

Nghiên cứu kết cục thai kỳ của sản phụ mang thai con so đủ tháng tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Evaluation pregnancy outcomes and labour characteristics in full-term nulliparous pregnancies at the Department of Obstetrics and Gynecology, 108 Military Central Hospital

Lê Văn Tuyên, Trần Ly Ly và Nguyễn Thị Thoa

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm, kết cục thai kỳ và một số yếu tố liên quan đến kết cục thai kỳ ở thai phụ mang thai con so đủ tháng theo các nhóm tuần thai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 898 thai phụ mang thai con so đủ tháng điều trị tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của thai phụ là $26,4 \pm 3,5$ tuổi, mẹ con so lớn tuổi (≥ 35 tuổi) chiếm 3,6%. Tỷ lệ thai kỳ nhờ hỗ trợ sinh sản là 3,1%. Tỷ lệ mổ lấy thai là 40,4% chủ yếu là vì chuyển dạ đình trệ (35,7%), bất tương xứng đầu chậu (11,2%) và suy thai (10,6%). Tỷ lệ mổ lấy thai, tỷ lệ sản phụ có nước ối màu xanh, tỷ lệ trẻ có Apgar 1 phút < 8 điểm xu hướng tăng dần theo tuổi thai từ nhóm tuần thai 37-38 đến tuần thai 40. Không có sự khác biệt giữa tai biến của mẹ giữa các nhóm tuần thai, tuy nhiên ở nhóm tuần thai 40 và 41 có kết cục chu sinh bất lợi cao hơn các tuần thai còn lại. **Kết luận:** Tỷ lệ mổ lấy thai của sản phụ đẻ con so đủ tháng còn cao. Nhìn chung khi so sánh giữa các tuần thai, có sự khác biệt giữa tỷ lệ mổ lấy thai, tỷ lệ sản phụ có nước ối màu xanh, tỷ lệ trẻ có Apgar 1 phút < 8 và có bệnh lý chu sinh giữa các nhóm tuần thai và xu hướng cao hơn ở tuần thai 40 so với tuần thai 39.

Từ khóa: Thai con so, đẻ đường âm đạo, mổ lấy thai.

Summary

Objective: To survey the characteristics, pregnancy outcomes and some factors related to pregnancy outcomes in full-term nulliparous pregnant women. **Subject and method:** Cross-sectional descriptive study on 898 full-term nulliparous pregnant women treated at the Department of Obstetrics and Gynecology, 108 Military Central Hospital from July 2024 to July 2025. **Result:** The average age of pregnant women is 26.4 ± 3.5 years, older mothers (≥ 35 years old) account for 3.6%. The rate of pregnancies with assisted reproduction is 3.1%. The rate of cesarean section is 40.4%, mainly due to obstructed labor (35.7%); cephalopelvic disproportion (11.2%) and fetal distress (10.6%). The rate of cesarean section, the rate of mothers having amniotic fluid with meconium, the rate of infants with Apgar score 1 minute < 8 points tended to increase with gestational age from the 37-38week group to the 40 week group. There was no difference in maternal complications between gestational week groups, however, the 40 and 41 week

Ngày nhận bài: 17/10/2025, ngày chấp nhận đăng: 27/10/2025

* Tác giả liên hệ: drlevantuyen@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

groups had higher adverse perinatal outcomes than the remaining gestational weeks. *Conclusion:* The rate of cesarean section for nulliparous pregnancies is still high. In general, when comparing between gestational weeks, there was a difference between the rate of cesarean section, the rate of mothers having amniotic fluid with meconium, the rate of infants with Apgar score 1 minute < 8 and adverse perinatal outcomes tended to be higher at 40 weeks than at 39 weeks.

Keywords: Nulliparous women, vaginal delivery, cesarean section.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai phụ mang thai con so là những người chưa từng sinh con, mặc dù có thể đã trải qua những lần mang thai trước đó nhưng sảy thai hoặc thai nhi chưa có khả năng sống sót bên ngoài tử cung¹. Trong những năm gần đây, nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ mổ lấy thai ở con so ngày càng tăng cao. Cùng với xu hướng kết hôn muộn và trì hoãn sinh con dẫn đến tỷ lệ con so mẹ lớn tuổi ngày càng tăng cao. Do đó, kết cục chu sinh và phương pháp kết thúc thai kỳ cho đối tượng con so rất được quan tâm trong xã hội hiện đại.

