

3,54 ± 1,2 ngày; Thời gian dùng thuốc giảm đau sau phẫu thuật là 2,15 ± 0,8 ngày; thời gian hồi sức sau phẫu thuật là 1,22 ± 0,5 ngày.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đặng Quốc Ái, Hà Văn Quyết** (2017). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt túi mật nội soi một lỗ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.
- Ngô Cộng Nghiêm** (2021). Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt túi mật viêm cấp do sỏi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá. Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Vũ Phương, Nguyễn Công Bình, Mạc Xuân Huy, et al.** (2017). Kết quả điều trị sỏi túi mật bằng phương pháp cắt túi mật nội soi tại bệnh viện trường Đại học y khoa Thái Nguyên. Tạp chí KHOA HỌC & CÔNG NGHỆ, 165(05), 73-6.
- Phan Khánh Việt, Lê Trung Hải, Phạm Như Hiệp.** (2016). Nghiên cứu thời điểm mổ và đánh giá kết quả điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi. Tạp chí Y học Việt Nam, 421(1), 38-42.
- Trần Kiên Vũ** (2016). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt túi mật nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
- Acar T, Kamer E, Acar N, et al.** (2017). Laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis: comparison of results between early and late cholecystectomy. Pan Afr Med J, 26, 49.
- Yokoe M, Hata J, Takada T.** (2018). Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with video). J Hepatobiliary Pancreat Sci, 25(1), 41-54.
- Serban D, Socea B, Balasescu SA, et al.** (2021). Safety of Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis in the Elderly: A Multivariate Analysis of Risk Factors for Intra and Postoperative Complications. Medicina (Kaunas), 57(3).

## BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: BỐC TÁCH ĐỘNG MẠCH VÀNH NGUYÊN PHÁT Ở SẢN PHỤ

Lý Ích Trung<sup>1</sup>, Nguyễn Đăng Khoa<sup>2</sup>,  
Nguyễn Hoàng Tài My<sup>1</sup>, Nguyễn Thượng Nghĩa<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

Bóc tách động mạch vành nguyên phát là một nguyên nhân hiếm gặp gây nhồi máu cơ tim cấp và cho đến nay vẫn chưa có các hướng dẫn lâm sàng cụ thể điều trị bệnh lý này. Các bệnh nhân bóc tách động mạch vành nguyên phát thường trẻ tuổi, có thể liên quan đến thai kỳ và ít có các yếu tố nguy cơ của bệnh lý tim mạch như tăng huyết áp, đái tháo đường hay rối loạn mỡ máu. Điều trị nội khoa bảo tồn thường được lựa chọn cho các bệnh nhân có lâm sàng ổn định và không có tình trạng thiếu máu cơ tim hay rối loạn huyết động tiến triển trong khi can thiệp mạch vành chỉ đặt ra ở các đối tượng có tình trạng lâm sàng không ổn định. Chúng tôi báo cáo một tình huống được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp do bóc tách động mạch vành nguyên phát liên quan đến thai kỳ được điều trị thành công bằng can thiệp đặt stent mạch vành và thảo luận về cách điều trị cho những bệnh nhân này. **Từ khóa:** Nhồi máu cơ tim, bóc tách động mạch vành nguyên phát, can thiệp mạch vành, thai kỳ, tái tưới máu.

#### SUMMARY

##### POSTPARTUM SPONTANEOUS CORONARY ARTERY DISSECTION: A CASE REPORT

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>2</sup>Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đăng Khoa

Email: khoand.pnt@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 25.6.2024

Spontaneous coronary dissection is a rare cause of acute myocardial infarction, and currently, there is a lack of clinical guidelines for managing this condition. Patients with spontaneous coronary dissection typically present at young ages and may have associations with pregnancy, less likely to have risk factors for cardiovascular diseases such as hypertension, diabetes, or dyslipidemia. Conservative medical therapy is the preferred treatment for clinically stable patients with spontaneous coronary dissection who show no signs of progressive myocardial ischemia or hemodynamic instability. Percutaneous coronary intervention should be considered in subjects with unstable clinical manifestations. In this article, we present a clinical case of myocardial infarction caused by postpartum spontaneous coronary dissection, successfully treated with percutaneous coronary intervention. Our aim is to contribute valuable information on the use of percutaneous coronary intervention in the treatment of this condition. **Keywords:** Myocardial infarction, spontaneous coronary artery dissection, coronary intervention, pregnancy, reperfusion.

