

phổi là những yếu tố nguy cơ có ý nghĩa với biến cố HRM tái phát sớm trong vòng 6 tháng. Các bệnh nhân sau can thiệp mạch điều trị đều cần phải điều trị nguyên nhân gây HRM để tránh tái phát.

Biến chứng nặng của sau can thiệp mạch điều trị HRM, chủ yếu do chất thuốc tắc đi vào những vị trí không mong muốn, như: viêm tủy, nhồi máu tủy, hoại tử phế quản, đột quỵ não, ...<sup>2</sup>. Tỷ lệ biến chứng nặng chỉ vào khoảng 2%, và thực sự giảm trong những năm gần đây<sup>7</sup>. Tuy nhiên các bác sĩ can thiệp vẫn cần thận trọng và đánh giá kĩ lưỡng trong suốt quá trình thực hiện thủ thuật để phòng tránh một cách tối đa.

## V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch điều trị ho ra máu ở bệnh nhân lao phổi có hiệu quả tức cao, an toàn ít biến chứng nặng, tuy nhiên vẫn có tỉ lệ tái phát còn cao, nhất là ở bệnh nhân có u nấm phổi hoặc thông nối tuần hoàn phổi. Đề tài còn những hạn chế của phương pháp hồi cứu; do đó cần những nghiên cứu tiến cứu trong tương lai đánh giá về hiệu quả dài hạn của thủ thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dabo H, Gomes R, Marinho A, Madureira M, Paquete J, Morgado P.** Bronchial artery embolisation in management of hemoptysis-A retrospective analysis in a tertiary university hospital. *Rev Port Pneumol* (2006). Jan-Feb

2016;22(1):pp.

34-38.

doi:10.1016/j.rppnen.2015.09.001

2. **Panda A, Bhalla AS, Goyal A.** Bronchial artery embolization in hemoptysis: a systematic review. *Diagn Interv Radiol.* Jul-Aug 2017;23(4):307-317. doi:10.5152/dir.2017.16454

3. **Anuradha C, Shyamkumar NK, Vinu M, Babu NR, Christopher DJ.** Outcomes of bronchial artery embolization for life-threatening hemoptysis due to tuberculosis and post-tuberculosis sequelae. *Diagn Interv Radiol.* Jan-Feb 2012;18(1):pp. 96-101. doi:10.4261/1305-3825.dir.3876-11.2

4. **Sarioglu O, Capar AE, Yavuz MY, Belet U.** Angiographic Findings and Outcomes of Bronchial Artery Embolization in Patients with Pulmonary Tuberculosis. *Eurasian J Med.* Jun 2020;52(2):126-131. doi:10.5152/eurasianjmed.2020.19221

5. **Singhal R, K BS, Naranje P, et al.** Society of Chest Imaging and Interventions Consensus Guidelines for the Interventional Radiology Management of Hemoptysis. *Indian J Radiol Imaging.* Jul 2023;33(3):361-372. doi:10.1055/s-0043-1762552

6. **Seyyedi SR, Tabarsi P, Sadr M, et al.** Bronchial Angioembolization for Management of Hemoptysis Due to Pulmonary Tuberculosis. *Tanaffos.* Feb 2021;20(2):134-139.

7. **Zheng Z, Zhuang Z, Yang M, et al.** Bronchial artery embolization for hemoptysis: A systematic review and meta-analysis. *J Interv Med.* Nov 2021;4(4):172-180. doi:10.1016/j.jimed.2021.08.003

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA NHỮNG SẢN PHỤ CÓ SEO PHẪU THUẬT LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN 198

Phùng Văn Huệ<sup>1</sup>, Phạm Huy Hiền Hào<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Hải<sup>3</sup>, Đinh Thị Xuân Nhi<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những sản phụ có sẹo phẫu thuật lấy thai tại bệnh viện 198. **Đối tượng và phương pháp:** Tất cả các sản phụ có tiền sử sinh bằng phương pháp phẫu thuật lấy thai một lần đến sinh tại bệnh viện 198 có chỉ định theo dõi sinh thường từ năm 2018 đến 2022. **Kết quả:** Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu đa số nằm trong độ tuổi sinh sản từ 20 -35 tuổi chiếm

