - * Liên quan giữa tuổi của sản phụ với phương pháp kết thúc thai nghén
 - * Liên quan giữa nghề nghiệp của sản phụ với phương pháp kết thúc thai nghén.
 - * Liên quan giữa chiều cao của sản phụ với phương pháp kết thúc thai nghén
 - * Liên quan giữa cân nặng của sản phụ với phương pháp kết thúc thai nghén.
 - * Liên quan giữa trọng lượng thai nhi với phương pháp kết thúc thai nghén
 - * Liên quan giữa OVN, OVS với phương pháp kết thúc thai nghén
 - * Liên quan giữa hình thức thụ thai với phương pháp kết thúc thai nghén
- 2.5. Tiêu chuẩn đánh giá các biến số nghiên cứu**
- * Tuổi thai phụ: (tính theo năm dương lịch), phân theo các mốc
 - ≤ 19 tuổi

- 20-24 tuổi
- 25 – 29 tuổi
- 30 -34 tuổi
- ≥ 35 tuổi
 - * Chiều cao : (tính bằng cm), phân theo các mốc
 - < 145 cm
 - 145 -150 cm
 - > 150 cm
 - * Cân nặng sản phụ : (tính bằng kg), cân nặng trước khi đẻ
 - < 70kg
 - ≥ 70 kg
 - * Dân tộc:
 - Kinh
 - Khác
 - * Khu vực sinh sống : nơi sản phụ sinh sống
 - Thành thị
 - Nông thôn
 - * Nghề nghiệp (nghề nghiệp đem lại thu nhập chính cho sản phụ)
 - Cán bộ, Nhân viên văn phòng
 - Công nhân
 - Nông dân
 - Nội trợ
 - Khác
 - * Bệnh lý của thai phụ khi mang thai
 - Tiền sản giật
 - Bệnh tim
 - Basedow
 - Đái tháo đường

- Bệnh khác

* Tình trạng phần phụ thai:

- Rau tiền đạo

- Rau bong non

- Thiếu ối

- ối vỡ sớm, ối vỡ non

- Đa ối, dư ối

* Phương pháp đẻ

- Đẻ đường âm đạo

- Mổ lấy thai

* Ngôi thai: là phần thai nhi trình diện trước eo trên khi có thai và khi chuyển dạ

+ Ngôi chỏm: là ngôi dọc đầu ở dưới, chỏm thai nhi trình diện trước eo trên, mốc của ngôi là xương chẩm.

+ Ngôi trán: là ngôi dọc, đầu ở dưới, trán thai nhi trình diện trước eo trên, mốc của ngôi là gốc mũi.

+ Ngôi mặt: là ngôi dọc, đầu ở dưới, mặt thai nhi trình diện trước eo trên, mốc của ngôi là mỏm cằm.

+ Ngôi vai (ngôi ngang): là ngôi bất thường, vai thai nhi trình diện trước eo trên, mốc của ngôi là mỏm vai.

+ Ngôi mông: là ngôi dọc, mông ở dưới, mông thai nhi trình diện trước eo trên, mốc của ngôi là mỏm xương cùng cụt

* Tình trạng phần phụ thai:

* Cân nặng trẻ : tính bằng gram, cân trẻ ngay sau khi mổ.

- < 3500g

- \geq 3500g

* Chỉ số Apgar sơ sinh sau đẻ

Bảng 2.1. Bảng điểm Apgar đánh giá trẻ sơ sinh ngay sau sinh

Dấu hiệu	2	1	0
Hô hấp	Khóc to, thở bình thường	Khóc yếu, rên	Không thở
Tim mạch	≥ 100 l/p	< 100 l/p	Không có
Màu da	Hồng	Tím	Tái nhợt
Trương lực	Tốt	Yếu	Nhẽo
Phản xạ	Cử động tốt	Nhẫn mặt	Không

Đánh giá ở phút thứ 1 và 5 và phút thứ 10 sau khi sinh.

8-10: bình thường, 6-7: ngạt nhẹ, 4-5: ngạt nặng, ≤ 3 : ngạt rất nặng.

2.6. Phân tích xử lý số liệu

Số liệu được thu thập, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0.

Kiểm định bằng thuật toán thống kê : sử dụng test χ^2 so sánh hai tỷ lệ, có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng xét duyệt đề cương của Bệnh Viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1 và được sự đồng ý của Ban giám đốc Bệnh trước khi tiến hành.