#### I. CA LÂM SÀNG

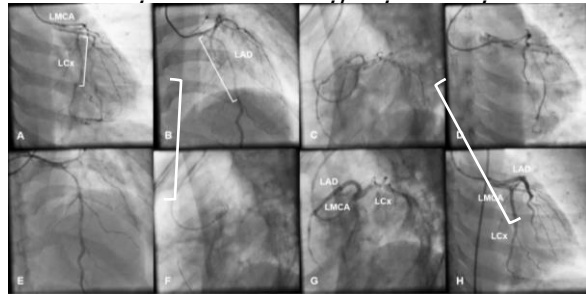
##### 1.1. Tình trạng lâm sàng và chẩn đoán.

Bệnh nhân nữ, 39 tuổi, không ghi nhận tiền căn bệnh lý tim mạch trước đây và vừa mổ bắt con vào 11 ngày trước. 1 ngày trước nhập viện bệnh nhân có tình trạng đau nặng và bóp nghẹt vùng ngực trái không liên quan gắng sức, không lan, vã mồ hôi, khám bệnh ở bệnh viện tuyến dưới được chẩn đoán là nhồi máu cơ tim cấp (NMCT).

Bệnh nhân được chuyển lên bệnh viện Chợ Rẫy với tình trạng lâm sàng ổn định, giảm đau ngực, không khó thở. Điện tâm đồ của bệnh nhân tại khoa cấp cứu bệnh viện Chợ Rẫy ghi nhận có ST chênh lên tại aVR, chênh xuống tại DI, DII, DIII, aVF và từ V4 đến V6; hs-Troponin I tăng từ 9009,1 pg/ml lên 10371 pg/ml. Siêu âm tim ghi nhận tình trạng giảm động vách liên thất với phân suất tống máu thất trái giảm nhẹ (EF = 48%) khi đánh giá bằng phương pháp Simpson. Với các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng trên, bệnh nhân được chẩn đoán xác định là NMCT cấp không ST chênh lên nguy cơ cao ngày 2 killip I - hậu phẫu mổ lấy thai ngày 11 và được lên kế hoạch chụp mạch vành chương trình trong vòng 24 giờ. Trên hình ảnh chụp mạch vành của bệnh nhân, chúng tôi ghi nhận tình trạng bóc tách nguyên phát từ đoạn xa của thân chung ĐM vành trái (LMCA) đến đoạn giữa ĐM liên thất trước (LAD) gây hẹp 60 - 70% diện tích lòng mạch và bóc tách nguyên phát từ đoạn gần đến đoạn giữa ĐM mũ (LCx) gây hẹp 80% diện tích lòng mạch với dòng chảy TIMI 3. Tại thời điểm đó, chúng tôi xác định nguyên nhân gây NMCT cấp của bệnh nhân là do bóc tách ĐM vành nguyên phát.



**Hình 1.** Điện tâm đồ lúc nhập viện của bệnh nhân



**Hình 2. Quá trình can thiệp mạch vành qua các sang thương phức tạp**

A, B: bóc tách (dấu ngoặc màu trắng) đoạn xa LMCA đến đoạn giữa LAD và cuối đoạn gần LCx; C, D, E: đi dây dẫn thành công vào lòng thật đến đoạn xa của LAD và LCx; F, G, H: can thiệp thành công đặt stent vào nhánh LCx từ lỗ, từ LMCA đến đoạn xa LAD.

