

ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN GIỮA TUỔI THAI VÀ MỨC ĐỘ SUY HÔ HẤP SƠ SINH Ở TRẺ SINH MỔ

Nguyễn Hoàng Thạch*, Trần Hùng Dũng, Trần Thị Thảo, Trần Huỳnh Kim Khánh,
Trần Phan Tú Uyên, Nguyễn Thị Bình, Mai Văn Điển
Bệnh viện An Sinh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tỷ lệ mổ lấy thai (MLT) gia tăng liên quan đến nguy cơ suy hô hấp (SHH) sơ sinh do ảnh hưởng đến hấp thu dịch phổi và sản xuất surfactant. Mục tiêu nghiên cứu là đánh giá mối liên quan giữa tuổi thai và biến cố hô hấp (HH) ở trẻ sinh mổ.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên 1.078 trẻ MLT tại Bệnh viện An Sinh. Phân tích nguy cơ HH của trẻ < 39 tuần so với trẻ ≥ 39 tuần.

Kết quả: Tỷ lệ SHH là 4,1%, giảm dần theo tuổi thai (6,1% ở non muộn vs 2,2% ở ≥ 39 tuần). Trẻ non muộn có nguy cơ SHH (OR = 2,89) và nhập HSSS cao hơn (OR = 17,68). Trong nhóm mổ chủ động, tuổi thai < 39 tuần là yếu tố nguy cơ độc lập của SHH (non muộn: aOR = 6,49; đủ tháng sớm: aOR = 6,01). Nhu cầu hỗ trợ HH giảm rõ ở nhóm ≥ 39 tuần.

Kết luận: MLT trước 39 tuần, đặc biệt khi chưa chuyển dạ, làm tăng nguy cơ SHH và nhập HSSS. Nên trì hoãn MLT đến ≥ 39 tuần để cải thiện kết cục HH sơ sinh.

Từ khóa: Mổ lấy thai, suy hô hấp sơ sinh, đủ tháng sớm, non tháng muộn.

EVALUATION OF THE ASSOCIATION BETWEEN GESTATIONAL AGE AND THE SEVERITY OF NEONATAL RESPIRATORY DISTRESS AMONG INFANTS DELIVERED BY CESAREAN SECTION

Nguyễn Hoàng Thạch*, Trần Hùng Dũng, Trần Thị Thảo, Trần Huỳnh Kim Khanh,
Trần Phan Tú Uyên, Nguyễn Thị Bình, Mai Văn Điển
An Sinh Hospital

Background: The increasing rate of cesarean section is associated with a higher risk of neonatal respiratory distress (RD) due to impaired lung fluid clearance and surfactant production. This study aimed to evaluate the association between gestational age and respiratory outcomes in cesarean-delivered neonates.

Methods: A prospective cohort study was conducted on 1,078 neonates delivered by cesarean section at An Sinh Hospital. The risk of respiratory outcomes was analyzed by comparing infants born at < 39 weeks with those born at ≥ 39 weeks.

Results: The incidence of RD was 4.1%, decreasing with increasing gestational age (6.1% in late preterm vs 2.2% in ≥39 weeks). Late preterm infants had a higher risk of RD (OR = 2.89) and NICU admission (OR = 17.68). In the elective cesarean subgroup, gestational age < 39 weeks was an independent risk factor for RD (late preterm: aOR = 6.49; early term: aOR = 6.01). The need for respiratory support was significantly lower in the ≥39-week group.

Nhận bài: 11-5-2026; Phản biện: 16-6-2026; Chấp nhận: 22-6-2026

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Hoàng Thạch

Email: hthach90@gmail.com

Địa chỉ: Bệnh viện An Sinh

Conclusions: Cesarean delivery before 39 weeks, especially without labor, increases the risk of RD and NICU admission. Elective cesarean section should be delayed until ≥ 39 weeks to improve neonatal respiratory outcomes.