Ngày càng có nhiều nghiên cứu tập trung vào đánh giá việc lựa chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ tối ưu để giảm thiểu các kết quả chu sinh bất lợi cho nhóm thai đủ tháng. Với sản phụ đến dự sinh không có nguy cơ, tư vấn tiếp tục theo dõi chờ chuyển dạ tự nhiên hay chủ động kết thúc thai kỳ, và kết thúc thai kỳ ở thời điểm tuần thai nào sẽ mang lại lợi ích tốt nhất cho mẹ và sơ sinh là câu hỏi thường gặp trên lâm sàng. Liệu tuần thai nào sẽ có kết cục thai kỳ tối ưu để đưa ra tư vấn cho sản phụ. Trên thế giới, các nghiên cứu đã chỉ ra rằng kết cục thai kỳ ở thai con so đủ tháng ở mỗi tuần thai sẽ khác nhau², một số nghiên cứu chỉ ra rằng việc chủ động khởi phát chuyển dạ kết thúc thai kỳ ở tuần thai 39 giúp giảm tỷ lệ mổ lấy thai, giảm bệnh lý ở mẹ và kết cục chu sinh bất lợi^{3,4,5}. Hiện nay, ở Việt Nam cũng đã có một số nghiên cứu chỉ ra sản phụ con so khi kết thúc thai kỳ ở tuần thai 39 có kết cục chu sinh và tỷ lệ mổ lấy thai thấp hơn tuần thai 40 hay 41⁶, chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: khảo sát kết cục thai kỳ ở sản phụ con so đủ tháng từ 37 tuần đến 41 tuần 6 ngày tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 để đánh giá tỷ lệ mổ lấy thai, các chỉ định mổ lấy thai ở con so cũng như đánh giá kết cục thai kỳ giữa các tuần thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn: sản phụ con so thai từ 37 tuần 0 ngày đến 41 tuần 6 ngày điều trị tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025.

Tiêu chuẩn loại trừ: thai non tháng dưới 37 tuần, thai già tháng từ 42 tuần và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn, với cỡ mẫu tối thiểu theo công thức:

$$n \geq \left(\frac{1,96}{c} \right)^2 (1 - p) \cdot p$$

Trong đó, sai số chọn c là 0,05; lấy p theo nghiên cứu của Phạm Bá Nha với tỷ lệ mổ lấy thai ở con so tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2008 là 0,52⁷. Thay vào công thức trên cỡ mẫu tối thiểu là 384 sản phụ. Chúng tôi chọn được 898 sản phụ đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

2.2.3. Các bước tiến hành

Bước 1: Chọn sản phụ đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Ghi nhận các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Bước 2: Thăm khám lâm sàng, siêu âm trước sinh, phân loại CTG trong chuyển dạ, theo dõi diễn biến chuyển dạ.

Bước 3: Đánh giá kết cục thai kỳ.

Kết cục chuyển dạ: Sinh đường âm đạo, mổ lấy thai.

Kết cục mẹ: tai biến biến chứng mẹ trong đẻ thường, mổ lấy thai như băng huyết, rách phức tạp đường sinh dục, cắt tử cung.

Kết cục sơ sinh: trọng lượng sơ sinh, APGAR 1 phút ≤ 7 điểm, cần hồi sức sơ sinh, nhập đơn vị hồi sức tích cực sơ sinh (NICU) và một số kết cục bất lợi khác.

2.2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Thống kê mô tả: tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình kèm độ lệch chuẩn. Thống kê phân tích: Kiểm định ANOVA để so sánh sự khác biệt giá trị trung bình của các nhóm tuần thai. Số liệu thu thập được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và chỉ định mổ lấy thai

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu		n	%
Nhóm tuổi	≤ 18 tuổi	3	0,3
	19 - 34 tuổi	863	96,1
	≥ 35 tuổi	32	3,6
	Tổng	898	100
Tiền sử sản khoa	Không	860	95,8
	Sảy thai	36	4,0
	Thai ngoài tử cung	2	0,2
	Tổng	898	100
Bệnh toàn thân	Không	848	94,4
	Tăng huyết áp	21	2,3
	Tiền sản giật		
	Đái tháo đường thai kỳ	12	1,4
	Thiếu máu	6	0,7
	Bệnh lý khác	11	1,2
	Tổng	898	100

