

CURRENT SITUATION OF CAESARS, MOTHER AND FETAL COMPLICATIONS DUE TO CAESARS AT THANH NHAN HOSPITAL IN 2019

Tran Van Dung*

Hanoi University of Public Health - 1A Duc Thang, Dong Ngac ward, Hanoi, Vietnam

Received: 13/6/2025

Revised: 25/6/2025; Accepted: 07/7/2025

ABSTRACT

Objective: This study aimed to describe the current situation of cesarean section according to Robson classification, maternal and fetal complications due to cesarean section at Thanh Nhan Hospital.

Methods: This retrospective study was conducted on cesarean section records at Thanh Nhan Hospital from January 1, 2019, to December 31, 2019. The study sample included records with complete information on cesarean section, with gestational age > 22 weeks and weight > 500 grams.

Results: In 2019, there were 2539 deliveries at Thanh Nhan Hospital, of which 1352 were cesarean section, accounting for 53.2%. Robson classification, groups 6, 7, 8, and 9 had an absolute cesarean section rate (100%); group 5 had a rate of 99.8%; and group 3 had the lowest rate (18.6%). Complications due to anesthesia accounted for 1.6%; superficial wound infections accounted for 1.6%; and postoperative bleeding accounted for 0.7%. Neonatal jaundice accounted for 4.5%; neonatal infections accounted for 1.8%; and Apgar score < 7 at 5 minutes accounted for 0.9%.

Conclusion: The cesarean section rate at Thanh Nhan Hospital in 2019 was 53.2%. Maternal and neonatal complications due to cesarean section need to be better managed to minimize risks.

Keywords: Cesarean section, Robson classification, postoperative complications.

*Corresponding author

Email: tvd@huph.edu.vn Phone: (+84) 962757565 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD11.2808>

THỰC TRẠNG MỔ LẤY THAI, CÁC BIẾN CHỨNG MẸ VÀ THAI NHI DO MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2019

Trần Văn Dũng*

Trường Đại học Y tế công cộng - 1A Đức Thắng, phường Đông Ngạc, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13/6/2025

Ngày chỉnh sửa: 25/6/2025; Ngày duyệt đăng: 07/7/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả thực trạng mổ lấy thai theo phân loại Robson, các biến chứng mẹ và thai do mổ lấy thai tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu trên hồ sơ mổ lấy thai tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ 1/1/2019 đến 31/12/2019. Mẫu nghiên cứu bao gồm các hồ sơ đầy đủ thông tin về mổ lấy thai với tuổi thai > 22 tuần và trọng lượng thai > 500 gram.

Kết quả: Trong năm 2019, có 2539 sản phụ sinh tại Bệnh viện Thanh Nhàn, trong đó 1352 ca mổ lấy thai, chiếm tỷ lệ 53,2%. Phân loại Robson, nhóm 6, 7, 8 và 9 có tỷ lệ mổ lấy thai tuyệt đối (100%), nhóm 5 có tỷ lệ 99,8%, và nhóm 3 có tỷ lệ thấp nhất (18,6%). Tai biến do gây mê, gây tê chiếm 1,6%; nhiễm trùng vết mổ nông chiếm 1,6%; và chảy máu sau phẫu thuật chiếm 0,7%. Vàng da sau sinh chiếm 4,5%; nhiễm trùng sơ sinh chiếm 1,8%; và Apgar 5 phút < 7 chiếm 0,9%.

Kết luận: Tỷ lệ mổ lấy thai tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2019 là 53,2%. Các biến chứng mẹ và thai nhi do mổ lấy thai cần được quan tâm và quản lý tốt hơn để giảm thiểu rủi ro.

