

# KHẢO SÁT TÌNH HÌNH MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN NHẬT TÂN NĂM 2013

Nguyễn Thị Huệ, Phạm Phước Vinh, Trương Thanh Thanh, Châu Hữu Hậu

Bệnh viện Nhật Tân

## TÓM TẮT

**Khảo sát tình hình mổ lấy thai tại Bệnh viện Nhật Tân (NT) trong năm 2013.** Trong tổng số 766 trường hợp đến sanh, có 380 ca sanh ngã âm đạo (NÂĐ) (49,6%) và 386 ca sanh mổ lấy thai (MLT) (50,4%) bao gồm 43 trường hợp sanh theo yêu cầu thai phụ (11,1%). Tỷ suất trẻ sơ sinh nam: nữ là 1.08. Nguy cơ MLT tăng theo tuổi mẹ, tuổi thai, mẹ sinh con so, vòng bụng. Tuy có ý nghĩa thống kê, nhưng độ chênh (OR) rất thấp. Chỉ có thai phụ có tiền sử MLT có nguy cơ MLT rất cao so với sản phụ chưa từng MLT với  $OR=8,725$  (KTC95%, 1.913-39791,  $p=0,005$ ). Vấn đề hiện nay của bệnh viện NT là phải nghiên cứu đưa tỷ lệ MLT xuống thấp càng sớm càng tốt bằng cách đưa ra các chỉ định rõ ràng, thông tin cho thai phụ đầy đủ và triển khai các kỹ thuật mới như đẻ không đau...

## SUMMARY

**Survey the C-section rate in Nhat Tan Private Hospital in 2013.** Of the total 766 birth cases to NT hospital, there were 380 cases of vaginal delivery (49.6%) and 386 cases of C-section (50.4%) including 43 of C-section cases on maternal request (11,1%). Ratio of male: female newborn is 1.08. The risk of C-section delivery increased in direct proportion to mother's age, gestational age, abdominal circumference and primipara pregnant women; although there were statistically significant, but the difference (OR) is very low. Only women with a history of C-section section were very high risk of C=section compared with women with no this history with  $OR = 8.725$  (95% CI, 1913-39791,  $p = 0.005$ ). The current problems of NT hospital is to down the C-section rate as soon as possible by giving clear indications, providing adequate information for pregnant women and developing new techniques such as painless delivery...

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Sanh đẻ là một hoạt động sinh lý bình thường của các sinh vật, trong đó có con người. Khi khung chậu của thai phụ bình thường, không có bệnh lý toàn thân gì đặc biệt, sự

phát triển của thai, ngôi thai, phần phụ, thời gian vỡ ối, tình hình nước ối, thời gian mang thai, con co tử cung bình thường thì cuộc sanh để có thể diễn ra bình thường qua ngã âm đạo (NÂĐ). Nếu các yếu tố trên có gì bất thường thì quá trình chuyển dạ bị rối loạn và cần phải can thiệp nhanh chóng để tránh nguy cơ cho mẹ và con bằng kỹ thuật mổ lấy thai (MLT).

Trước đây, các thầy thuốc sản khoa chủ yếu sanh qua NÂĐ, chỉ MLT khi thật cần thiết như thai phụ bị đột tử hoặc mẹ có nguy cơ tử vong, do có nhiều biến chứng về phẫu thuật và gây mê. Khuynh hướng sản khoa hiện nay thường không còn áp dụng các thủ thuật sanh theo ngã âm đạo vì sợ có nhiều biến chứng. Với sự tiến bộ của các ngành gây mê, hồi sức và kháng sinh, MLT đã ngày càng phổ biến và góp phần không nhỏ làm hạ thấp tỷ lệ tử vong mẹ và con. Hơn nữa, thầy thuốc ngày càng chịu nhiều áp lực chi phối nên đã đẩy tỷ lệ MLT của bệnh viện lên cao, trong đó có bệnh viện Nhật Tân.