Keywords: Cesarean section, neonatal respiratory distress, early term, late preterm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ mổ lấy thai (MLT) đang có xu hướng gia tăng mạnh mẽ trên toàn thế giới dù khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới tỷ lệ sinh mổ lý tưởng không nên vượt quá 10-15% [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ này đã tăng mạnh từ khoảng 15% năm 2005 lên 37% vào năm 2022, và ở nhiều bệnh viện lớn hiện nay đạt 40-60% [2]. Dù là một can thiệp sản khoa quan trọng giúp cứu sống mẹ và con trong nhiều trường hợp nguy cơ, việc lựa chọn phương pháp này - đặc biệt là mổ chủ động khi chưa có chuyển dạ - mang lại nhiều hệ lụy sức khỏe đáng kể cho trẻ sơ sinh. Về mặt sinh lý bệnh, trẻ sinh mổ thường thiếu đi các kích thích cơ học và sự thay đổi nội tiết tố cần thiết. Quá trình chuyển dạ giúp kích hoạt catecholamine, hỗ trợ hấp thu dịch phổi và thúc đẩy sản xuất surfactant. Việc thiếu hụt các cơ chế này khiến trẻ sinh mổ dễ đối mặt với các tình trạng suy hô hấp (SHH), gây ảnh hưởng trực tiếp đến tiên lượng sống và sự phát triển dài hạn của trẻ [3]. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm phân tích mối liên quan giữa tuổi thai và các biến cố hô hấp (HH) sơ sinh ở trẻ

sinh mổ. Kết quả thu được không chỉ cung cấp cơ sở khoa học thực tiễn giúp công tác tư vấn và chăm sóc Sản - Nhi tại cơ sở được hoàn thiện, mà còn củng cố khuyến cáo về chỉ định chấm dứt thai kỳ một cách an toàn hạn chế biến chứng cho trẻ sơ sinh, nhất là ở các thai kỳ chưa chuyển dạ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu

Đối tượng nghiên cứu: Trẻ sơ sinh được sinh mổ tại Bệnh viện An Sinh.

Tiêu chuẩn chọn vào: Trẻ sơ sinh được sinh mổ tại Bệnh viện An Sinh trong khoảng thời gian từ tháng 2 năm 2025 đến tháng 12 năm 2025.

Tiêu chuẩn loại trừ: Tuổi thai dưới 34 tuần; trẻ được sinh mổ do cấp cứu ngạt bào thai (như suy thai tiến triển, nhau bong non, sa dây rốn ...); trẻ có dị tật đường HH; tim bẩm sinh tím; tim bẩm sinh phụ thuộc ống động mạch. Vì nguy cơ trẻ SHH bất kể phương thức sinh.

Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n1 = n2 \geq \frac{\left[Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{p1(1-p1) + p2(1-p2)} \right]^2}{(p2 - p1)^2}$$

$$N_{\text{tổng}} \geq n1 + n2$$

Trong đó

- α : sai lầm loại 1 là 0,05

- $1-\beta$: lực mẫu là 90%

- $p1$: Tỷ lệ SHH ở nhóm trẻ sinh mổ ≥ 39 tuần dựa vào các nghiên cứu trước đó trên thế giới chúng tôi chọn 3% [4,5].

- $p2$: Tỷ lệ SHH ở nhóm trẻ sinh mổ < 39 tuần dựa vào các nghiên cứu trước đó trên thế giới chúng tôi chọn 10% [4,5].

- p : trung bình cộng của $p1$ và $p2$

Vậy cỡ mẫu N tổng ≥ 518 .

Biến số nghiên cứu:

- Đặc điểm trẻ: giới tính; tuổi thai (dựa vào kinh sót hoặc siêu âm thai trong 3 tháng đầu thai kỳ; trường hợp không có thông tin, sử dụng thang điểm New Ballard); cân nặng lúc sinh (CNLS - cân nặng của trẻ ngay sau sinh tại phòng sinh); tình trạng tiêm trưởng thành phổi trước sinh ở trẻ sinh non (< 37 tuần).

- Đặc điểm sản phụ gồm: độ tuổi; tiền căn sản khoa (con so hoặc con rạ); tình trạng chuyển dạ; tình trạng vỡ ối; tình trạng đa thai; Bệnh lý của mẹ: Đái tháo đường (ĐTĐ), tiền sản giật (TSG)...