Từ khóa: Mổ lấy thai, phân loại Robson, biến chứng sau mổ đẻ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai là kỹ thuật phẫu thuật vào tử cung để lấy thai và phần phụ của thai qua đường mổ, thông thường là đường rạch trên bụng [1]. Cùng với sự phát triển không ngừng của y học thì kỹ thuật mổ lấy thai (MLT) ngày càng hoàn thiện; sự ra đời kháng sinh và các kỹ thuật vô cảm trong gây mê hồi sức, các dụng cụ vô khuẩn đã và đang cứu sống rất nhiều bà mẹ và trẻ sơ sinh, khi không thể sinh đường âm đạo.

Tuy nhiên, không phải vì những ưu điểm đó mà có thể cho phép lạm dụng các chỉ định MLT trong thực hành lâm sàng. Thực tế thì tỉ lệ MLT ở nhiều nước trên thế giới có xu hướng tăng nhanh trong vòng 20 năm trở lại đây, đặc biệt ở các đang nước phát triển. Ở các nước châu Mỹ Latin, khảo sát tại 8 quốc gia cho thấy tỉ lệ MLT trên 30% như ở Paraguay là 42%, Ecuador là 40% [2]. Tại Việt Nam, tỉ lệ MLT ngày càng tăng cao, theo nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2005 là 39,1% [3].

Mặc dù MLT có thể cứu được tính mạng của mẹ và thai nhi trong một số tình huống cấp cứu, nhưng trong khi có sự gia tăng tỉ lệ MLT mà không có bằng chứng cho thấy có sự giảm bệnh suất và tử suất cho mẹ và trẻ sơ sinh. Hiện đã có một hệ thống phân loại các trường hợp MLT theo 10 nhóm của Robson [8]. Hệ thống phân loại này đã được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo và đưa

vào sử dụng ở nhiều quốc gia. Tại Bệnh viện Thanh Nhàn, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ MLT còn cao và chưa có nghiên cứu nào mang tính hệ thống để đánh giá chỉ định mổ cũng như nhận xét các biến chứng của việc MLT. Xuất phát từ tình hình thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tình hình MLT tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2019 với 2 mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng MLT tại Bệnh viện Thanh Nhàn theo phân loại Robson; (2) Thực trạng các biến chứng mẹ và thai do MLT tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu hồi cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 3/2020 đến tháng 10/2021 tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ MLT tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ ngày 1/1/2019 đến ngày 31/12/2019.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: hồ sơ MLT có đầy đủ các thông tin về MLT trong thời gian thực hiện nghiên cứu; tuổi thai trên 22 tuần, trọng lượng thai lớn hơn 500 gram.

- Tiêu chuẩn loại trừ: hồ sơ MLT bị thiếu dữ liệu hoặc chuyển từ nơi khác tới điều trị nhiễm trùng.

*Tác giả liên hệ

Email: tvd@huph.edu.vn Điện thoại: (+84) 962757565 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD11.2808>

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Lựa chọn toàn bộ cỡ mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu và công cụ thu thập số liệu

- Biến số mục tiêu 1: tuổi mẹ, nghề nghiệp mẹ, đặc điểm thai nhi, phương pháp đẻ.
- Biến số mục tiêu 2:
 - + Tai biến mẹ: tai biến gây tê, gây mê, chảy máu, tổn thương tạng, nhiễm trùng vết mổ sớm.
 - + Tai biến con: Apgar 5 phút, chấn thương, nhiễm trùng sơ sinh, vàng da sau sinh.

- Công cụ thu thập số liệu: bộ công cụ được thiết kế nhằm thu thập số liệu có sẵn tại hồ sơ bệnh án.

2.6. Phân tích số liệu

Các số liệu được nhập vào phần mềm Microsoft Excel, sau đó sẽ được mã hóa, làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