Trong nghiên cứu này chúng tôi xem xét các yếu tố liên quan đến chỉ định MLT để đưa ra nhận định thích hợp. Qua đó, đề ra biện pháp làm giảm tỷ lệ MLT.

**Từ khoá:** Mổ lấy thai, chỉ định mổ lấy thai.

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu trên các hồ sơ của thai phụ đến sanh tại bệnh viện Nhật Tân trong năm 2013. Tổng số hồ sơ bệnh án được đưa vào nghiên cứu là 766 trường hợp. Các thông tin chi tiết trong hồ sơ này được dùng để xử lý thống kê. **Đối tượng loại trừ:** Các hồ sơ thiếu quá nhiều chi tiết. Trong nghiên cứu này cũng không đề cập tới biểu đồ tim thai (CTG), do nhiều hồ sơ có ghi biểu đồ tim thai bị phai nhạt không còn đọc được. **Thời gian nghiên cứu:** Các trường hợp đến sanh tại bệnh viện Nhật Tân năm 2013. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả có phân tích.

**Xử lý số liệu:** Khoa Sản thu thập số liệu vào Excel. Sau đó số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Dùng Independent-Samples T Test để so sánh một số biến định lượng giữa các trường hợp sanh thường và sanh MLT. Nếu kiểm định Levene  $< 0.05$  thì chúng tôi sử dụng kết quả kiểm định t ở phần Equal variances not assumed. Số trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn. Dùng crosstabs để so sánh các biến định tính. Dùng

hồi qui logistic đa biến để phân tích các biến thu được. Trị số  $p < 0.05$  được xem có ý nghĩa thống kê.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số bệnh án sanh là 766, trong đó có 386 bệnh án MLT (43 ca MLT chủ động). Khi phân tích, chúng tôi không đưa vào các trường hợp MLT chủ động, chỉ còn 723 sanh, trong đó có 343 sanh MLT.

**Bảng 1. Phương thức sanh.**

Phương thức sanh	Số lượng	Tỷ lệ theo cách sanh %	Tỷ lệ từng phần %
<b><i>Sanh NẤĐ</i></b>	<b>380</b>	<b>49.6</b>	<b>49.6</b>
Sanh thường	323	85.0	42.2
Sanh chỉ huy	57	15.0	7,4
<b><i>Sanh MLT</i></b>	<b>386</b>	<b>50.4</b>	<b>50.4</b>
Mổ lấy thai bệnh lý	343	88.9	44.8
Mổ chủ động theo yêu cầu (MLT <39 tuổi thai là 17 (39,5%))	43	11.1	5.6
<b>Cộng chung</b>	<b>766</b>		<b>100.0</b>

**Bảng 2. Phân tích nguyên nhân mổ lấy thai bệnh lý**

STT	Nguyên nhân mổ lấy thai	n	Tỷ lệ %
<b>1</b>	<b><i>Nguyên nhân của thai</i></b>	<b>148</b>	<b>38.3</b>
1.1	Suy thai	76	19.7
1.2	Ngôi thể bất thường/ thiếu hay vô ối/thai suy	56	14.5
1.3	Suy dinh dưỡng bào thai, thai to, thai quá ngày	16	4.1
<b>2</b>	<b><i>Nguyên nhân từ phần phụ của thai</i></b>	<b>67</b>	<b>17.4</b>
2.1	Ối vỡ non, thiếu ối	61	15.8
2.2	Nhau tiền đạo, bám thấp, bong non, sa dây rốn	6	1.6
<b>3</b>	<b><i>Nguyên nhân từ đường sinh dục</i></b>	<b>116</b>	<b>30.1</b>
3.1	Cơ gò cường tính/ Ngôi thể bất thường/Vết mổ cũ	87	22.5
3.2	Cổ tử cung xoá mở khó/bất xứng đầu chậu...	29	7.5
<b>4</b>	<b><i>Bệnh lý mẹ (Tiền sản giật/ Sản giật....)</i></b>	<b>12</b>	<b>3.1</b>
<b>5</b>	<b><i>Nguyên nhân xã hội (Mổ lấy thai chủ động)</i></b>	<b>43</b>	<b>11.1</b>
<b>Cộng</b>		<b>386</b>	<b>100</b>