- Lâm sàng của trẻ SHH gồm: tình trạng thích nghi ngay sau sinh, được đánh giá dựa vào điểm Apgar 1 phút; nguyên nhân SHH; tình trạng nặng cần theo dõi tại phòng hồi sức sơ sinh (HSSS); Phương pháp hỗ trợ HH

Phương pháp thu thập số liệu: Tất cả trẻ sinh ra bằng phương pháp MLT tại Bệnh viện An Sinh đều được ghi nhận, kiểm tra tiêu chuẩn chọn vào và loại trừ, nếu thỏa điều kiện sẽ đưa vào nghiên cứu và thu thập số liệu theo biến số như trên. Trẻ được xem là có SHH khi xuất hiện một hoặc nhiều dấu hiệu sau: thay đổi tần số thở, bao gồm thở nhanh (> 60 lần/phút), thở chậm (< 30 lần/phút) hoặc cơn ngưng thở (≥ 20 giây, hoặc < 20 giây kèm theo chậm nhịp tim và/hoặc giảm SpO_2); dấu hiệu thở gắng sức như co kéo cơ liên sườn, phập phồng cánh mũi, rút lõm mũi ức, rút lõm lồng ngực và thở rên; tím trung ương (biểu

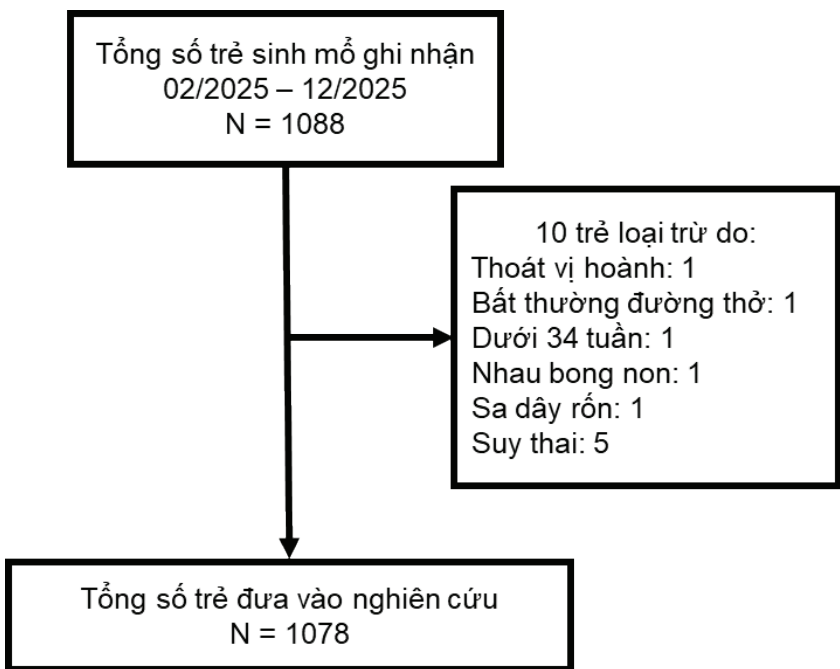
hiện bằng tím quanh môi, đầu chi hoặc toàn thân, với $SpO_2 < 90\%$). Tình trạng lâm sàng được ghi nhận theo diễn tiến của trẻ ngay từ phòng mổ. Việc nhận định lâm sàng, quyết định điều trị đều được thực hiện bởi bác sĩ sơ sinh được đào tạo sau đại học và có trên 5 năm kinh nghiệm.

Phân tích số liệu: Số liệu được nhập và được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 bằng các thuật toán thống kê. Thống kê mô tả sử dụng tần số, tỷ lệ % cho biến định tính và giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho biến định lượng.

Đạo đức trong nghiên cứu: Đây là nghiên cứu ghi nhận các thông tin và không can thiệp trực tiếp đến bệnh nhân. Mọi thông tin nghiên cứu đều được mã hóa, đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ

Trong giai đoạn từ 02-12/2025, có 1.088 trẻ sinh mổ được ghi nhận; 10 trường hợp bị loại trừ, còn lại 1.078 trẻ được đưa vào phân tích. Quy trình lựa chọn đối tượng nghiên cứu được trình bày trong Sơ đồ 1.