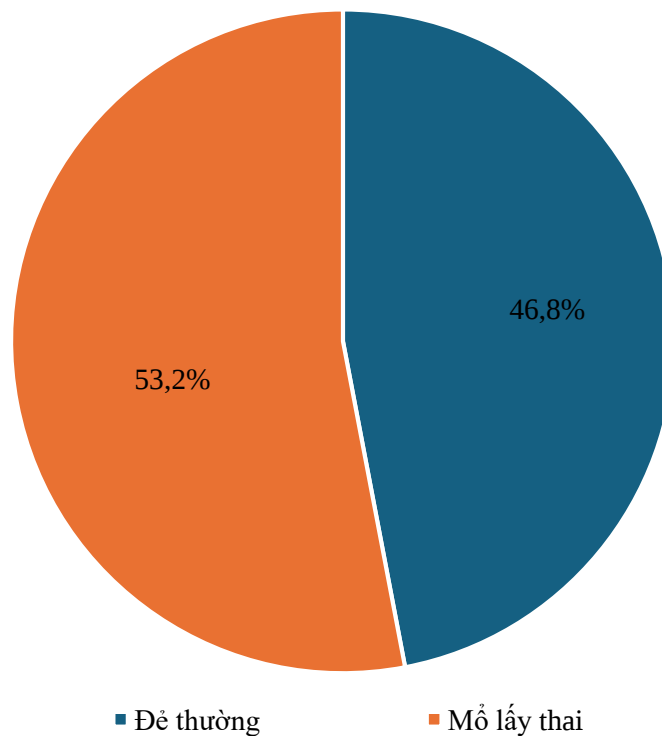
2.7. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả những thông tin về người bệnh đều được bảo mật qua mã số định danh.

Nghiên cứu chỉ thu thập qua hồ sơ, không can thiệp trực tiếp lên bệnh nhân và chỉ có mục đích nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cho các sản phụ và trẻ sơ sinh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng MLT tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2019



Biểu đồ 1. Tỷ lệ MLT trong năm 2019 (n = 2359)

Nhận xét: Năm 2019 có tổng số 2539 sản phụ đẻ tại Bệnh viện Thanh Nhàn, trong đó có 1352 sản phụ (53,2%) MLT, 1187 sản phụ còn lại (46,8%) không MLT.

Bảng 1. Thông tin chung của sản phụ MLT (n = 1352)

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 20 tuổi	25	1,8
	20-35 tuổi	1156	85,5
	> 35 tuổi	171	12,6
Nghề nghiệp	Nông dân	19	1,4
	Công nhân	93	6,9
	Cán bộ	478	35,4
	Tự do	762	56,4

Nhận xét: Sản phụ MLT chủ yếu nằm trong nhóm tuổi từ 20-35 (85,5%). Sản phụ nhiều tuổi nhất là 47 tuổi, và ít tuổi nhất là 16 tuổi. Nghề nghiệp của nhóm sản phụ MLT nhiều nhất là lao động tự do (56,4%), chiếm tỷ lệ ít nhất là nông dân (1,4%).

Bảng 2. Tỷ lệ MLT trong từng nhóm theo phân loại Robson

STT	Phân loại Robson	Số sản phụ	MLT		Không MLT	
			n	%	n	%
1	Con so, đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần, chuyển dạ tự nhiên	723	302	41,8	421	58,2
2	Con so, đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần, khởi phát chuyển dạ/MLT trước khi chuyển dạ	88	69	78,4	19	21,6
3	Con rạ (không có vết mổ cũ), đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần, chuyển dạ tự nhiên	854	159	18,6	695	81,4
4	Con rạ (không có vết mổ cũ), đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần, khởi phát chuyển dạ/MLT trước khi chuyển dạ	56	43	76,8	13	23,2
5	Vết mổ cũ, đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần	627	626	99,8	1	0,2
6	Tất cả các trường hợp con so, ngôi mông	18	18	100	0	0
7	Tất cả các trường hợp con rạ, ngôi mông (bao gồm có vết mổ cũ)	32	32	100	0	0
8	Tất cả các trường hợp đa thai (bao gồm có vết mổ cũ)	18	18	100	0	0,0
9	Tất cả các trường hợp ngôi bất thường (bao gồm có vết mổ cũ)	16	16	100	0	0,0
10	Tất cả các trường hợp đơn thai, ngôi đầu, < 37 tuần (bao gồm có vết mổ cũ)	107	69	64,5	38	35,5
Tổng		2539	1352	52,3	1187	46,7

Nhận xét: Trong 10 nhóm, các nhóm 6, 7, 8 và 9 có tỷ lệ MLT tuyệt đối (100%); sau đó là nhóm 5 (99,8%); tỷ lệ MLT trong nhóm 3 là thấp nhất (18,6%).