95,5% với độ tuổi trung bình là 30,04 ± 3,1. Sản phụ bắt đầu theo dõi sinh thường chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm tuổi thai <35 tuần chiếm 78,9%. Sản phụ nhập viện cổ tử cung đã mở 2-3cm chiếm tỉ lệ cao nhất là 45,1%, với 46,6% cơn co tử cung đạt tần số 1-2. Khoảng cách giữa lần mổ lấy thai trước và mang thai lần này: Đa số là > 36 tháng chiếm 51,2%. Trung bình: 46,12 ± 18,75 tháng, thấp nhất là 12 tháng. Trọng lượng thai nhi 3000-3700 gram chiếm tỉ lệ cao nhất 59,4%. BMI trung bình của đối tượng nghiên cứu là 24,82 ± 2,7, cao nhất là 32,46. **Kết luận:** Sản phụ có sẹo phẫu thuật lấy thai lần một có thể theo dõi sinh thường nếu đủ điều kiện. Phẫu thuật viên mổ lần đầu là người tư vấn tốt nhất cho lựa chọn phương pháp sinh lần sau cho sản phụ.

**Từ khóa:** Sinh đường âm đạo sau mổ lấy thai, thử nghiệm chuyển dạ sau phẫu thuật lấy thai

### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUBCLINICAL

<sup>1</sup>Bệnh viện 198

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>4</sup>Đại học Y Quốc gia Odessa

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Văn Huệ

Email: phungvanhue198@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 4.12.2023

**CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN WITH CESAREAN SECTION AT HOSPITAL 198**

**Objectives:** Clinical and subclinical characteristics of pregnant women with cesarean section at hospital 198. **Subjects and methods:** All pregnant women with once previous cesarean section admitted at hospital 198 have had indication to trial of labor from 2018 to 2022. **Results:** The age distribution of the research subjects was mostly in the reproductive age range from 20 - 35 years old, accounting for 95.5% with an average age of 30.04 ± 3.1 years. Pregnant women who started monitoring for normal birth accounted for the highest rate in the gestational age group <35 weeks, accounting for 78.9%. Pregnant women admitted to the hospital with cervix dilated 2-3cm accounted for the highest rate of 45.1%, with 46.6% of uterine contractions reaching frequency 1-2. Distance between previous cesarean section and this pregnancy: The majority is > 36 months, accounting for 51.2%. Average: 46.12± 18.75 months, lowest is 12 months. Fetal weight of 3000-3700 grams accounts for the highest rate of 59.4%. The average BMI of the study subjects was 24.82 ± 2.7, the highest being 32.46. **Conclusion:** Pregnant women with once previous cesarean section can follow up vaginal delivery if eligible. The first-time surgeon is the best consultant for choosing a method of giving birth for the pregnant woman for the next time. **Keywords:** Vaginal birth after cesarean section, trial of labor after cesarean section

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Sinh đường âm đạo sau mổ lấy thai (VBAC) mô tả một ca sinh đường âm đạo ở những phụ nữ đã từng sinh bằng phương pháp phẫu thuật trong một lần mang thai trước. Mặc dù là một thực hành được chấp nhận và nói chung an toàn, các biến chứng tiềm ẩn nghiêm trọng bao gồm vỡ tử cung hoặc sa tử cung và bệnh tật liên quan ở mẹ và hoặc trẻ sơ sinh. VBAC có liên quan đến việc giảm tỷ lệ mắc bệnh ở mẹ và giảm nguy cơ biến chứng trong những lần mang thai sau này. Việc tăng sinh VBAC cũng sẽ làm giảm tỷ lệ sinh bằng phương pháp phẫu thuật chung.

Trong thời gian gần đây, số lần phẫu thuật lấy thai ở sản phụ tăng lên do đó nguy cơ biến chứng sản khoa cũng tăng lên đáng kể. Các biến chứng này bao gồm: chảy máu sau sinh, rau tiền đạo, rau cài răng lược và các rối loạn liên qua đến rau thai. Từ thực tế đó chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Nhận xét kết quả sinh thường trên sản phụ có sẹo phẫu thuật lấy thai tại bệnh viện 198.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả các sản phụ có tiền sử sinh bằng phương pháp phẫu thuật lấy thai một lần đến sinh tại bệnh viện 198 có chỉ định theo dõi sinh thường từ năm 2018

đến 2022.

**\*Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Sẹo mổ ngang đoạn dưới tử cung, chỉ định mổ lấy thai lần trước không tồn tại
- Ngôi chẵn, khung chậu và trọng lượng thai nhi tương xứng
- Không kèm biến chứng nội khoa hay sản khoa, cơ sở y tế đủ điều kiện phẫu thuật cấp cứu.