**1.2. Kế hoạch điều trị và theo dõi.** Sau khi thảo luận với gia đình, với nguyện vọng từ chối phẫu thuật bắt cầu mạch vành từ bệnh nhân, chúng tôi tiến hành can thiệp mạch vành qua da với thử thách đi dây dẫn vào lòng thật của mạch vành. Khi đã xác định dây dẫn đúng

trong lòng thật, chúng tôi đặt 2 stent từ đoạn xa của LMCA đến đoạn xa LAD, 2 stent từ đoạn gần đến đoạn giữa của LCx. Sau khi can thiệp chúng tôi ghi nhận không có tình trạng hẹp tồn lưu và dòng chảy là TIMI III, thủ thuật đã được thực hiện thành công. Bệnh nhân tiếp tục được sử dụng thuốc kháng tiểu cầu kép gồm aspirin 100 mg/ngày; clopidogrel 75 mg/ngày và các thuốc cải thiện tiên lượng gồm candesartan 4 mg/ngày; metoprolol 12,5 mg/ngày. Sau khi theo dõi bệnh nhân 2 ngày, tình trạng lâm sàng của bệnh nhân diễn tiến ổn định, không còn tình trạng đau ngực, vết mổ bắt con sạch và không rỉ máu, chúng tôi cho bệnh nhân xuất viện và hẹn tái khám theo dõi sau 2 tuần. Bệnh nhân cũng được tư vấn sử dụng các biện pháp tránh thai để tránh tình trạng bóc tách ĐM vành tái phát.

## II. BÀN LUẬN

Bóc tách động mạch vành nguyên phát (BTĐMVNP) là một nguyên nhân hiếm gặp gây nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp, ước tính chiếm khoảng 1% đến 4% và có thể còn cao hơn do không được nghĩ đến trên lâm sàng hay bỏ sót trên hình ảnh chụp mạch vành (CMV). Bệnh thường gặp ở các đối tượng trẻ tuổi, trung bình từ 47 đến 53 tuổi (tuy nhiên có thể gặp từ tuổi thiếu niên đến 80 tuổi), ít có các yếu tố nguy cơ của bệnh lý tim mạch và là nguyên nhân hàng đầu gây NMCT cấp ở phụ nữ dưới 40 tuổi.<sup>1</sup> Có đến 90% các trường hợp được ghi nhận là nữ, hơn 30% các trường hợp NMCT cấp ở nữ giới dưới 50 tuổi và gần 15% các trường hợp NMCT cấp trong thai kỳ là do BTĐMVNP.<sup>1,2</sup> NMCT cấp do BTĐMVNP có thể xảy ra trong tất cả các giai đoạn của thai kỳ hay sau sinh, nhưng đa phần xảy ra trong 1 đến 4 tuần đầu sau sinh.<sup>2,3</sup> Bệnh có thể biểu hiện triệu chứng như đau ngực (82%), ói (25%) và khó thở (18%). BTĐMVNP không hẳn là lành tính, bệnh nhân thường nhập viện với chẩn đoán NMCT cấp ST chênh lên (50%), nhanh thất - rung thất (15%) và gây các biến chứng lâm sàng tối tệ. Các bệnh nhân NMCT cấp do BTĐMVNP liên quan thai kỳ thường có tổn thương thân chung ĐMV trái, tổn thương nhiều nhánh ĐMV, NMCT cấp ST chênh lên, choáng tim và giảm PSTM thất trái cũng như tỉ lệ tử vong 30 ngày và biến chứng cao hơn.<sup>1,3</sup>