3.2. Thực trạng các biến chứng mẹ và thai do MLT

Bảng 3. Tỷ lệ tai biến mẹ trong MLT (n = 1352)

STT	Tai biến mẹ	Tai biến		Không tai biến	
		n	%	n	%
1	Tai biến do gây mê, gây tê	21	1,6	1331	98,4
2	Tai biến do phẫu thuật (tổn thương bàng quang, ruột)	0	0	1352	100
3	Đờ tử cung, chảy máu sau phẫu thuật	9	0,7	1343	99,3
4	Nhiễm trùng vết mổ nông	22	1,6	1330	98,4
5	Nhiễm trùng vết mổ cân cơ, tử cung	0	0	1352	100
6	Tử vong mẹ	0	0	1352	100

Nhận xét: Nhóm tai biến do gây mê, gây tê có 21 sản phụ (1,6%) MLT; 22 trường hợp (1,6%) sau MLT có biểu hiện nhiễm trùng vết mổ nông ngay trong thời gian nằm viện; 9 trường hợp (0,7%) mất máu do đờ tử cung băng huyết trong và sau mổ cần truyền máu, trong đó có 1 ca phải cắt tử cung.

Bảng 4. Tỷ lệ tai biến trẻ sơ sinh (n = 1370)

STT	Tai biến con	Tai biến		Không tai biến	
		n	%	n	%
1	Apgar 5 phút < 7	13	0,9	1357	99,1
2	Chấn thương (chấn thương, rách phải thai)	1	0,1	1369	99,9
3	Tình trạng nhiễm trùng sơ sinh	24	1,8	1346	98,2
4	Vàng da	62	4,5	1308	95,5
5	Tử vong khi MLT	0	0	1370	100

Nhận xét: Trong nhóm trẻ sơ sinh sau MLT, vàng da sau sinh có 62 trường hợp (4,5%); tiếp đó là tình trạng nhiễm trùng, cụ thể là viêm phổi hoặc viêm ruột 24 trường hợp (1,8%); 1 sơ sinh bị gãy xương đùi trong quá trình MLT ngôi ngược (0,1%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng MLT tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2019

Trong thời gian từ 1/1/2019 đến 31/12/2019, có tổng số 2539 sản phụ đẻ ở Bệnh viện Thanh Nhàn, trong đó có 1352 sản phụ MLT chiếm tỉ lệ 53,2%. Tỉ lệ MLT ở Bệnh viện Thanh Nhàn rất cao, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Phượng (2016) [4] tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương (48,2%); tuy nhiên cao hơn so với kết quả của Begum T và cộng sự (2017) [5] tại Bangladesh (35%). Kết quả của chúng tôi là phù hợp với tình hình tại Bệnh viện Thanh Nhàn. Bên cạnh tỉ lệ MLT ở các nước trên thế giới có xu hướng gia tăng, liên quan đến sự phát triển của y học, kỹ thuật mổ và phương pháp vô cảm ngày càng hoàn thiện thì đó là sự phát triển của kinh tế xã hội, truyền thông internet ở Việt Nam cũng góp phần gia tăng tỉ lệ MLT không chỉ ở riêng Bệnh viện Thanh Nhàn. Tỉ lệ MLT dao động tùy từng nghiên cứu, phụ thuộc vào địa điểm nghiên cứu và thời gian nghiên cứu.