**\* Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Những trường hợp sinh mổ từ 2 lần trở lên, chỉ định mổ lấy thai lần trước tồn tại
- Sẹo mổ dọc thân tử cung hoặc chữ T, bóc nhân xơ tử cung, xén góc tử cung, tiền căn vỡ tử cung
- Ngôi thai bất thường, nghi ngờ bất tương xứng đầu chậu, thai to.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**\*Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang hồi cứu.

**\*Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Mô tả cắt ngang chọn mẫu thuận tiện không xác suất. Vì vậy, các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian trên đều được đưa vào mẫu nghiên cứu.

**\*Các bước tiến hành, phương pháp thu thập số liệu:** Xây dựng phiếu thu thập số liệu được dựa trên mục tiêu nghiên cứu, biến số nghiên cứu.

**\*Xử lý số liệu:** Phân tích và xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học thông qua chương trình SPSS 20.

**III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

**3.1. Nghề nghiệp**

**Bảng 1: Nghề nghiệp**

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỷ lệ
Nông dân	1	0,8
Công nhân	9	6,8
Lao động tự do	28	21,1
Cán bộ	37	27,8
Khác	58	43,6
<b>Tổng</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Nghề nghiệp của sản phụ chủ yếu là nhóm nghề nghiệp "khác" chiếm 43,6%, tiếp đó đến cán bộ chiếm 27,8% và lao động tự do chiếm 21,1%. Theo cách phân chia nghề nghiệp thì nhóm nghề nghiệp "khác" ở đây chủ yếu là những sản phụ không làm công việc xác định cụ thể nào, chủ yếu trong giai đoạn nghỉ dưỡng thai chờ đẻ, điều này khá hợp lý vì trong nghiên cứu của chúng tôi đa số các sản phụ có sẹo mổ lấy thai được theo dõi đẻ đường dưới đều được khám tuyển chọn kỹ lưỡng từ trước và được tư vấn nghỉ thai sản sớm. Kết quả này khác với kết quả của Nguyễn Thị Hiền (2016) tỷ lệ sản

phụ là cán bộ là cao nhất (32,9%), tiếp đến là công nhân (22,9%), thấp nhất là nông dân (13,1%). [1]

**3.2. Tuổi**

**Bảng 2: Tuổi**

	< 20	20 – 35	>35
Số lượng	0	127(95,5%)	6(4,5%)
Trung bình (bé nhất-lớn nhất)		30,04 ± 3,1 (21 - 40)	
<b>Tổng</b>	<b>133</b>		

**Nhận xét:** Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu đa số nằm trong độ tuổi sinh sản từ 20 -35 tuổi chiếm 95,5% với độ tuổi trung bình là 30,04 ± 3,1 tuổi; bé nhất nhất là 21 tuổi và lớn tuổi nhất là 40 tuổi, chỉ có 6 sản phụ trên 35 tuổi chiếm 4,5%. Trong nghiên cứu của Trần Văn Quang (2020) tuổi trung bình chung của nhóm đối tượng nghiên cứu là 28 tuổi, tuổi bé nhất là 16, lớn nhất 45 tuổi. Phần lớn đối tượng thuộc nhóm 20-35 tuổi (80,6%), trong đó nhóm tuổi 21-29 tuổi (55,1%); nhóm 30-34 tuổi chiếm 25,5%; tỷ lệ nhóm dưới 20 tuổi thấp nhất (8,0%). Như vậy, phân bố độ tuổi của chúng tôi có sự khác biệt hơn các nghiên cứu khác vì các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tính đặc thù được chọn lọc kỹ lưỡng để đảm bảo chất lượng sẹo mổ đẻ cũ cũng như các yếu tố tiên lượng đẻ khó là thấp nhất có thể. [2]

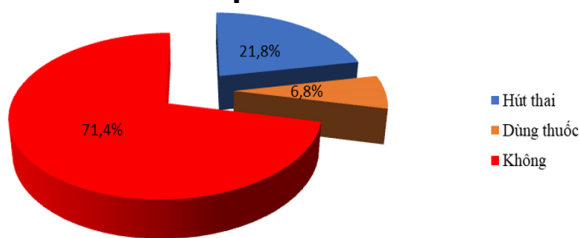
**3.3. Địa điểm phẫu thuật lấy thai lần trước**