Cho đến hiện tại, có rất nhiều yếu tố liên quan đến BTĐMVNP đã được xác định như bệnh lý mô liên kết (lupus ban đỏ hệ thống, sarcoidosis, viêm đại tràng mạn tính, ...), các stress vật lý hay cảm xúc (nghiệm pháp Valsalva thô bạo, nôn ói, tập thể dục, ...), sử dụng thuốc, các biến đổi về hormone (thai kỳ) và các yếu tố

gia đình, tuy nhiên nguyên nhân của BTĐMVNP vẫn chưa được biết rõ.<sup>1</sup> Đối với các trường hợp BTĐMVNP liên quan đến thai kỳ, các tác giả cho rằng có sự liên quan giữa biến đổi hormone trong quá trình mang thai đến tổn thương ĐMV, vì thế tần suất tăng ở những sản phụ sinh nhiều lần hay tuổi thai cao. Tuy nhiên, cơ chế thật sự vẫn chưa được chứng minh.<sup>1</sup>

CMV xâm lấn là phương pháp được lựa chọn hàng đầu để khảo sát trên bệnh nhân nghi ngờ

BTĐMVNP và nên được tiến hành sớm nhất có thể.<sup>4</sup> Trên hình ảnh CMV, các tổn thương BTĐMVNP sẽ được phân loại thành 4 típ (hình 3) và chiến lược tái tưới máu sẽ được đề ra dựa trên vị trí và mức độ tổn thương.<sup>1</sup> Khi không thể xác định được nguyên nhân tổn thương trên hình ảnh CMV, các phương tiện hình ảnh học hỗ trợ như IVUS và OCT có thể giúp phân biệt BTĐMVNP với các nguyên nhân gây hẹp ĐM vành khác.<sup>5</sup>

Phân loại	Đặc điểm chụp mạch vành	Đặc điểm giải phẫu	Mô tả
Mạch vành bình thường			
Bóc tách mạch vành nguyên phát típ 1			Có hình ảnh rách nội mạc trên phim chụp mạch vành. Cản quang lắng đọng trong lòng giả hoặc giảm tốc độ cản quang ở đoạn mạch bị tổn thương.
Bóc tách mạch vành nguyên phát típ 2A			Hình thái thường gặp nhất. Trên phim chụp mạch vành không thấy vết rách nội mạc mà thấy hẹp lòng mạch ở đoạn mạch bị tổn thương do tụ máu trong thành mạch, thường dài > 20 mm.
Bóc tách mạch vành nguyên phát típ 2B			<b>Típ 2A:</b> tổn thương có 2 đầu là 2 đoạn mạch bình thường. <b>Típ 2B:</b> tổn thương kéo dài đến hết chiều dài đoạn mạch máu.
Bóc tách mạch vành nguyên phát típ 3			Hình thái ít gặp nhất, khó chẩn đoán trên phim chụp mạch vành. Không thấy vết rách nội mạc mà thấy hẹp lòng mạch do tụ máu trong thành mạch, thường dài ≤ 20 mm.
Bóc tách mạch vành nguyên phát típ 4			Không thấy vết rách nội mạc, lòng mạch bị tắc hoàn toàn do tụ máu trong thành mạch. Đôi khi chỉ chẩn đoán được khi chụp mạch vành theo dõi sau quá trình điều trị.

**Hình 3. Phân loại bóc tách động mạch vành nguyên phát.<sup>1</sup>**

Chiến lược tái tưới máu ở những bệnh nhân NMCT cấp do BTĐMVNP hiện vẫn còn nhiều điều tranh cãi giữa việc khi nào cần phải can thiệp mạch vành (CTMV) trên nhóm bệnh nhân trên. Trong một nghiên cứu, các tác giả ở Thụy Sĩ đã cho thấy các bệnh nhân BTĐMVNP đáp ứng rất tốt với điều trị nội khoa bảo tồn và vị trí ĐM vành bị bóc tách tự hồi phục lên đến 96% bệnh nhân.<sup>6</sup> Khác với các bệnh nhân NMCT do nút vỡ mảng xơ vữa, CTMV trên các bệnh nhân BTĐMVNP đối mặt với nguy cơ làm nặng lên tình trạng bóc tách mạch máu, phải đặt nhiều stent khi tổn thương lan tỏa, đặt stent vào lòng mạch giả và kéo dài thời gian nằm viện.<sup>1,4</sup> Trong cập nhật mới nhất của ESC về điều trị hội chứng vành cấp, CTMV được khuyến cáo trên nhóm đối tượng có triệu chứng thiếu máu cơ tim tiến triển, huyết động không ổn định, bóc tách ĐM vành chi phối cho vùng cơ tim lớn và có hiện tượng chậm dòng.<sup>5</sup> Đối với các tổn thương phức tạp liên quan đến LMCA hay tổn thương đoạn gần từ 2 nhánh ĐM vành trở lên mà không phù hợp với CTMV, phẫu thuật bắc cầu mạch vành (CABG) nên được ưu tiên hơn CTMV.<sup>5</sup>