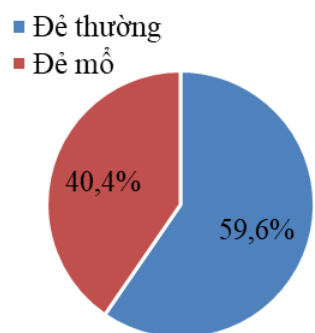
Nhận xét: Độ tuổi trung bình là $26,4 \pm 3,5$ tuổi, nhóm sản phụ tuổi từ 19 đến 34 tuổi chiếm tỷ lệ chủ yếu 96,1%. Tỷ lệ con so lớn tuổi là 3,6%. Tỷ lệ sản phụ có tiền sử sảy thai hoặc thai ngoài tử cung chỉ

chiếm hơn 4%. Tăng huyết áp thai kỳ, tiền sản giật là bệnh lý chiếm tỷ lệ chủ yếu của sản phụ con so.

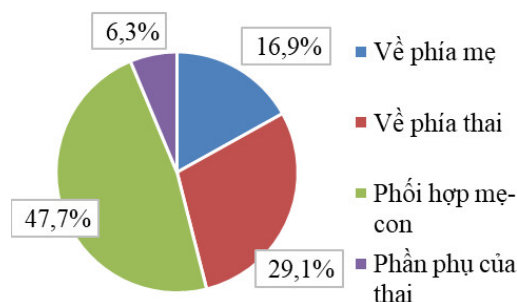
Bảng 2. Đặc điểm thai kỳ của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm của thai kỳ		n	%
Thai kỳ	Tự nhiên	870	96,9
	IVF hoặc IUI	28	3,1
	Tổng	898	100
Chuyển dạ	Chưa chuyển dạ	152	16,9
	Tự nhiên	677	75,4
	Chưa chuyển dạ được KPCD	69	7,7
	Tổng	898	100

Nhận xét: Tỷ lệ thai kỳ có sử dụng biện pháp hỗ trợ sinh sản chiếm 3,1%. 24,6% sản phụ nhập viện chưa chuyển dạ trong đó có 7,7% sản phụ được khởi phát chuyển dạ.



A. Phương pháp kết thúc thai kỳ



B. Phân bố chỉ định mổ lấy thai

Biểu đồ 1. A, Phương pháp kết thúc thai kỳ. B. Phân bố chỉ định mổ lấy thai

Nhận xét: Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 40,4%. Chỉ định mổ lấy thai chủ yếu ở con so đủ tháng trong

nhóm nghiên cứu là do các nguyên nhân phối hợp mẹ-con chiếm 47,7%. Nguyên nhân do phần phụ của thai chiếm thấp nhất 6,3%.

Bảng 3. Chỉ định mổ lấy thai về phía mẹ

Chỉ định mổ lấy thai về phía mẹ	n	%
Mẹ lớn tuổi	3	0,8
Bệnh lý mẹ	11	3,0
IVF, con hiếm, tiền sử sản khoa nặng nề	2	0,5
Tăng huyết áp - Tiền sản giật	8	2,2
Xin mổ lấy thai chủ động	34	9,3
Do bất thường tử cung	4	1,1
Tổng	62	16,9

Nhận xét: Trong nhóm chỉ định mổ lấy thai về phía mẹ, lý do chủ yếu là xin mổ lấy thai chủ động chiếm 9,3%.

Bảng 4. Chỉ định mổ lấy thai về phía con

Chỉ định mổ lấy thai về phía con	n	%
Thai to	36	9,8
Thai chậm tăng trưởng	3	0,8
Suy thai	39	10,6
Ngôi thể bất thường	28	7,6
Đa thai	1	0,3
Tổng	107	29,1

Nhận xét: Trong hóm chỉ định mổ lấy thai về phía con, lý do chủ yếu là suy thai chiếm 10,6%.

Bảng 5. Chỉ định mổ lấy thai phối hợp mẹ-con

Chỉ định mổ lấy thai phối hợp mẹ-con	n	%
Bất tương xứng đầu- chậu	41	11,2
Chuyển dạ ngừng tiến triển	131	35,7
KPCD thất bại	3	0,8
Tổng	175	57,7

Nhận xét: Trong nhóm chỉ định mổ lấy thai do yếu tố mẹ- con, lý do chủ yếu là chuyển dạ ngừng tiến triển chiếm 35,7%.