**Bảng 3: Địa điểm phẫu thuật lấy thai lần trước**

	Tuyến cơ sở	Tuyến tỉnh	Tuyến trung ương
Số lượng	71(53,4%)	59(44,4%)	3(2,3%)
<b>Tổng</b>	<b>133(100%)</b>		

**Nhận xét:** Bảng 3 cho thấy rằng địa điểm phẫu thuật lấy thai lần trước chủ yếu ở tuyến y tế cơ sở (53,4%) và tuyến tỉnh (44,4%), tuyến trung ương chỉ có chiếm 2,3%. Những sản phụ đã từng sinh mổ ở tuyến trung ương hầu như đều được bác sỹ dặn dò lần sau chắc chắn phải sinh mổ, do đó khi chúng tôi tư vấn cho nhóm sản phụ này phần lớn họ đều từ chối theo dõi sinh đường dưới vì lo ngại những tai biến rủi ro.

**3.4. Tiền sử nạo hút thai**



**Biểu đồ 1: Tiền sử nạo hút thai**

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số sản phụ không có tiền sử nạo hút thai với 71,4%, còn lại tỷ lệ có nạo hút thai chỉ chiếm 21,8% và phá thai bằng thuốc là 6,8%. Để đánh giá về vấn đề sản phụ có tiền sử nạo hút thai có ảnh hưởng tới Tolac hay không chúng ta so sánh với nghiên cứu của các tác giả Wenqiang Zhan cho kết quả với số lần phá thai trước đó là 1 chiếm tỉ lệ 27,7% trong nghiên cứu thì tỉ lệ vỡ tử cung là 0,6%, khi phá thai trước đó ≥ 2 chiếm tỉ lệ 22,6% tương ứng tỷ lệ vỡ tử cung là 1,39%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. [3]

**3.5. Tuổi thai khi bắt đầu theo dõi sinh thường**

**Bảng 4: Tuổi thai khi theo dõi sinh thường**

	Không khám	<35 tuần	35-37 tuần	>37 tuần
	9(6,8%)	105(78,9%)	6(4,5%)	13(9,8%)
<b>Tổng số</b>	<b>133(100%)</b>			

**Nhận xét:** Sản phụ bắt đầu theo dõi sinh thường chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm tuổi thai <35 tuần (78,9%) và >37 tuần chiếm tỉ lệ 9,8%, các nhóm này chủ yếu là do sản phụ xuất hiện những cơn gò đến khám cấp cứu, còn lại là 6,8% với những trường hợp không đi khám thường do sản phụ không được giải thích trước, khi nhập viện được giải thích và đồng ý theo dõi sinh thường. Như vậy, tuổi thai khi bắt đầu theo dõi sinh thường là cần thiết vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tính đặc thù được chọn lọc kỹ lưỡng và theo dõi từ trước 35 tuần tuổi thai để đảm bảo chất lượng sẹo mổ đẻ cũ cũng như các yếu tố tiên lượng đẻ khó là thấp nhất có thể. Trong nghiên cứu của tác giả Emily S. Miller (2015), 517 (76,3%) đã trải qua VBAC. Chiều dài cổ tử cung giai đoạn giữa ba tháng giữa thấp hơn ở những sản phụ đạt được VBAC so với những người cần sinh mổ khi chuyển dạ (4,3 ± 0,8 cm so với 4,7 ± 0,8 cm, p < 0,001). Trong hồi quy logistic đa biến, chiều dài cổ tử cung ba tháng giữa có liên quan đáng kể với việc giảm khả năng mắc VBAC (tỷ lệ chênh lệch được điều chỉnh aOR, 0,60; khoảng tin cậy 95% [CI], 0,47–0,76). Mặc dù việc bổ sung chiều dài cổ tử cung đã cải thiện diện tích dưới đường cong (aOR, 0,695 [KTC 95%, 0,648–0,743] so với aOR, 0,727 [KTC 95%, 0,681–0,773]; P = 0,03), nhưng nó đã không làm nâng cao đáng kể giá trị lâm sàng của mô hình, như được định lượng bằng cải thiện phân loại (p = 0,11). Tóm lại chiều dài cổ tử cung giai đoạn giữa 3 tháng giữa ngắn hơn có liên quan đến khả năng sinh thường. Tuy nhiên chiều dài cổ tử cung 3 tháng giữa không cải thiện đáng kể giá trị lâm sàng của

mô hình dự đoán VBAC đã phát triển trước đó. [4]