Trong 1352 sản phụ MLT của nghiên cứu, có 1156 sản phụ từ 20-35 tuổi, chiếm 85,5%. Điều này phù hợp với độ tuổi sinh đẻ ở Việt Nam. Cũng theo nghiên cứu, có 171 sản phụ trên 35 tuổi, chiếm 12,7%; các sản phụ dưới 20 tuổi chiếm 1,8% trên tổng các sản phụ MLT. Về nghề nghiệp, tỉ lệ sản phụ sinh đẻ tại Bệnh viện Thanh Nhàn phân nhiều là lao động tự do (56,4%), các sản phụ làm cán bộ, công nhân và nông dân là 35,4%, 6,9% và 1,4% theo thứ tự, nhóm đối tượng.

Trong 10 nhóm, các nhóm 6, 7, 8 và 9 có tỉ lệ MLT tuyệt đối (100%), sau đó là nhóm 5 (99,8%). Tỉ lệ MLT trong nhóm 3 là thấp nhất (18,6%). Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ MLT trong nhóm 1 (con so, đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần, chuyển dạ tự nhiên) là 41,8%. Tỉ lệ MLT của nhóm này cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Ngọc Tú thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Huế năm 2015 [6] (35,3%), nhưng cao hơn đáng kể khi so sánh với tỉ lệ MLT của nhóm 1 tại Ireland năm 2013 chỉ là 7,1%. Điều này cho thấy, chúng ta cần nghiên cứu nhiều hơn, quản lý thai tốt hơn cũng như đưa đến chỉ định mổ hợp lý hơn trong nhóm 1 giúp giảm tỉ lệ MLT vì đây là chìa khóa để giảm tỉ lệ MLT chung.

Tỉ lệ MLT trong nhóm 3 theo nghiên cứu của chúng tôi là 18,6%, đóng góp vào tỉ lệ mổ chung là 6,3%. Tỉ lệ MLT của nhóm này cao tại các nghiên cứu ở Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2016 [4], Canada [7]. Tương tự trong nhóm 4 (con rạ không có vết mổ cũ, đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần, khởi phát chuyển dạ/MLT trước khi chuyển dạ) tỉ lệ MLT là 76,8%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Phượng năm 2016 tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương (35,8%) [4]. Tỉ lệ MLT của nhóm 4 so với nhóm 3 trong nghiên cứu này cho thấy mức độ liên quan rất lớn giữa sự chuyển dạ và chưa chuyển dạ của nhóm con rạ. Sự khác biệt tỉ lệ MLT của Bệnh viện Thanh Nhàn với Bệnh viện Phụ Sản Trung ương được giải thích là do Bệnh viện Thanh Nhàn tại thời điểm đó

chưa phổ biến về phương pháp gây chuyển dạ bằng đặt bóng ở cổ tử cung.

Tỉ lệ MLT của nhóm 5 lại rất cao (99,8%), nên đóng góp của nhóm 5 trong tỉ lệ MLT là lớn nhất, chiếm 24,1%. Tỉ lệ MLT của nhóm 5 trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tỉ lệ này ở Canada [7]. Nhóm 6, 7, 8 và 9 có tỉ lệ MLT đều là 100%. Điều này phù hợp bởi với xu thế chung trên toàn thế giới, đó là tỉ lệ MLT ngôi mông ngày càng tăng cao. Nhưng vì kích cỡ của 4 nhóm này nhỏ, nên đóng góp của 3 nhóm trong tỉ lệ MLT chung không cao. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, kích cỡ của nhóm 8 (nhóm đa thai) là 0,7%. Con số này thấp hơn với tỉ lệ song thai trung bình là 1-1,5% tổng số đẻ [1]. Tỉ lệ MLT trong nhóm 8 là 100%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Phượng năm 2016 tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương là 80,6% [4].