Bảng 6. Chỉ định mổ lấy thai do phần phụ của thai

Chỉ định mổ lấy thai do phần phụ của thai	n	%
Thiếu ối	20	5,4
Rau tiền đạo	1	0,3
Nhiễm trùng ối	2	0,6
Tổng	23	6,3

Nhận xét: Trong nhóm chỉ định mổ lấy thai do phần phụ của thai, lý do chủ yếu là thiếu ối 5,4%.

3.2. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu và kết cục thai kỳ phân bố theo tuần thai

Bảng 7. Một số đặc điểm chung theo nhóm tuần thai

		Nhóm tuần thai				p
		37w ^{0d} - 38w ^{6d}	39w ^{0-6d}	40w ^{0-6d}	41w ^{0-6d}	
		n	n	n	n	
Nhóm tuổi	≤ 18 tuổi	0	1	2	0	> 0,05
	19- 34 tuổi	154	305	351	53	
	≥ 35 tuổi	4	10	17	1	
Màu nước ối	Trong	154	296	333	49	< 0,05
	Xanh	4	20	37	5	
CTG vào viện	Nhóm I	154	310	356	54	> 0,05
	Nhóm II	4	6	12	0	
	Nhóm III	0	0	2	0	

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa phân bố nhóm tuổi mẹ theo tuần thai ($p > 0,05$). Tỷ lệ sản phụ có nước ối màu xanh có xu hướng tăng ở nhóm sản phụ theo tuần thai ($p < 0,05$). Phân loại CTG lúc vào viện không có sự khác biệt giữa các tuần thai ($p > 0,05$).

Bảng 8. Một số đặc điểm kết cục thai kỳ theo nhóm tuần thai

		Nhóm tuần thai				p
		37w ^{0d} - 38w ^{6d}	39w ^{0-6d}	40w ^{0-6d}	41w ^{0-6d}	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Phương pháp đẻ	Đẻ thường	107	191	202	35	< 0,05
	Mổ lấy thai	51 (32,3)	125 (39,6)	168 (45,4)	19 (35,2)	
Cân nặng sơ sinh (gr)	< 2500	12	4	1	0	< 0,05
	2500 - 3500	136	248	261	41	
	> 3500	10	63	108	13	
Apgar	< 8	0 (0)	0 (0)	3 (0,8)	1 (1,2)	< 0,05
	≥ 8	158	316	367	53	

Nhận xét: Nhóm sản phụ phải mổ lấy thai có xu hướng tăng theo tuần thai ($p > 0,05$). Cân nặng trẻ tăng dần theo tuần thai chuyển dạ ($p > 0,05$). Điểm Apgar thấp (< 8) tăng dần theo tuần tuổi thai ($p < 0,05$).

Bảng 9. Kết cục bất lợi theo nhóm tuần thai

Kết cục bất lợi		Nhóm tuần thai				p
		37w ^{0d} - 38w ^{6d}	39w ^{0-6d}	40w ^{0-6d}	41w ^{0-6d}	
		n	n	n	n	
Sơ sinh	Không	151	303	335	47	< 0,05
	Vàng da sớm	2	6	13	3	
	Nhiễm khuẩn	5	7	19	4	
	NICU	0	0	3	0	
Mẹ	Không	152	296	355	52	> 0,05
	Rách phức tạp đường sinh dục	4	6	5	0	
	Rách phức tạp đoạn dưới tử cung	0	0	1	0	
	Băng huyết do đỡ tử cung, sót rau	2	13	7	2	
	Bí tiểu sau sinh	0	1	2	0	

Nhận xét: Kết cục bất lợi cho sơ sinh có xu hướng tăng dần theo nhóm tuần thai với $p < 0,05$. Không thấy sự khác biệt về các biến cố bất lợi mẹ giữa các tuần thai ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $27,4 \pm 3,5$ tuổi, cao nhất là 42 tuổi, ít tuổi nhất là 18 tuổi. Nhóm tuổi từ 19-34 chiếm 96,1%, tỷ lệ sản phụ con so lớn tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,6%. Về tiền sử sản khoa, tỷ lệ sản phụ có tiền sử sảy thai chiếm 4%, thấp hơn so với các nghiên cứu của một số tác giả như Đàm Lê Châu khi nghiên cứu kết cục con so của sản phụ tại Bệnh viện Đại học Y - Dược Huế với tỷ lệ tiền sử sảy thai là 13,6%. Tăng

huyết áp thai kỳ- tiền sản giật là bệnh lý toàn thân mẹ chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi và chiếm 2,3%, thấp hơn nghiên cứu của Đàm Lê Châu là 7,7%. Nhìn chung phần lớn thai phụ không có bệnh lý toàn thân khi nhập viện chiếm tỷ lệ cao nhất 94,4%⁸. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 3,1% sản phụ có hỗ trợ sinh sản. Thai kỳ chuyển dạ tự nhiên chiếm chủ yếu 75,4%. 24,6% sản phụ chưa chuyển dạ lúc vào viện trong đó có 7,7% sản phụ được khởi phát chuyển dạ (bóng Foley đôi, Propess hoặc lóc màng ối).

Tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu của chúng tôi là 40,4%, tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Đàm Lê Châu trong nghiên cứu kết cục con so sinh tại Bệnh viện đại học y dược Huế trong năm 2024 là

44,7%⁸, thấp hơn so với tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu của Phùng Ngọc Hân trong nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so, với tỷ lệ mổ lấy thai 58,8%⁹. Cao hơn so với tỷ lệ mổ lấy thai ở Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2021 là 32% theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Việt[10]. Cao hơn so với chỉ định mổ lấy thai con so ở Hoa Kỳ theo báo cáo của hiệp hội sản phụ khoa Hoa Kỳ trong năm 2022 là 32,2%¹¹. Chỉ định mổ lấy thai do nguyên nhân mẹ-con chiếm tỷ lệ chính 47,7%, nguyên nhân do phần phụ của thai chiếm tỷ lệ thấp nhất 6,3%. Trong nhóm chỉ định mổ lấy thai từ phía mẹ, tỷ lệ xin mổ lấy thai chủ động chiếm tỷ lệ cao nhất 9,3% cao hơn so với kết quả của Đàm Lê Châu (4%)[8], ngày nay mổ chủ động theo nhu cầu của sản phụ đang ngày càng tăng dần. Bệnh lý toàn thân của mẹ chiếm 3% (trĩ độ 3-4, cận thị nặng, mẹ sốt cao không rõ nguyên nhân trong chuyển dạ...). Tỷ lệ này thấp hơn của Đàm Lê Châu 9,1%⁸. Trong nhóm chỉ định mổ lấy thai do thai, lý do chủ yếu là suy thai chiếm 10,6% thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đức Việt (25,2%)¹⁰. Tỷ lệ thai to chiếm thứ 2 trong nhóm chỉ định mổ do thai trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 9,8%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Đức Việt (18,4%). Trong nhóm chỉ định mổ lấy thai do phối hợp nguyên nhân mẹ-con, chỉ định chuyển dạ ngừng tiến triển chiếm tỷ lệ chủ yếu 35,7% cao hơn so với tỷ lệ này của Đàm Lê Châu (16,2%)⁸. Bất tương xứng đầu chậu chiếm 11,2% cao hơn so với kết quả của tác giả Đàm Lê Châu (3%). Trong nhóm chỉ định do phần phụ của thai, thiếu ối là nguyên nhân chính chiếm 5,4% kết quả này cao hơn kết quả của Nguyễn Đức Việt (3%)¹⁰. Như vậy, trong các chỉ định mổ lấy thai, chuyển dạ đình trệ, bất tương xứng đầu chậu và suy thai trong chuyển dạ là các nguyên nhân chính trong nghiên cứu.

Không có sự khác biệt trong phân bố nhóm tuổi mẹ theo nhóm tuần thai trong nghiên cứu của chúng tôi ($p>0,05$) tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Trần Thảo Nguyên đánh giá kết cục con so đủ tháng tại Bệnh viện Đại học y dược Huế⁶. Về màu sắc nước ối có sự khác biệt về tỷ lệ nước ối có phân su giữa các nhóm tuần thai, tỷ lệ sản phụ có nước ối có màu xanh có xu hướng tăng dần theo nhóm tuần thai ($p<0,05$) và cao nhất ở tuần thai 40. Kết quả này tương tự với kết quả của Nguyễn Trần Thảo Nguyên,