**3.6. Tuổi thai lúc sinh**

**Bảng 5: Tuổi thai lúc sinh**

	≤37	37 – 40	≥41
Số lượng	2(1,55)	122(91,7%)	9(6,8%)
<b>Tổng</b>	<b>133</b>		

**Nhận xét:** Tỷ lệ tuổi thai lúc sinh cao nhất là 91,7% ở thời điểm thai đạt 37- 40 tuần, nhóm >41 tuần chiếm tỉ lệ 6,8%. Nghiên cứu của tác giả Abdelazim IA, Elbiaa AA lại cho kết quả tuổi thai trung bình ở nhóm TOLAC thành công thấp hơn đáng kể so với nhóm không thành công (37,5 ± 0,04 so với 38,5 ± 0,03 tuần) và số phụ nữ nhập viện với tuổi thai ≥40 tuần cao đáng kể ở nhóm không thành công. [5]

**3.7. Tình trạng cổ tử cung khi vào viện**

**Bảng 6: Tình trạng cổ tử cung**

	≤ 1 cm	2 – 3cm	4-8 cm	Mở hết
Số lượng	22 (16,5%)	60 (45,1%)	38 (28,6%)	13 (9,8%)
<b>Tổng</b>	<b>133</b>			

**Nhận xét:** Sản phụ nhập viện cổ tử cung đã mở 2-3cm chiếm tỉ lệ cao nhất là 45,1% và cổ tử cung mở 4-8 cm chiếm tỉ lệ 28,6%, tỉ lệ này giúp cho chúng tôi có đủ thời gian hơn để tiến hành giải thích và chuẩn bị sinh ngã âm đạo làm tăng tỉ lệ thành công. Còn lại là cổ tử cung <1 cm chiếm 16,5% do sản phụ có cơn co sớm, lo lắng xin nhập viện chờ đẻ; tỉ lệ cổ tử cung mở hết chiếm 9,8% chủ yếu nằm ở những sản phụ phải di chuyển 1 quãng đường xa và có vấn đề về cổ tử cung trước đó, nhóm này nằm chủ yếu ở những sản phụ có tuổi thai <37 tuần và > 41 tuần. Tỷ lệ này cũng tương tự kết quả của tác giả Abdelazim IA với cổ tử cung khi nhập viện < 4 cm ở nhóm Tolac không thành công chiếm tới 70,6% so với nhóm Tolac thành công chỉ chiếm 19,3% với p : 0,0004, có ý nghĩa thống kê. [5]

**3.8. Tình trạng cơn co tử cung khi nhập viện**

**Bảng 7: Tình trạng cơn co tử cung**

	Chưa có	Thưa nhẹ	Tần số 1-2	Ts 3	Ts 4 - 5
Số lượng	1 (0,8%)	38 (28,6%)	62 (46,6%)	25 (18,8%)	7 (5,3%)
<b>Tổng</b>	<b>133</b>				

**Nhận xét:** Cơn co tử cung khi nhập viện chiếm tỉ lệ cao nhất với tần số 1-2 chiếm tỉ lệ 46,6%, tiếp theo cơn co thưa nhẹ tỉ lệ 28,6%. Tần số từ 4-5 chiếm tỉ lệ 5,3% và tỉ lệ thấp nhất là chưa có cơn co chỉ chiếm 0,8%. Thực tế lâm sàng cho thấy cơn co tử cung khá tương ứng với độ mở cổ tử cung, tương ứng với độ mở 2-3 cm có 60 bệnh nhân thì cũng có 62 trường hợp cơn

co tử cung đạt tần số 1-2. Có 13 trường hợp cổ tử cung mở hết tuy nhiên chỉ có 7 trường hợp cơn co đạt tần số 4-5. Có đến 22 trường hợp cổ tử cung mở ≤ 1 cm nhưng chỉ có 1 trường hợp chưa có cơn co tử cung. Điều này cũng liên quan đến quá trình theo dõi chuyển dạ của chúng tôi, cũng như quyết định truyền để chỉ huy tĩnh mạch bằng Oxytocin

**3.9. Chỉ định mổ lấy thai lần đầu**

**Bảng 8: Chỉ định lấy thai lần đầu**

	Phẫu thuật chủ động	Phẫu thuật chuyển dạ
Số lượng	49(36,8%)	84(63,2%)
<b>Tổng</b>	<b>133(100%)</b>	