**Bảng 3. Phân tích các biến định lượng giữa các trường hợp sanh thường và sanh MLT**

	Tổng số	N	Trung bình ±SD	t	P
<b>Tuổi mẹ (năm)</b>	723			-2.043	0.041
Sanh thường		380	26.8 ± 5.4		
Mổ lấy thai		343	27.1 ± 4.9		
<b>Tuổi thai nhi (tuần)</b>	723			-1.220	0.223
Sanh thường		380	38.6 ± 1.4		
Mổ lấy thai		343	39.0 ± 1.4		
<b>Số lần đẻ</b>	723			1.641	0.101
Sanh thường		380	1.6 ± 0.4		
Mổ lấy thai		343	1.5 ± 0.7		
<b>Chiều cao tử cung lúc sanh (cm)</b>	723			-4.940	0.000
Sanh thường		380	30.1 ± 2.3		
Mổ lấy thai		343	30.9 ± 2.4		
<b>Vòng bụng lúc sanh (cm)</b>	723			-5.771	0.000
Sanh thường		380	94.3 ± 6.5		
Mổ lấy thai		343	97.0 ± 6.2		

**Bảng 4. Phân tích các biến định tính bằng crosstabs về tình trạng mẹ và con**

Các biến được phân tích	Tổng số	Chỉ định		X <sup>2</sup>	OR	P
		MLT%	Sanh thường			
<b>Tuổi thai MLT</b>	723			1.140		0.286
<39 tuần thai	259	116 (44.8)	143 (55.2)			
≥39 tuần thai	464	227 (48.9)	237 (51.1)			
<b>Có vết MLT cũ</b>	723			11.61	8.6 (KTC95%, 1.9-38.1)	0.001
Có	17	15 (88.2)	2 (11.8)			
Không	706	269(50.8)	261(49.2)			
<b>Tình trạng con so con rạ</b>	723			5.2	1.9	0.163
Con so	385	192 (49.9)	187 (53.3)			
Con rạ	338	151 (44.7)				
<b>Giới trẻ sơ sinh (Nam:Nữ 1.08)</b>	723			0.443		0.506
Nam	370	180 (48.6)	190 (51.4)			
Nữ	353	163 (46.2)	190 (53.8)			

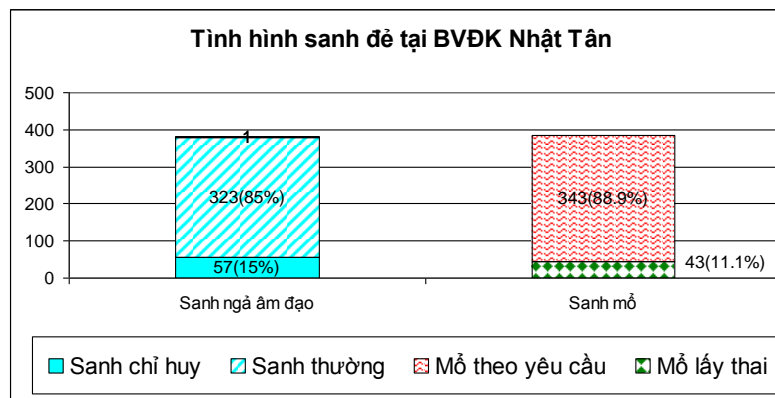
Ngoại trừ 43 trường hợp MLT chủ động, chúng tôi đưa các biến trên vào phân tích hồi qui logistic về vấn đề chỉ định mổ lấy thai ở các trường hợp còn lại với 723 trường hợp.