- Đây là nghiên cứu sử dụng các thông tin trên bệnh án, không can thiệp trực tiếp đến đối tượng.

- Mọi thông tin nghiên cứu đều được đảm bảo giữ bí mật nên không có vấn đề vi phạm về đạo đức trong nghiên cứu này.

Chương 3.

DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm sản phụ nghiên cứu theo tuổi

Tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 19		
20 – 24		
25 – 29		
30 – 34		
≥ 35		
Tổng		

Bảng 3.2 Đặc điểm sản phụ nghiên cứu theo dân tộc

Dân tộc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kinh		
Khác		
Tổng		

Bảng 3.3 Đặc điểm sản phụ nghiên cứu theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cán bộ, Nhân viên văn phòng		
Công nhân		
Nông dân		
Nghề khác		
Tổng		

Bảng 3.4 Đặc điểm sản phụ nghiên cứu theo chiều cao

Đặc Điểm chiều cao	SL	Tỷ lệ (%)
< 145 cm		
145 -150 cm		
>150 cm		
Tổng		

Bảng 3.5. Bệnh lý mẹ khi mang thai

Bệnh lý mẹ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
TSG, SG		
Bệnh tim		
Basedow, Tiểu đường		
Không mắc bệnh		
Tổng số		

Bảng 3.6. Đặc điểm phân phụ trong chuyển dạ

Đặc điểm phân phụ của thai	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rau tiên đạo		
Thiếu ối		
Rau bong non		
Ối vỡ non, ối vỡ sớm		
Đa ối, dư ối		
Bình thường		
Tổng số		

Nhận xét:

Bảng 3.7. Đặc điểm sản khoa của thai

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hình thức thụ thai	Thai tự nhiên		
	Hỗ trợ sinh sản IUI, IVF		
Ngôi thai	Ngôi chỏm		
	Ngôi bất thường		
Tổng			

Bảng 3.8. Đặc điểm của trẻ sơ sinh sau sinh

Đặc điểm		n	%
Trọng lượng	< 3500g		
	≥ 3500g		
Chỉ số Apgar	Không ngạt		
	Ngạt nhẹ		
	Ngạt nặng		
Tổng số			

Bảng 3.9. Tỷ lệ mổ lấy thai và đẻ đường âm đạo

Cách đẻ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mổ lấy thai		
Đẻ đường AD		
Tổng số		

3.2. Mối liên quan của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.10 . Liên quan giữa tuổi của sản phụ với mổ lấy thai

Tuổi	Mổ lấy thai		Đẻ đường âm đạo		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
≥ 35					
< 35					
Tổng số					

Bảng 3.11. Liên quan giữa nơi sinh sống của sản phụ với mổ lấy thai

Nơi ở	Mổ lấy thai		Đẻ đường âm đạo		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Thành thị					
Nông thôn					
Tổng số					

Bảng 3.12. Liên quan giữa nghề nghiệp của sản phụ với mổ lấy thai

Nghề nghiệp	Mổ lấy thai		Đẻ đường âm đạo		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Nông dân					
Công nhân					
Cán bộ					
Khác					
Tổng số					

Nhận xét:

Bảng 3.13. Liên quan giữa dân tộc của sản phụ với mổ lấy thai

Dân tộc	Mổ lấy thai		Đẻ đường âm đạo		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Kinh					
Khác					
Tổng số					

Bảng 3.14. Liên quan giữa chiều cao của thai phụ với mổ lấy thai

Chiều cao	Mổ lấy thai		Đẻ đường âm đạo		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
≤ 150 cm					
>150 cm					
Tổng số					

Bảng 3.15. Liên quan giữa cân nặng của sản phụ với mổ lấy thai

Đặc điểm	Mổ lấy thai		Đẻ đường âm đạo		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
≥ 70kg					
< 70 kg					
Tổng số					

Bảng 3.16. Liên quan giữa trọng lượng của trẻ sơ sinh với mổ lấy thai

Cân nặng trẻ	Mổ lấy thai		Đẻ đường âm đạo		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
≥ 3500g					
< 3500g					
Tổng số					

Bảng 3.17. Liên quan giữa ối vỡ non, ối vỡ sớm với mổ lấy thai

Đặc điểm ối	Mổ lấy thai		Đẻ đường âm đạo		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
OVN, OVS					
<i>Bình thường</i>					
Tổng số					