Sơ đồ 1. Sơ đồ chọn mẫu 1

Bảng 1. Đặc điểm trẻ sơ sinh theo tuổi thai (N = 1078)

Đặc điểm	N (%) hoặc Trung bình ($\pm$ SD)				P
	Tổng (N = 1078)	Non muộn (n = 179)	Đủ sớm (n = 628)	Đủ tháng (n = 271)	
Giới (Nam)	596 (55,3%)	95 (53,1%)	343 (54,6%)	158 (58,3%)	0,48 ^a
CNLS (gram)	3061 ($\pm$ 458,6)	2567,9 ($\pm$ 372,5)	3106,2 ($\pm$ 418,9)	3281,9 ($\pm$ 353,3)	< 0,001 ^b
APGAR 1ph < 7	6 (0,6%)	0	6 (1%)	0	-
SHH	44 (4,1%)	11 (6,1%)	27 (4,3%)	6 (2,2%)	0,041 ^{a*}
TTN	24 (2,2%)	3 (1,7%)	18 (2,9%)	3 (1,1%)	0,52 ^{a*}
RDS	3 (0,3%)	3 (1,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0,005 ^{a*}
VP	17 (1,6%)	5 (2,8%)	9 (1,4%)	3 (1,1%)	0,25 ^{a*}
Hỗ trợ HH					
Không	1034 (95,9%)	168 (93,9%)	601 (95,7%)	265 (97,8%)	<0,001 ^a
Oxy	29 (2,7%)	2 (1,1%)	21 (3,3%)	6 (2,2%)	
NCPAP	15 (1,4%)	9 (5,0%)	6 (1%)	0 (0%)	
Nhập HSSS	23 (2,1%)	11 (6,1%)	11 (1,8%)	1 (0,4%)	< 0,001 ^a

Non muộn: 34 - 36 tuần 6/7; Đủ sớm: 37 - 38 tuần 6/7; Đủ tháng: $\geq$ 39 tuần

TTN: cơn thở thanh thoát qua; RDS: hội chứng nguy kịch HH ở trẻ sinh non; VP: viêm phổi; NCPAP: thở áp lực dương liên tục qua mũi; HSSS: hồi sức sơ sinh.

^a: chi square test, ^{a*}: chi square for trend, ^b: Kruskal-Wallis test.

Bảng 2. Đặc điểm sản phụ theo tuổi thai (N = 1078)

Đặc điểm	N (%) hoặc Trung bình ($\pm$ SD)				P
	Tổng (N = 1078)	Non muộn (n = 179)	Đủ sớm (n = 628)	Đủ tháng (n = 271)	
Tuổi	33,5 ($\pm$ 5)	34,6 ($\pm$ 5,5)	33,8 ($\pm$ 5)	32,2 ($\pm$ 4,5)	< 0,001 ^b
Mẹ > 35 tuổi	360 (33,4%)	76 (42,5%)	221 (35,2%)	63 (23,2%)	< 0,001 ^a
Số lần sinh					
Con so	590 (54,7%)	110 (61,5%)	318 (50,6%)	162 (59,8%)	0,006 ^a
Con rạ	488 (45,3%)	69 (38,5%)	310 (49,4%)	109 (40,2%)	
Chưa chuyển dạ	571 (53,0%)	114 (63,7%)	286 (45,5%)	171 (63,1%)	< 0,001 ^a
Mang đa thai	216 (20%)	132 (73,7%)	84 (13,4%)	0 (0%)	< 0,001 ^a
Đã vỡ ối	142 (13,2%)	49 (27,4%)	65 (10,4%)	28 (10,3%)	< 0,001 ^a
Tiêm Cordticoid	85 (7,9%)	84 (46,9%)	1 (0,2%)	0 (0%)	< 0,001 ^a
Vết mổ cũ	407 (37,8%)	47 (26,3%)	274 (43,6%)	86 (31,7%)	< 0,001 ^a
ĐTĐ	304 (28,2%)	44 (24,6%)	204 (32,5%)	56 (20,7%)	0,001 ^a
TSG	29 (2,7%)	19 (10,6%)	10 (1,6)	0 (0%)	< 0,001 ^a

Non muộn: 34 - 36 tuần 6/7; Đủ sớm: 37 - 38 tuần 6/7; Đủ tháng: $\geq$ 39 tuần

ĐTĐ: đái tháo đường; TSG: tiền sản giật

^a: chi square test, ^b: Kruskal-Wallis test

Bảng 3. Mối liên quan giữa tuổi thai và kết cục HH (N = 1078)*

	OR (KTC 95%)	p	aOR (KTC 95%)	p
SHH				
Đủ tháng	1 (Tham chiếu)	-	1 (Tham chiếu)	-
Đủ sớm	1,98 (0,81 - 4,86)	0,134	1,79 (0,71 - 4,46)	0,224
Non muộn	2,89 (1,05 - 7,97)	0,040	1,88 (0,53 - 6,65)	0,331
Nhập HSSS				
Đủ tháng	1 (Tham chiếu)	-	1 (Tham chiếu)	-
Đủ sớm	4,81 (0,62 - 37,47)	0,133	4,09 (0,51 - 32,52)	0,184
Non muộn	17,68 (2,26 - 138,17)	0,006	8,17 (0,83 - 80,72)	0,072