**Nhận xét:** Về chỉ định mổ lấy thai lần đầu , chúng tôi chia sản phụ thành 2 nhóm là phẫu thuật chủ động và phẫu thuật chuyển dạ. Phẫu thuật chủ động chiếm tỉ lệ thấp hơn 36,8% so với phẫu thuật chuyển dạ chiếm 63,2%. Kết quả cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đỗ Quang Mai (1996) có 182 sản phụ mổ chủ động trong tổng số 1279 sản phụ mổ lấy thai chiếm tỷ lệ 14,23%. Năm 2006 có 717 sản phụ mổ chủ động trong tổng số 3290 sản phụ mổ lấy thai chiếm tỷ lệ 21,23%. Tỷ lệ mổ lấy thai chủ động năm 2006 tăng lên có ý nghĩa thống kê so với năm 1996 với p < 0,05. Tỷ lệ mổ lấy thai chủ động tăng có thể do một số nguyên nhân sau: ngày càng có nhiều phương tiện giúp cho chẩn đoán các bệnh lý của thai sản chính xác hơn như: bệnh lý của bánh rau, thai suy dinh dưỡng, thai suy... từ đó chủ động mổ lấy thai để tránh tai biến cho mẹ và con. Chỉ định mổ lấy thai chủ động ngày càng mở rộng hơn do một chỉ định tuyệt đối hoặc kết hợp các chỉ định tương đối. Một số các chỉ định như thai to, cạn ối, vô sinh, ngôi mông... ngày càng nhiều. Do đó, chỉ định sinh mổ chủ động tăng dần qua các năm dẫn tới nguy cơ sản phụ sinh mổ lần 2 cũng tăng theo, chính điều này cũng ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng sẹo mổ lấy thai, làm tăng nguy cơ vỡ tử cung khi theo dõi sinh đường âm đạo. [6]

**3.10. Khoảng cách giữa lần mổ trước và mang thai lần này**

**Bảng 9: Khoảng cách giữa 2 lần mang thai**

	<18 tháng	19 – 36 tháng	> 36 tháng
Số lượng	6(4,5%)	57(42,9%)	70(52,6%)
Trung bình	44,79± 18,87 (12 – 132)		
<b>Tổng</b>	<b>133</b>		

**Nhận xét:** Chúng tôi chia thành 3 nhóm là 18 tháng với tỉ lệ chỉ có 1,5%, nhóm 19-36 tháng chiếm tỉ lệ 43,6% và nhóm chiếm tỉ lệ cao nhất

là > 36 tháng với tỉ lệ 54,9%. So sánh với nghiên cứu của các tác giả Jiaming Rao về khoảng thời gian giữa 2 lần sinh (IDI): IDI ngắn <24 tháng không cho thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với vỡ tử cung trong phân tích đơn biến ( $p=0,668$ ). Trong phân tích đa biến, tỷ lệ xuất huyết sau sinh (OR 19,6, KTC 95%: 4,4–90,9,  $p<0,05$ ), sinh non (OR 5,5, KTC 95%: 1,5–21,3,  $p<0,05$ ) và cân nặng khi sinh thấp (OR 3,5, KTC 95%: 1,2–10,3,  $p<0,05$ ) tăng đáng kể ở những phụ nữ có IDI <24 tháng so với những phụ nữ có khoảng cách bình thường (24–59 tháng). Tỷ lệ mắc bệnh nhiễm trùng (OR 1,8, 95% CI: 1,4–7,9,  $p<0,05$ ), truyền máu (OR 7,4, 95% CI: 1,4–40,0,  $p<0,05$ ) và nhập viện sơ sinh (OR 2,6, 95% CI: 1,4–5,0,  $p<0,05$ ) tăng đáng kể ở những phụ nữ có IDI từ 120 tháng trở lên so với những người có khoảng thời gian bình thường. Xuất huyết sau sinh ( $p=0,062$ ) có xu hướng tương tự như xu hướng của IDI có ý nghĩa từ 120 tháng trở lên. Không có sự khác biệt về kết quả của bà mẹ và trẻ sơ sinh giữa 24–59 tháng và 60–119 tháng. [7]

### 3.11. Trọng lượng sơ sinh sau đẻ

**Bảng 3.10. Trọng lượng sơ sinh sau đẻ**

	≤ 3000 gram	3100 – 3700 gram	> 3700 gram
Số lượng	45(33,8%)	79(59,4%)	9(6,8%)
<b>Tổng</b>	<b>133</b>		