Bảng 3.18. Liên quan giữa hình thức thụ thai với mổ lấy thai

Hình thức thụ thai	Mổ lấy thai		Đẻ đường âm đạo		P
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Thai hỗ trợ sinh sản (IUI, IVF)					
Thai tự nhiên					
Tổng số					

Chương 4

BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu

KẾT LUẬN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Anh, Nguyễn Thị Kim Tiến và Nguyễn Xuân Thành (2019)**, "*So sánh chỉ định mổ lấy thai con so tại Khoa phụ sản Bệnh Viện Trung Ương Thái Nguyên trong 6 tháng đầu năm 2013 và 2018*", *Tạp chí Khoa học và Công nghệ-Đại học Thái Nguyên*, 194 (01), tr. 145-150.
2. Bộ y tế (2009), *Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*, 54-55.
3. Đàm Lê Châu, Nguyễn Thị Hằng, Nguyễn Hùng Cao Viên, Trương Quang Đạt, Nguyễn Thị Thảo, Phạm Thị Thạch Thảo, Nguyễn Thị Kim Anh (2024). *Nghiên cứu kết cục thai kỳ ở những thai phụ mang thai con so tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế*. *Tạp chí Phụ sản*, 22(5), 9-20.
4. Nguyễn Hồng Châu (2007), *Ngôi trán, Sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học, chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, 1, 284-288.
5. Nguyễn Hồng Châu (2007), *Ngôi ngang, Sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học, chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, 1, 289-295.
6. Nguyễn Hữu Cốc (2011), *Giác hút sản khoa*, Bài giảng sản phụ khoa, tái bản lần thứ 1, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 2, 109-114.
7. Nguyễn Hữu Cốc (2011), *Forceps sản khoa*, Bài giảng Sản phụ khoa, tái bản lần thứ 1, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 2, 115-128.
8. Phan Hiều (1978), *Forceps, Sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 303-331.
9. Nguyễn Hoàng Hà (2002), *Nhận xét về tình hình mổ lấy thai năm 2001 tại viện BMTSS*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ, Trường Đại Học Y Hà Nội.

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 từ tháng 6/2019 đến tháng 5/2020. Luận văn Bác sĩ nội trú – Trường Đại học Y- Dược Thái Nguyên.*
11. Nguyễn Đức Hình (2006), Chỉ định, kỹ thuật và tai biến của mổ lấy thai, Bài giảng sản phụ khoa dùng cho sau đại học, Nhà xuất bản Y học, 100-111.
12. Nguyễn Việt Hùng (2012), Sinh lý chuyển dạ, Bài giảng sản phụ khoa, Tập I, Nhà xuất bản Y học, 84 - 95.
13. Nguyễn Duy Tài (2007), Ngôi mặt, Sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, 1, 278-283.
14. Nguyễn Duy Tài (2007), Ngôi mông, Sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, 1, 266-277.
15. Nguyễn Ngọc Thoa (2007), Ngôi, thê, kiểu thê, Sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, 1, 195-203.
16. Nguyễn Ngọc Minh (2006), Forceps, Bài giảng sản phụ khoa dùng cho sau đại học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1, 86-99.
17. Ninh Văn Minh, " Tình hình mổ lấy thai tại bệnh viện sản nhi Ninh Bình năm 2012 ", *Tạp Chí Y Học Thực Hành.*
18. Vi Thị Nho, *Nghiên cứu tỷ lệ mổ lấy thai ở sản phụ đẻ con so tại bệnh viện Quan Hóa 6 tháng đầu năm 2019, Luận Văn tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, 2019, Đại Học Y Hà Nội: Hà Nội.*
19. Vũ Thị Phương (2013), Thái độ xử trí ôi vỡ non, ôi vỡ sớm trên thai phụ con so đủ tháng năm 2009 và 2012 tại bệnh viện Phụ sản Trung ương, khóa luận tốt nghiệp bác sỹ đa khoa.
20. Thân Thị Thắng "Thực trạng một số chỉ định mổ lấy thai con so tại Bệnh Viện Sản Nhi Bắc Giang năm 2016 ", *Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa cấp II, 2016, Đại học Y -Dược Thái Nguyên*

21. Bùi Quang Trung, *Nghiên cứu mổ lấy thai con so tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương trong 6 tháng cuối năm 2004 và 2009*, Luận Văn Tốt Nghiệp Thạc Sĩ Y học, 2010, Đại Học Y Hà Nội: Hà Nội.
22. Lê Thị Thanh Vân (2006), *Đẻ khó*, Bài giảng Sản phụ khoa dùng cho sau đại học, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 1, 7.
23. Nguyễn Đức Vy (2011), *Các chỉ định mổ lấy thai*, Bài giảng Sản phụ khoa, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 2, 14-18.