Đủ tháng: ≥ 39 tuần; Đủ sớm: 37 - 38 tuần 6 ngày; Non muộn: 34 - 36 tuần 6 ngày

aOR: tỷ số chênh hiệu chỉnh tuổi mẹ, sinh con rạ, mang đa thai, vỡ ối, bệnh lý mẹ TSG và ĐTD

KTC 95%: Khoảng tin cậy 95%

Bảng 4. Mối liên quan giữa tuổi thai và kết cục HH trên nhóm sinh mổ chủ động (n = 571)

	OR (KTC 95%)	p	aOR (KTC 95%)	p
SHH				
Đủ tháng	1 (Tham chiếu)	-	1 (Tham chiếu)	-
Đủ sớm	6,35 (1,47 - 27,53)	0,013	6,01 (1,36 - 26,47)	0,018
Non muộn	6,37 (1,33 - 30,61)	0,021	6,49 (1,02 - 41,11)	0,047
Nhập HSSS				
Đủ tháng	1 (Tham chiếu)	-	1 (Tham chiếu)	-
Đủ sớm	4,89 (0,61 - 39,46)	0,136	4,45 (0,54 - 36,80)	0,166
Non muộn	12,83 (1,58 - 104,04)	0,017	9,05 (0,78 - 105,35)	0,078

Đủ tháng: ≥ 39 tuần; Đủ sớm: 37 - 38 tuần 6 ngày; Non muộn: 34 - 36 tuần 6 ngày

aOR: tỷ số chênh hiệu chỉnh tuổi mẹ, sinh con rạ, mang đa thai, vỡ ối, bệnh lý mẹ TSG và ĐTD

KTC 95%: Khoảng tin cậy 95%

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhằm đánh giá tác động của MLT ở giai đoạn non muộn và đủ tháng sớm đối với các kết cục sơ sinh sớm, đặc biệt là bệnh lý HH, trong quần thể nghiên cứu. Tổng cộng 1.078 trẻ sinh bằng phương pháp MLT được đưa vào phân tích. Kết quả cho thấy các biến cố HH và kết cục sơ sinh phụ thuộc đáng kể vào tuổi thai tại thời điểm sinh. Tỷ lệ SHH chung ghi nhận là 4,1% và có mối tương quan nghịch với tuổi thai, với tỷ lệ cao nhất ở nhóm trẻ sinh non muộn (6,1%) và thấp nhất ở nhóm sinh sau 39 tuần (2,2%). Xu hướng tương tự cũng được ghi nhận đối với nhu cầu hỗ trợ HH sau sinh, bao

gồm liệu pháp oxy và thở áp lực dương liên tục qua mũi (NCPAP), khi các can thiệp này giảm rõ rệt ở nhóm trẻ được sinh mổ sau 39 tuần. Đồng thời, tỷ lệ nhập HSSS cũng giảm đáng kể khi tuổi thai tại thời điểm sinh ≥ 39 tuần. Khả năng thích nghi sau sinh, được đánh giá thông qua thang điểm Apgar tại thời điểm 1 phút, nhìn chung ở mức tốt, với chỉ 0,6% trường hợp có điểm Apgar < 7 . Những phát hiện này phù hợp với các nghiên cứu trước đây trên thế giới, trong đó tỷ lệ bệnh lý HH giảm dần theo tuổi thai. Cụ thể, Man Kee ghi nhận tỷ lệ biến chứng HH giảm đáng kể từ 37 xuống 39 tuần, trong khi Jis Thomas cũng báo cáo xu hướng tương tự đối với hội chứng nguy

kịch HH (RDS) và thở nhanh thoáng qua (TTN), với tỷ lệ cao nhất ở 37 tuần và giảm rõ rệt sau 39 tuần [4,5]. Tác giả Youhei Tsunoda ghi nhận ở trẻ sinh non muộn MLT cũng cho thấy tỷ lệ SHH tại 34 tuần cao hơn rõ rệt so với 35 tuần [6].