**Bảng 5. Xử lý các biến số bằng hồi qui logistic đa biến<sup>(9)</sup>.**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Tuổi mẹ lúc sanh (a)	.039	.016	5.549	1	.018	1.040	1.007	1.074
Tuổi thai nhi (b)	.109	.052	4.350	1	.037	1.115	1.007	1.235
Tiền sử MLT (c)	2.308	.777	8.825	1	.003	10.057	2.193	46.115
Vòng bụng lúc sanh (d)	.064	.013	25.543	1	.000	1.066	1.040	1.092
Con so-Con rạ (e)	-.661	.175	14.276	1	.000	.516	.366	.727
Constant	-11.082	2.231	24.676	1	.000	.000		

Xử lý này có trị số  $-2 \text{ Log likelihood} = 999.042$  khá cao, cho thấy độ phù hợp không tốt lắm với mô hình tổng thể. Mô hình hồi qui logistic được viết là:

$$\text{Log} \left( \frac{P}{1-p} \right) = -11.082 + 0.39.a + 0,109.b + 2,308.c - 0,064.d + 0,661.e$$



**Hình 1. Tình hình sanh đẻ tại BVĐK Nhật Tân**

## BÀN LUẬN

**Về tỷ lệ MLT.** Trong tổng số 766 trường hợp đến sanh tại bệnh viện Nhật Tân có 380 ca sanh NÂĐ (49,6%); 386 ca sanh MLT (50,4%), trong số MLT có 43 trường hợp mổ chủ động (11,1%). Tỷ lệ MLT tăng dần theo thời gian. Vào những năm 60-70, tỷ lệ MLT ở Việt Nam chỉ vào khoảng 7-14%<sup>(1)</sup>. Nhưng đến thập niên đầu của năm 2000, các tỷ lệ này tăng dần từ 20,07% của Nguyễn Văn Tư<sup>(2)</sup> ở Thái Nguyên cho đến 36,97% của Vương Tiến Hoà<sup>(6)</sup> ở bệnh viện Phụ Sản TW năm 2002. Đặng Thị Hà<sup>(8)</sup>, nghiên cứu tại khoa Sản ĐH Y Dược từ 2007-2009, tỷ lệ MLT là 43,2%. Theo WHO (2010)<sup>(13)</sup> khảo sát 137 nước trên toàn thế giới đã chia tỷ lệ MLT các nước như sau: MLT thấp <10% có 54 nước trong đó có Việt Nam với tỷ lệ 9,9% (2008), trung bình 0-15% có 14 nước và >15% có 69 nước là các nước được xem lạm dụng kỹ thuật.

**Về nguyên nhân MLT.** Trong công trình này, nguyên nhân của thai chiếm 38,3%, từ phần phụ của thai 17,4%, từ đường sinh dục 30,1%, do bệnh lý mẹ 3,5% và mổ chủ động 11,1%. Nguyễn Văn Tư<sup>(2)</sup> nghiên cứu tại bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên tỷ lệ MLT chiếm 24,04% với các chỉ định do thai nhi và phần phụ chiếm 62,75% (công trình của chúng tôi là 85,8%, bao gồm nguyên nhân của thai, phần phụ và đường sinh dục), do mẹ chiếm 37,25% (công trình của chúng tôi là 3,1%), không có MLT chủ động.

**Về các nhóm nguyên nhân.** Nguyên nhân của thai nhiều nhất là suy thai, chiếm 19,7%; từ phần phụ của thai thì tình trạng ôi cao nhất 15,8%; từ đường sinh dục thì con co cường tính cao nhất 22,5%; do bệnh lý mẹ thì tiền sản giật chiếm 3,1%. Ngoài ra còn có 11,1% MLT chủ động. Theo nghiên cứu của Phạm Bá Nha<sup>(5)</sup> ở bệnh viện Bạch Mai vào năm 2008, tỷ lệ MLT là 36,7%; chỉ định MLT do thai là thai suy 28,8% và thai to 28,6%; do phần phụ của thai có tỷ lệ mổ do tình trạng ôi cao nhất 77,2%; bệnh do đường sinh dục, MLT cao nhất là sẹo MLT cũ 88,7%; bệnh của mẹ thì sản giật cao nhất 50,3%. Trần Sơn Thạch và cs<sup>(7)</sup> nghiên cứu về MLT thai trình ngưng tiến tại bệnh viện Hùng Vương năm 2009-2010 thì thấy 4 yếu tố liên quan độc lập đến chỉ định MLT vì thai trình ngưng tiến bao gồm việc sử dụng oxytocin, sinh con đầu lòng, ước lượng trọng lượng thai  $\geq 3.500$  g và điểm Bishop  $< 7$ .