TIẾNG ANH

24. Decherney A.H và Pernoll M.L (1994), *Current obstetric and gynecologic diagnosis and treatment*, Appeton and lange norwark connecticut, 27(543-558).
25. **Saber Azami-Aghdash, Morteza Ghojazadeh, Nima Dehdilani, et al. (2014)**, "Prevalence and causes of cesarean section in Iran: systematic review and meta-analysis", *Iranian journal of public health*, 43 (5), pp. 545.
26. **AM Batiha, SA Al-Daradkah, YS Khader, et al. (2017)**, "Cesarean section: incidence, causes, associated factors and outcomes: a National Prospective Study from Jordan", *Gynecol Obstet Case Rep*, 3 (3), pp. 55.
27. **Tahmina Begum, Aminur Rahman, Herfina Nababan, et al. (2017)**, "Indications and determinants of caesarean section delivery: evidence from a population-based study in Matlab, Bangladesh", *PloS one*, 12 (11), pp. e0188074.
28. Robin Elise Weiss, <http://www.prenancyabout.com>.
29. **Ana Pilar Betrán, Jianfeng Ye, Anne-Beth Moller, et al. (2016)**, "The increasing trend in caesarean section

30. **Rafael T Mikolajczyk, Niklas Schmedt, Jun Zhang, et al. (2013)**, "Regional variation in caesarean deliveries in Germany and its causes", *BMC pregnancy and childbirth*, 13 (1), pp. 99.
31. **Ioannis Mylonas and Klaus Friese (2015)**, "Indications for and risks of elective cesarean section", *Deutsches Ärzteblatt International*, 112 (29-30), pp. 489.
32. **Jeffrey D Quinlan and Neil J Murphy (2015)**, "Cesarean delivery: counseling issues and complication management", *American family physician*, 91 (3), pp. 178-184.

PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN NGHIÊN CỨU

1. Họ và tên:.....Số hồ sơ:

2. Tuổi: 3. Chiều cao: cm Cân nặng;kg

4. Dân tộc: 1. Kinh 2. Khác

5. Nơi ở: 1. Thành thị. 2. Nông thôn.

6. Nghề nghiệp:

1. Cán bộ, nhân viên văn phòng. 2. Công nhân. 3. Nông dân

4. Nội trợ 5. Khác

7. Bệnh lý của sản phụ khi mang thai:

1. TSG, SG. 2. Bệnh tim. 3. Basedow, tiểu đường 4. Khác..

5. Không mắc bệnh

8. Biến chứng của sản phụ sau đẻ:

1. Có biến chứng (băng huyết, Vỡ TC)

2. Không biến chứng.

9. Ngôi thai lúc đẻ:

1. Ngôi chỏm

2. Ngôi bất thường (ngôi ngang, Ngôi ngược, ngôi trán, ngôi mặt...)

10. Tình trạng cổ tử cung khi vào viện

1. Đóng kín 2. Đang xóa 3. Mở cm

11. Tình trạng phần phụ trong chuyển dạ:

1. Rau tiền đạo 2. Ối vỡ non, ối vỡ sớm 3. Thiếu ối

4. Đa ối, dư ối. 5. Bình thường.

12. Trọng lượng sơ sinh lúc đẻ:gam

13. Chỉ số Apgar của sơ sinh phút thứ nhất:điểm

14. Chỉ số Apgar của sơ sinh phút thứ 5:điểm

15. Chỉ số Apgar của sơ sinh phút thứ 10:điểm

16. Phương pháp đẻ:

1. Đẻ thường 3. Mổ lấy thai

17. Thời điểm mổ lấy thai: 1. Mổ chủ động 2. Mổ cấp cứu

20. Lý do mổ:

1. Thai to
2. Thai suy
3. CTC không tiến triển
4. Ngôi không lọt
- 5 Do phần phụ của thai (rau, ối)
6. Bệnh lý của mẹ

Người thu thập số liệu