nước ối lẫn phân su chiếm tỷ lệ cao nhất ở tuần thai 40 và 41. Kết quả này cũng tương đồng với Yvonne và cộng sự, tỷ lệ nước ối màu xanh tăng dần theo tuần thai². Không có sự khác biệt giữa CTG lúc chuyển dạ giữa nhóm tuổi thai ($p>0,05$) kết quả của chúng tôi tương tự với Nguyễn Trần Thảo Nguyên và cộng sự⁶. Về phương pháp chấm dứt thai kỳ, tỷ lệ mổ lấy thai ở các tuần tuổi thai lần lượt là 32,3%; 39,6%; 45,4% và 35,2%, có sự khác biệt về tỷ lệ mổ lấy thai giữa các nhóm tuần thai ($p<0,05$), tỷ lệ mổ đẻ có xu hướng tăng dần theo tuần thai, cao nhất ở tuần thai 40 với tỷ lệ mổ đẻ 45,4%. Kết quả này giống với của tác giả Nguyễn Trần Thảo Nguyên, tuy nhiên tỷ lệ mổ lấy thai ở tuần 41 (35,2%) của chúng tôi thấp hơn so với tuần 40 (45,4%), không giống trong nghiên cứu của tác giả này, tỷ lệ lấy thai tăng cao nhất ở tuần thai 41 (tỷ lệ mổ đẻ 71%)⁶. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Alan Tita khi theo dõi kết cục của 2502 thai phụ con so nguy cơ thấp, tỷ lệ mổ lấy thai tăng dần từ tuần thai 39 đến 41¹². Những năm gần đây, nhiều nghiên cứu trên thế giới cho rằng việc chủ động kết thúc thai kỳ ở tuần thai 39 giúp giảm tỷ lệ mổ lấy thai so với việc tiếp tục theo dõi đến tuần 40, 41. Thử nghiệm ARRIVE (2019) ghi nhận KPCD chủ động ở tuần thai 39 làm giảm có ý nghĩa tỷ lệ mổ đẻ từ 22,2% xuống 18,6% (RR 0,84; 95%CI 0,76 - 0,93; $p<0,001$) so với nhóm không can thiệp¹². Trong nghiên cứu của tác giả William A. Grobman (2019) đưa ra nhận định khi KPCD ở thai 39 tuần, tỷ lệ mổ đẻ giảm có ý nghĩa thống kê (RR 0,83; 95%CI 0,74-0,93; $p = 0,002$)³. Yvonne và cộng sự khi đánh giá kết cục thai kỳ con so, nguy cơ thấp có tỷ lệ mổ lấy thai từ tuần 40 cao hơn so với các tuần thai trước đó². Trong nghiên cứu của chúng tôi dù tỷ lệ mổ lấy thai còn cao, tuy nhiên có sự tương đồng với nghiên cứu của Yvonne là tỷ lệ mổ lấy thai ở tuần 40 cao hơn so với tuần thai 39.

Về điểm số Apgar của trẻ sơ sinh lúc đẻ, tỷ lệ Apgar < 8 điểm ở các nhóm tuần thai lần lượt 0%; 0%; 0,8% và 1,2%. Không có trẻ có điểm Apgar < 8 ở nhóm tuần thai 37-38 và nhóm tuần thai 39, tuy nhiên từ tuần thai 40 trở đi, tỷ lệ này tăng theo nhóm tuần thai. Xu hướng này giống với nghiên cứu của Nguyễn Trần Thảo Nguyên và cộng sự, tuy nhiên tỷ lệ trẻ có Apgar thấp của chúng tôi thấp hơn so với của tác giả trên (11,6%; 5,7%; 5,0%; 9,7%)⁶. Phù hợp