Khi phân tích nguy cơ, so sánh với nhóm trẻ sinh ở tuổi thai ≥ 39 tuần, nhóm non tháng muộn có khả năng xảy ra SHH cao hơn (tỷ số chênh OR = 2,89; $p = 0,040$) và khả năng nhập đơn vị HSSS cao hơn đáng kể (OR = 17,68; $p = 0,006$). Tuy nhiên, sau khi hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu tiềm tàng như tuổi mẹ, đa thai, tiền sản giật và đái tháo đường, các mối liên quan này không còn ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này gợi ý rằng các biến cố bất lợi quan sát được ở nhóm non tháng muộn có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố bệnh lý của mẹ và đặc điểm thai kỳ đi kèm. Đối với nhóm đủ tháng sớm, mặc dù không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm ≥ 39 tuần, các ước tính vẫn gợi ý xu hướng tăng khả năng xảy ra SHH khi sinh ở tuổi thai < 39 tuần (OR = 1,98; aOR = 1,79), tuy nhiên các kết quả này chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Ngược lại, khi phân tích riêng trên nhóm sinh mổ chủ động, các kết quả cho thấy mối liên quan mạnh mẽ và độc lập giữa tuổi thai thấp hơn 39 tuần với nguy cơ biến chứng HH. Cụ thể, ở nhóm non tháng muộn, nguy cơ SHH tăng đáng kể cả trước và sau hiệu chỉnh (OR = 6,37; aOR = 6,49; $p < 0,05$). Đáng chú ý, cả ở nhóm đủ tháng sớm, trẻ sinh mổ chủ động vẫn có nguy cơ SHH cao hơn rõ rệt so với nhóm ≥ 39 tuần (OR = 6,35; aOR = 6,01; $p < 0,05$). Về nguy cơ nhập HSSS, trẻ non tháng muộn sinh mổ chủ động có nguy cơ tăng cao (OR = 12,83; $p = 0,017$), trong khi ở nhóm đủ tháng sớm, mặc dù ghi nhận xu hướng nguy cơ bất lợi tăng (OR = 4,89) nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,136$). Những kết quả này nhấn mạnh vai trò của thời điểm MLT, đặc biệt trong các trường hợp mổ chủ động chưa chuyển dạ, như một yếu tố quyết định độc lập đối với nguy cơ SHH sơ sinh.

Kết quả của chúng tôi nhìn chung phù hợp với xu hướng đã được ghi nhận trong y văn quốc tế. Cụ thể, nguy cơ SHH tăng ở các trường hợp sinh mổ trước 39 tuần cũng được báo cáo

bởi Man Kee, với nguy cơ RDS tăng rõ rệt tại 37 tuần (OR = 5,348) [5]. Tương tự, nghiên cứu của Jis Thomas cho thấy nhóm đủ tháng sớm có xu hướng tăng nguy cơ các biến cố HH và nhu cầu hỗ trợ sau sinh (OR khoảng 2,4), đồng thời ghi nhận mối liên quan nghịch giữa tuổi thai và tỷ lệ nhập HSSS [4]. Ngoài ra, kết quả trong nước của Vũ Văn Du cho thấy nguy cơ SHH tăng mạnh ở nhóm trẻ nhẹ cân (OR = 8,86), gián tiếp phản ánh vai trò của sự chưa trưởng thành về mặt sinh lý ở các thai kỳ có tuổi thai thấp hơn [7]. Những bằng chứng tương đồng này, củng cố nhận định rằng việc sinh mổ trước 39 tuần, đặc biệt trong các trường hợp mổ chủ động, có liên quan đến gia tăng nguy cơ biến chứng HH sơ sinh.