**Vấn đề sanh con so và MLT.** Công trình của chúng tôi, con so có khả năng MLT nhiều hơn con ọc (49,9% so với 44,7%), nhưng không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Phạm Bá Nha<sup>(5)</sup> nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai năm 2008, tỷ lệ MLT là 36,7%, trong đó MLT ở thai phụ con so chiếm 52,1% tổng số MLT. Nhung Vương Tiến Hoà<sup>(6)</sup> nghiên cứu tại bệnh viện Phụ Sản TW năm 2002 thì tỷ lệ MLT ở con so và con ra lần lượt là 33,44% và 41,09%.

**Vấn đề lứa tuổi MLT chủ động.** Trong 43 trường hợp MLT chủ động, có 17 trường hợp  $< 39$  tuần thai, chiếm tỷ lệ 39,5%. Trong khi đó Hội đồng Thực hành Sản khoa Mỹ khuyến cáo không nên thực hiện trước tuổi thai 39 tuần<sup>(12)</sup>.

**Phân tích các biến giữa các trường hợp sanh thường và MLT không bao gồm MLT chủ động,** chúng tôi thấy có nhiều biến có ý nghĩa thống kê như tuổi mẹ, chiều cao tử cung, vòng bụng lúc sanh, cân nặng thai sau sanh và có vết MLT cũ. Nhưng khi các số liệu này được xử lý bằng hồi qui logistic đa biến thì chỉ còn các biến sau đây có ý nghĩa thống kê: nguy cơ MLT càng cao khi tuổi mẹ càng cao, khi tuổi thai càng cao, con so, vòng bụng càng to. Chỉ có tiền sử có MLT có nguy cơ MLT rất cao so với sản phụ chưa từng MLT với OR=8,725 (KTC95%, 1.913-39791, p=0,005. Tuy nhiên các biến trên có trị số -2 Log likelihod=999.042 khá cao, cho thấy độ phù hợp không tốt lắm, ngoại trừ biến số tiền sử có MLT. Điều này cho thấy chỉ định MLT ở bệnh viện Nhật Tân khá rộng, cần phải khắc phục.

**Vết MLT cũ.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 17 thai phụ có vết MLT cũ, 15 ca được MLT, tỷ lệ 88,2%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tâm và cs<sup>(3)</sup> vào năm 2007, tỷ lệ này là 96-98%, Nguyễn Đức Hình và cs<sup>(4)</sup>, vào năm 2004, tỷ lệ MLT lại là 97,9%. Điều này cho thấy bệnh viện Nhật Tân cũng cố giải quyết sanh thường cho các trường hợp MLT cũ.

**Về giới tính.** Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ suất trẻ sơ sinh nam và nữ là 1.08, không khác biệt có ý nghĩa thống kê (48,6% và 46,2%, p=0.506), cho thấy không có vấn đề về giới tính của trẻ sơ sinh. Trong khi đó, Hoa và cs<sup>(11)</sup> khảo sát trong 8 huyện ở Quảng Ninh từ 2008-2011 nhận thấy chỉ có 94 bé trai so với 100 bé gái được sinh ra tại nhà, trong khi 113 bé trai so với 100 bé gái sinh ra tại bệnh viện huyện. Tỷ lệ MLT 17% và trong nhóm MLT, tỷ lệ giới sau lúc mổ là 135:100. Các tác giả cho rằng các bà mẹ sanh con trai nhận được sự chăm sóc sanh chất lượng hơn và các bà mẹ cũng có thể phải chịu MLT không cần thiết.