Bệnh có tỉ lệ tái phát 10 đến 25% trong 5 năm. Nghiên cứu SCANSCAD sau 3 năm ghi nhận tỉ lệ NMCT tái phát 9,9% với tỉ lệ BTĐMVNP tái phát ở 2,4% và lan rộng ở 3,5%. Vị trí bóc tách thay đổi khác ĐMV lần đầu và điều này cho thấy việc can thiệp đặt stent hay mổ bắc cầu không giúp bảo vệ khỏi nguy cơ này.<sup>3</sup>

Tuy vậy, quyết định điều trị trên thai phụ cần phải được đặt ra trong bối cảnh liệu việc can thiệp tái tưới máu hay điều trị bảo tồn có ảnh hưởng như thế nào đến sức khỏe của thai nhi. Trong đa số các trường hợp, khi bệnh nhân có huyết động ổn định, tổn thương ở mạch máu không chi phối vùng cơ tim lớn, có thể cân nhắc điều trị nội khoa bảo tồn với thời gian theo dõi trong bệnh viện từ 3 đến 5 ngày.<sup>1</sup> Các điều trị xâm lấn hơn nên được đặt ra trong bối cảnh khi mà lợi ích của CTMV hay CABG vượt trội hơn điều trị nội khoa bảo tồn.<sup>7</sup>

Các thuốc điều trị nội khoa trên bệnh nhân bóc tách ĐM vành hiện vẫn còn chưa rõ ràng do thiếu các chứng cứ từ các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng.<sup>3</sup> Dựa trên các đặc điểm về bệnh sinh và điều trị, các bệnh nhân nên được kiểm soát huyết áp với mục tiêu dưới 120/80mmHg, điều trị suy tim theo các hướng dẫn hiện hành khi có rối loạn chức năng tâm thu thất trái và chỉ nên dùng statin khi có chỉ định.<sup>1</sup> Trên các bệnh nhân được điều trị nội khoa bảo tồn, lựa chọn đơn trị hay kháng tiểu cầu kép và thời gian sử dụng thuốc kháng tiểu cầu hiện tại

vẫn còn chưa rõ do sự khác biệt về cơ chế bệnh sinh của bóc tách ĐM vành và tổn thương mạch vành do xơ vữa.<sup>1,3</sup> Đồng thuận hiện tại và dựa trên nhiều quan sát cho thấy nghiêng về đơn trị kháng tiểu cầu bằng aspirin ít nhất 30 ngày. Kháng tiểu cầu kép chỉ dành cho các trường hợp xác định có huyết khối hoặc khi được CTMV đặt stent.<sup>3</sup> Thuốc ức chế beta nên được chỉ định cho bệnh nhân do có chứng cứ làm giảm bóc tách ĐM vành tái phát.<sup>8</sup> Bệnh nhân nữ được khuyến ngưng các liệu pháp điều trị hormone thay thế như thuốc ngừa thai. Riêng ở những bệnh nhân có liên quan thai kỳ, do đây được xem là yếu tố nguy cơ tái phát nên được khuyến cáo tránh thai kỳ tiếp theo và có những biện pháp tránh thai không hormone hiệu quả.<sup>3</sup>