với lý luận thông thường thai quá dự sinh sẽ có nguy cơ suy thai, suy hô hấp hơn so với trẻ đủ tháng, tuy nhiên, rõ ràng nếu so sánh giữa nhóm tuần thai 39 và tuần thai 40, trẻ sơ sinh đẻ ở tuần thai 39 trong nghiên cứu của chúng tôi có điểm Apgar <8 là thấp hơn so với trẻ sinh ở tuần thai 40. Liên quan đến cân nặng trẻ sơ sinh, nhóm trẻ có cân nặng > 3500gr tăng theo tuần thai và cao nhất ở tuần thai 40 ($p < 0,05$). Cân nặng trẻ sẽ tăng dần về cuối giai đoạn thai kỳ, trọng lượng có xu hướng cao hơn ở các tuần thai trước đó tương tự kết quả của các nghiên cứu của Nguyễn Trần Thảo Nguyên[6]. Về tai biến với mẹ theo tuần thai, không có sự khác biệt giữa các nhóm tuần thai ($p > 0,05$). Tuy nhiên, khi xét về kết cục bất lợi cho sơ sinh, có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các tuần thai ($p < 0,05$). Các bệnh lý vàng da sớm, nhiễm trùng sơ sinh hay nằm ở NICU có xu hướng tăng dần theo tuần thai và cao nhất ở tuần thai 40. Kết quả này tương tự kết quả của Nguyễn Trần Thảo Nguyên ở nhóm tuần thai từ 39 đến 41, nhưng khác trong các nhóm tuần thai 37-38. Trong nghiên cứu của tác giả này, tỷ lệ kết cục chu sinh xấu ở tuần thai 37-38 cao nhất (11,6%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, quan sát thấy tỷ lệ mổ lấy thai, tỷ lệ sản phụ có nước ối màu xanh, tỷ lệ trẻ có Apgar 1 phút <8 và có kết cục chu sinh xấu ở tuần thai 40 cao hơn so với tuần thai 39. Như vậy, trong nghiên cứu này sản phụ kết thúc thai kỳ ở tuần thai 39 thì những tỷ lệ nêu trên tốt hơn so với tuần 40. Tuy nhiên, nghiên cứu tiến hành trong thời gian ngắn 1 năm, số lượng mẫu bé, do đó cần có nghiên cứu tiến hành trên cỡ mẫu lớn hơn, thời gian dài hơn và trên nhiều trung tâm sản phụ khoa hơn.

V. Kết luận

Tỷ lệ mổ lấy thai con so còn cao, các chỉ định mổ lấy thai chủ yếu liên quan đến chuyển dạ đình trệ, bất tương xứng đầu chậu và suy thai. Nhìn chung khi so sánh giữa các tuần thai, có sự khác biệt giữa tỷ lệ mổ lấy thai, tỷ lệ sản phụ có nước ối màu xanh, tỷ lệ trẻ có Apgar 1 phút <8 và có bệnh lý chu sinh giữa các nhóm tuần thai và xu hướng ở tuần thai 40 cao hơn so với tuần thai 39.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Steer PJJBAJoO, Gynaecology (2018) We should stop using incorrect Latin to describe parity and use plain English instead 125(9): 1067.
2. Cheng YW, Nicholson JM, Nakagawa S, Bruckner TA, Washington AE, Caughey ABJAjoo et al (2008) Perinatal outcomes in low-risk term pregnancies: do they differ by week of gestation? 199(4): 370.
3. Grobman WA (2019) Caughey ABJAjoo, gynecology. Elective induction of labor at 39 weeks compared with expectant management: a meta-analysis of cohort studies. 221(4): 304-310.
4. Darney BG, Snowden JM, Cheng YW, Jacob L, Nicholson JM, Kaimal A et al (2013) *Elective induction of labor at term compared with expectant management: Maternal and neonatal outcomes*. 122(4): 761-769.
5. Sotiriadis A, Petousis S, Thilaganathan B, Figueras F, Martins WP, Odibo AO et al (2019) Maternal and perinatal outcomes after elective induction of labor at 39 weeks in uncomplicated singleton pregnancy: A meta-analysis. 2019;53(1):26-35.
6. Nguyễn Trần Thảo Nguyên, Tú TDJTcPs (2022) *Khảo sát kết cục thai kỳ và chuyển dạ ở những thai phụ mang thai con so từ 37⁺⁰ đến 41⁺⁶*. 20(4): 18-22.
7. Phạm Bá Nha (2010) *Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2008*. Y học Việt Nam, trang 14-18.
8. Đàm Lê Châu, Hằng NT, Viên NHC, Đạt TQ, Thảo NT, Thảo PTT và cộng sự (2024) *Nghiên cứu kết cục thai kỳ ở những thai phụ mang thai con so tại Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế*. 22(5): 9-20.
9. Phạm Ngọc Hân, Vinh TQJTcPs (2017) *Chỉ định mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế*. 15(1): 41-46.
10. Nguyễn Đức Việt, Hà NTT, Thành LH, Đạt LVJTcYhVN. Nhận xét chỉ định và kết quả mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2021. 537(1B).
11. Cahill AG, Raghuraman N, Gandhi M, Kaimal AJJO, gynecology. First and second stage labor management: ACOG Clinical Practice Guideline No. 8. 143(1):144-62.
12. Tita AT, Doherty L, Grobman WA, Reddy UM, Silver RM, Mallett G, et al (2021) Maternal and perinatal outcomes of expectant management of full-term, low-risk, nulliparous patients 137(2): 250-7.