**Vấn đề MLT chủ động.** Trong công trình này, MLT chủ động chiếm 11,1% trong tổng số MLT với lý do chưa rõ. Trong khi đó, Nguyễn Thị Thanh Tâm và cs<sup>(3)</sup> nghiên cứu tại Hà Nội (2007) thì lý do xã hội chiếm 14,6% và có 14% bà mẹ muốn chọn ngày tốt, 16,7% do tác động gia đình. Đặng Thị Hà<sup>(8)</sup>, tại khoa Sản ĐH Y Dược từ 2007-2009, tỷ lệ MLT chủ động chiếm 36,5% tổng số MLT. Ở Trung Quốc, Mi và cs<sup>(10)</sup> đã báo cáo trong năm 2007-08, tỷ lệ MLT chiếm gần 50%. Đến năm 2010, tỷ lệ còn 42%. Các tác giả đưa ra 5 lý do: (1) MLT an toàn, nhanh, ít đau và ít ảnh hưởng đến chất lượng tình dục. (2) MLT được tin giúp lấy lại vóc dáng trước khi sanh. (3) Dễ chọn lựa ngày giờ sanh. (4) Do lợi ích của ngành y tế. (5) Béo phì, đái tháo đường, và tuổi mang thai muộn làm tăng tỷ lệ MLT.

Do tỷ lệ MLT quá cao tại bệnh viện Nhật Tân, các chỉ định cần phải rõ ràng, thông tin cho thai phụ đầy đủ và triển khai các kỹ thuật mới như đẻ không đau nhằm hạ thấp tỷ lệ này..



## THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đức Hình, Dương Tử Kỳ.** 2005. Nhận xét 247 trường hợp mổ lấy thai ở khoa sản bệnh viện Bạch Mai. TC Y học Việt Nam. Số 1, tr. 1-6.
2. **Nguyễn Văn Tư.** Thực trạng mổ lấy thai tại khoa sản bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên năm 2004. 2006. TC Y học thực hành. Số 3, tr: 15-17.
3. **Nguyễn Thị Thanh Tâm, Nguyễn Đức Hình.** 2009. Thực trạng mổ lấy thai và một số yếu tố liên quan ở Hoàn Kiếm và Gia Lâm (2007). Y học Việt Nam, số 1: 30-35.
4. **Nguyễn Đức Hình, Nguyễn Việt Anh.** 2009. Chỉ định và một số yếu tố liên quan đến mổ lấy thai ở bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tây. Y học Việt Nam. Số 5: 28-30.
5. **Phạm Bá Nha.** Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai tại bệnh viện Bạch Mai năm 2008. 2010. Tạp chí Y học Việt Nam. Số 2: 14-18.
6. **Vương Tiến Hoà.** 2004. Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai ở người đẻ con so tại bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2002. Nghiên cứu y học. Số 5: 79-84.
7. **Trần Sơn Thạch, Nguyễn Đức Duy Tâm.** 2011. Khảo sát các yếu tố liên quan đến mổ lấy thai vì thai trình ngưng tiến tại bệnh viện Hùng Vương TP. HCM (12/2009-3/2010). Y học TPHCM. 2011, Tập 15-1.
8. **Dặng Thị Hà.** Tình hình mổ lấy thai tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM. Y học TPHCM, tập 14-4.
9. **Nguyễn Ngọc Rạng.** 2012. Thiết kế nghiên cứu & Thống kê y học. NXB Y học.
10. **Jie Mi, Fangchao Liu.** April 26, 2014. Rate of caesarean section is alarming in China. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). Vol 383
11. **Hoa DT, Börjesson L, Nga NT, Johansson A, Målqvist M.** 2012 Dec. Sex of newborns associated with place and mode of delivery: a population-based study in northern Vietnam. *Gend Med.* 9(6):418-23.
12. **Committee on Obstetric Practice.** 2013. Cesarean delivery on maternal request. Committee Opinion No. 559. ACOG and Gynecologists. *Obstet Gynecol*:121;904-7.
13. **WHO.** The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. World Health Report (2010).