Quay lại bệnh nhân của chúng tôi, bệnh nhân này hiện tại đang có tình trạng thiếu máu cơ tim tiếp diễn và BTĐMVNP ở LMCA và đoạn gần của LAD lẫn LCx. Do đó, chiến lược tái tưới máu đã được chúng tôi đặt ra và sau khi đặt stent, tình trạng BTĐMVNP đã được kiểm soát, dòng chảy sau can thiệp tốt và tình trạng lâm sàng cải thiện. Bệnh nhân được chúng tôi lên kế hoạch sử dụng thuốc kháng tiểu cầu kép với aspirin và clopidogrel trong 12 tháng, phối hợp với các thuốc cải thiện tiên lượng gồm candesartan và metoprolol. Bệnh nhân cũng được tư vấn sử dụng các biện pháp tránh thai để tránh tình trạng bóc tách ĐMV tái phát.

Cuối cùng, những bệnh nhân này có thể được chỉ định tập phục hồi chức năng sau 1 đến 2 tuần, có các biện pháp giảm stress và tránh chơi những môn thể thao đối kháng, các bài tập sức bền với cường độ cao hay các động tác tương đương Valsava kéo dài.<sup>3</sup>

### III. KẾT LUẬN

NMCT cấp do BTĐMVNP là tình trạng hiếm gặp nhưng có thể gây nguy hiểm đến tính mạng. Hiện tại, các khuyến cáo cho thấy nên ưu tiên điều trị nội khoa bảo tồn và chỉ nên can thiệp mạch vành ở một số bệnh nhân nhất định. Thuốc ức chế beta đã được chứng minh giúp giảm tái phát và nên được chỉ định cho các bệnh nhân trên.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim E. S. H. (2020) Spontaneous Coronary-Artery Dissection. *N Engl J Med.* 383(24), pp.2358-2370.
2. Smilowitz N. R., Gupta N., Guo Y., Zhong J., Weinberg C. R., Reynolds H. R., et al. (2018) Acute Myocardial Infarction During Pregnancy and the Puerperium in the United States. *Mayo Clin Proc.* 93(10), pp.1404-1414.
3. Hayes S. N., Tweet M. S., Adlam D., Kim E.

- S. H., Gulati R., Price J. E., Rose C. H. (2020) Spontaneous Coronary Artery Dissection: JACC State-of-the-Art Review. J Am Coll Cardiol. 76(8), pp.961-984.
4. Kaddoura R., Cader F. A., Ahmed A., Alasnag M. (2023) Spontaneous coronary artery dissection: an overview. Postgrad Med J. 99(1178), pp.1226-1236.
  5. Byrne R. A., Rossello X., Coughlan J. J., Barbato E., Berry C., Chieffo A., et al. (2023) ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 44(38), pp.3720-3826.
  6. Rogowski S., Maeder M. T., Weilenmann D., Haager P. K., Ammann P., Rohner F., et al. (2017) Spontaneous Coronary Artery Dissection: Angiographic Follow-Up and Long-Term Clinical Outcome in a Predominantly Medically Treated Population. Catheter Cardiovasc Interv. 89(1), pp.59-68.
  7. Vongbunyong K., Chua F., Ghashghaei R. (2023) Pregnancy-related spontaneous coronary artery dissection: a rare cause of acute coronary syndrome in the third trimester. BMC Cardiovasc Disord. 23(1), p.292.
  8. Saw J., Humphries K., Aymong E., Sedlak T., Prakash R., Starovoytov A., et al. (2017) Spontaneous Coronary Artery Dissection: Clinical Outcomes and Risk of Recurrence. J Am Coll Cardiol. 70(9), pp.1148-1158.