**Nhận xét:** Về vấn đề trọng lượng của trẻ sơ sinh sau đẻ được phân tích ở bảng 3.1 cho thấy trẻ sơ sinh có trọng lượng 3000-3700 gram chiếm tỉ lệ cao nhất 59,4%, tiếp đến là trẻ có trọng lượng ≤ 3000 gram chiếm tỉ lệ 33,8% và thấp nhất là nhóm trẻ sơ sinh ≥ 3700 gram. So sánh với nghiên cứu G. Levin về tỉ lệ thành công trong TOLAC liên quan đến trọng lượng thai nhi cho thấy tỉ lệ TOLAC thành công ở nhóm cân nặng ≥ 3700 gram thấp hơn so với nhóm cân nặng < 3700 (tỉ lệ chênh lệch 0,30; khoảng tin cậy 95% 0,15–0,58). Trong phân tích hồi quy đa biến, tuổi mẹ trên 30 tuổi, khởi phát chuyển dạ và cân nặng khi sinh cao hơn có liên quan tiêu cực độc lập với thành công của TOLAC [khoảng tin cậy 95%]: 0,27 [0,10–0,70], 0,27 [0,08–0,90], và 0,43 [0,19–0,94];  $p = 0,008$ ,  $p = 0,034$  và  $p = 0,035$  tương ứng [8]

### 3.12. BMI của mẹ khi mang thai

**Bảng 11: BMI của mẹ khi mang thai**

	BMI < 30kg/m <sup>2</sup>	30 < BMI < 40	>40 kg/m <sup>2</sup>
Số lượng	125(94%)	8(6%)	
<b>Tổng</b>	<b>133(100%)</b>		

**Nhận xét:** Bảng 11 cho thấy nhóm BMI <30kg/m<sup>2</sup> chiếm tỉ lệ cao nhất trong 3 nhóm (94%), tiếp đến là nhóm 30kg/m<sup>2</sup> < BMI <40 kg/m<sup>2</sup> chỉ chiếm 6% và nhóm còn lại >40kg/m<sup>2</sup> chiếm 0%.

## V. KẾT LUẬN

- Độ tuổi trung bình: 30,04 ± 3,1 tuổi
- Tỷ lệ phẫu thuật lần đầu ở tuyến trung ương chiếm: 2,3%
- Tuổi thai bắt đầu theo dõi sinh thường: trên 35 tuần chiếm 14,3%
- Tình trạng cổ tử cung mở 2-3 cm chiếm tỷ lệ cao nhất: 45,1%
- Cơ co tử cung tần số 1-2 chiếm tỷ lệ cao nhất: 46,6%
- Khoảng cách giữa 2 lần mang thai trên 36 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất: 52,6%
- Trọng lượng thai từ 3100 – 3700 gram chiếm tỷ lệ cao nhất: 59,4%

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Hiền (2017).** Nghiên cứu các chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2016, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Trần Văn Quang (2020).** Nghiên cứu về thực trạng phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Sản Nhi Yên Bái, Luận văn chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **W. Zhan, J. Zhu, X. Hua và cộng sự (2021).** Epidemiology of uterine rupture among pregnant women in China and development of a risk prediction model: analysis of data from a multicentre, cross-sectional study. *BMJ Open*, 11 (11), e054540.
4. **E. S. Miller, A. Sakowicz, E. A. Donelan và cộng sự (2015).** Does midtrimester cervical length aid in predicting vaginal birth after cesarean? *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 212 (6), 791.e791-791.e794.
5. **I. A. Abdelazim, A. A. Elbiaa, M. Al-Kadi và cộng sự (2014).** Maternal and obstetrical factors associated with a successful trial of vaginal birth after cesarean section. *J Turk Ger Gynecol Assoc*, 15 (4), 245-249.
6. **Đỗ Quang Mai (2007).** Nghiên cứu tình hình mổ lấy thai ở sản phụ con so tại bệnh viện phụ sản trung ương trong 2 năm 1996 và 2006, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
7. **J. Rao, D. Fan, H. Ma và cộng sự (2022).** Is there an optimal inter-delivery interval in women who underwent trial of labor after cesarean delivery (TOLAC)? *Reproductive Health*, 19 (1), 14.
8. **G. Levin, A. Tsur, L. Tenenbaum và cộng sự (2022).** Prediction of vaginal birth after cesarean for labor dystocia by sonographic estimated fetal weight. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 158 (1), 50-56.