Ngoài ra, chúng tôi nhận thấy độ tuổi trung bình của mẹ ($33,5 \pm 5$ tuổi) cùng tỷ lệ sản phụ trên 35 tuổi chiếm đến 33,4% cho thấy xu hướng trì hoãn mang thai tại các trung tâm đô thị, một yếu tố rủi ro đã được chứng minh làm gia tăng các biến chứng sản khoa. Đáng chú ý, sự tập trung cao của đa thai (73,7%), vết mổ cũ (26,3%) và tiền sản giật (10,6%) ở nhóm trẻ non muộn ($p < 0,001$) giải thích cho chỉ định kết thúc thai kỳ chủ động nhằm tối ưu hóa an toàn cho cả mẹ và thai nhi. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ghi nhận ở mức 28,2% trên toàn bộ mẫu, phản ánh gánh nặng bệnh lý chuyển hóa đáng kể trong cộng đồng nghiên cứu, yếu tố này cũng liên quan đến tình trạng phổi chậm trưởng thành và tăng tỷ lệ MLT. Việc 46,9% sản phụ nhóm non muộn được sử dụng corticosteroid trước sinh cho thấy sự tuân thủ chặt chẽ các hướng dẫn lâm sàng trong việc chuẩn bị hỗ trợ HH cho trẻ. Mặc dù các hướng dẫn quốc tế khuyến cáo trì hoãn MLT chủ động đến ≥ 39 tuần, số liệu cho thấy việc áp dụng trong thực hành lâm sàng vẫn gặp nhiều thách thức [8,9]. Các yếu tố như nguy cơ chuyển dạ ngoài kế hoạch, hạn chế nguồn lực, và đặc điểm phức tạp của sản phụ (bệnh lý, đa thai, vết mổ cũ...) thường ảnh hưởng đến quyết định thời điểm mổ. Trong bối cảnh này, các bác sĩ sản khoa có xu hướng cân nhắc giữa lợi ích HH cho trẻ sơ sinh và nguy cơ cho mẹ, từ đó có thể lựa chọn thời điểm mổ sớm hơn trong một số trường hợp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguy cơ SHH và nhập hồi sức sơ sinh cao hơn ở trẻ sinh trước 39 tuần so với nhóm ≥ 39 tuần, đặc biệt ở nhóm non tháng muộn. Đáng chú ý, khi xét về MLT chủ động, tuổi thai < 39 tuần có nguy cơ SHH tăng đáng kể, ngay cả sau khi hiệu chỉnh các yếu tố sản khoa, ở cả nhóm non tháng muộn và đủ tháng sớm. Chúng tôi nhấn mạnh việc tuân thủ các hướng dẫn hiện hành về thực hiện MLT chủ động sau 39 tuần tuổi thai nhằm giảm thiểu các bệnh lý HH sơ sinh.

Chúng tôi hy vọng rằng các kết quả này sẽ giúp các trung tâm Sản - Nhi lập kế hoạch tối ưu cho thời điểm MLT, cân nhắc khi mổ chủ động, nhằm đạt được kết cục tốt nhất cho cả mẹ và trẻ sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Angolile CM, Max BL, Mushemba J, Mashauri HL.** Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action. *Health science reports* 2023;6(5):e1274. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1274>
2. **Viện Kiểm soát Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em - Bộ Y Tế.** Báo cáo tổng kết công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em năm 2022.
3. **Jain L, Eaton DC.** Physiology of fetal lung fluid clearance and the effect of labor. *Elsevier* 2006;30(1):34-43. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2006.01.006>
4. **Thomas J, Olukade TO, Naz A et al.** The neonatal respiratory morbidity associated with early term caesarean section - an emerging pandemic. *Journal of Perinatal Medicine* 2021;49(7):767-772. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0402>
5. **Ma MKT, Leung KY.** Timing of elective Caesarean section at term on neonatal morbidities. *Hong Kong Journal of Gynaecology, Obstetrics and Midwifery* 2023;23(2). <https://doi.org/10.12809/hkjgom.23.2.343>
6. **Tsunoda Y, Shima Y, Shinmura H et al.** Neonatal respiratory morbidity after late preterm, singleton, cesarean delivery before labor by mothers who did not receive antenatal corticosteroids. *Journal of Nippon Medical School* 2022;89(6):580-586. https://doi.org/10.1272/jnms.JNMS.2022_89-612
7. **Vũ Văn Du, Lê Thị Ngọc Hương, Nguyễn Thị Hằng** và cộng sự. Biến chứng của mổ lấy thai chủ động tại Bệnh Viện Phụ sản Trung ương: đánh giá trong và sau phẫu thuật. *Tạp chí Y học Việt Nam* 2025;555(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v555i2.16009>
8. ACOG Committee Opinion No. 761: cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol* 2019;133(1):e73-e77. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003006>
9. **Soltanifar S, Russell R.** The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) guidelines for caesarean section, 2011 update: implications for the anaesthetist. *Int J Obstet Anesth* 2012;21(3):264-272. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2012.03.004>