## TỶ LỆ MỔ LẤY THAI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở SẢN PHỤ MANG THAI CON SO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH GIA LAI NĂM 2023

Tô Mai Chi<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Diễm Thuý<sup>2</sup>,  
Huỳnh Thanh Phong<sup>1</sup>, Trần Đỗ Thanh Phong<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ mổ lấy thai của sản phụ có con so tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Gia Lai và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến nguyên nhân mổ lấy thai con so. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả, sử dụng số liệu hồi cứu trên 246 sản phụ được mổ lấy thai khi đến sanh tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Gia Lai từ ngày 01/01/2023 đến ngày 31/12/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm nghiên cứu trong năm 2022 đạt 59,35% cao hơn nhóm sản phụ con so sinh thường (40,65%). Sản phụ con so được chỉ định mổ lấy thai thuộc nhóm nguyên nhân do thai chiếm tỷ lệ cao nhất với 68,49%, tiếp đến là nhóm nguyên nhân do phần phụ của thai chiếm 26,71%, thấp nhất là nhóm nguyên nhân do các lý do xã hội chiếm 7,53%. Tỷ lệ mổ lấy thai (mổ lấy thai) cao hơn ở nhóm sản phụ sống tại thành thị (75%) so với nông thôn (56,31%), dân tộc Kinh (70,65%) so với dân tộc thiểu số (52,6%) ( $P < 0,05$ ). Tỷ lệ mổ lấy thai cao nhất ở nhóm tuổi dưới 19 (75%), giảm dần qua các nhóm tuổi cao hơn ( $P > 0,05$ ). Tất cả trường hợp ngôi thai ngược đều được chỉ định mổ lấy thai, trong khi chỉ 56,9% ngôi thai chỏm được mổ lấy thai ( $P < 0,05$ ). Không có sự khác biệt về tỷ lệ mổ lấy thai giữa các nhóm tuổi thai ( $P > 0,05$ ). **Kết luận:** Tỷ lệ mổ lấy thai cao hơn so với sinh thường với nguyên nhân hay gặp nhất là suy thai. Chỉ định mổ lấy thai thường do kết hợp nhiều nguyên nhân. Có mối liên quan giữa địa chỉ, dân tộc và ngôi thai với tỷ lệ mổ lấy thai.

**Từ khóa:** Mổ lấy thai, sinh con so.

### SUMMARY

#### CESAREAN SECTION RATE AND ASSOCIATED FACTORS IN NULLIPAROUS WOMEN AT GIA LAI HOSPITAL

**Objectives:** Determine the rate of cesarean section for women with first children at Gia Lai Provincial General Hospital and learn some factors related to the causes of cesarean section for first children. **Methods:** The study used a descriptive design, using retrospective data on 246 pregnant women undergoing cesarean section upon delivery at Gia Lai Provincial General Hospital from January 1, 2023 to December 31, 2023. **Results:** The rate of cesarean section in the study group in 2022 reached 59.35%, higher than the group of women giving birth naturally (40.65%). Pregnant women with first-born children are scheduled for cesarean section in the fetal cause group, accounting for the highest rate at 68.49%, followed by the fetal adnexal cause group accounting for 26.71%, and the lowest cause group is the fetal cause group. due to social reasons accounting for 7.53%. The rate of cesarean section (cesarean section) is higher among pregnant women living in urban areas (75%) compared to rural areas (56.31%), Kinh ethnic groups (70.65%) compared to ethnic minorities (52.6%) ( $P < 0.05$ ). The cesarean section rate was highest in the under 19 age group (75%), gradually decreasing through higher age groups ( $P > 0.05$ ). All cases of breech presentation were referred for cesarean section, while only 56.9% of breech presentation cases received cesarean section ( $P < 0.05$ ). There was no difference in cesarean section rate between gestational age groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** The rate of cesarean section is higher than that of vaginal birth with the most common cause being fetal distress. Indications for cesarean section are often due to a combination of many reasons. There is a relationship between address, ethnicity and fetal position with cesarean section rate.

<sup>1</sup>Trường Đại học Võ Trường Toản

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Tô Mai Chi  
Email: 6065385158@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 26.6.2024