4.2. Thực trạng các biến chứng mẹ và thai do MLT

9 sản phụ có tai biến chảy máu, 1 trong số đó có tai biến đờ tử cung phải cắt tử cung. Dù là chảy máu có thể xảy ra khi đang phẫu thuật như: rách sâu xuống đoạn dưới tử cung, rách sang hai động mạch tử cung, rau tiền đạo, rau cài răng lược... Với tỉ lệ 1/9 trường hợp chảy máu là do rau tiền đạo tương đương với 11,1% thì nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự nghiên cứu của Xa Thị Minh Hoa khi tỉ lệ phải truyền máu trong MLT sản phụ có rau tiền đạo là 12,9% [8]. Số sản phụ gặp biến chứng nhiễm trùng vết mổ nông là 22 trường hợp. Nhiễm khuẩn là biến chứng hay gặp sau mổ, có thể gặp nhiễm khuẩn tại vết mổ, nhiễm khuẩn tại tử cung...; có thể phát hiện sớm ngay khi sản phụ đang nằm điều trị tại viện, nhưng có trường hợp sau khi sản phụ đã ra viện một thời gian mới phát hiện được. Nghiên cứu của Mpogoro F.J và cộng sự (2014) cho tỉ lệ cộng dồn bị nhiễm khuẩn vết MLT tại Trung tâm Y khoa Bugando, Mwanza, Tanzania là 10,9% với tỉ lệ xuất hiện là 37,5/10.000 trường hợp MLT/ngày [9]. Ở trong nghiên cứu này của chúng tôi, chưa đầy đủ hết những trường hợp nhiễm khuẩn sau MLT do giới hạn nghiên cứu chỉ kiểm tra lại trong hồ sơ bệnh án, không theo dõi sau khi ra viện, nên gặp đa số các trường hợp là nhiễm trùng vết mổ nông trên thành bụng của sản phụ.

Về phía trẻ trong sinh mổ, trẻ sơ sinh có Apgar thấp (< 7) có tổng 42 trường hợp, trong đó 13 trường hợp cần điều trị ở đơn nguyên sơ sinh, đa phần là các trường hợp thai non tháng và có tình trạng suy dinh dưỡng bào thai. Còn lại 29 sơ sinh khác sau khi theo dõi đã có mức Apgar tốt hơn và về ở cùng với mẹ. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhiên (2016) trên sản phụ rau tiền đạo có chỉ định MLT thì tỉ lệ trẻ đẻ ngạt ở nhóm thai dưới 33 tuần là 1,6%, tỉ lệ trẻ tử vong ở nhóm tuổi thai dưới 33 tuần 3,9% [10].

Trong số 1370 trẻ sinh ra từ MLT, 24 trẻ sơ (1,8%) có biểu hiện nhiễm trùng như sốt, viêm ruột, kèm với suy hô hấp cần can thiệp điều trị của sơ sinh. Chúng ta đã biết trẻ được MLT khác biệt với trẻ sinh thường ở đặc điểm liên quan tới hệ vi khuẩn chí.

Vàng da sơ sinh là một bệnh cảnh hay gặp của sơ sinh sau sinh, cũng có liên quan ít nhiều tới MLT, ở những trường hợp thai non tháng hoặc được mổ chủ động do yếu tố xã hội khi chưa đủ tuần tuổi thì MLT cũng là yếu tố làm tăng nguy cơ vàng da sau sinh. Ở nghiên cứu này của chúng tôi, có 62 trẻ vàng da trong tổng số 1370 trẻ, chiếm tỉ lệ 4%, cần hỗ trợ chiếu đèn ở trung tâm sơ sinh.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 2539 sản phụ đẻ tại Bệnh viện Thanh Nhân từ tháng 1/2019 đến hết tháng 12/2019, trong đó có 1352 sản phụ MLT, chiếm tỉ lệ 53,2%. Theo phân loại Robson, nhóm 1 (con so, đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần, chuyển dạ tự nhiên), nhóm 3 (con rạ, đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần, chuyển dạ tự nhiên) và nhóm 5 (vết mổ cũ, đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần, có vết mổ cũ) là những nhóm đóng góp chủ yếu vào tỉ lệ MLT chung. Trong MLT, các tai biến ở mẹ liên quan gây tê, gây mê là 1,6%; nhiễm trùng vết mổ nông 1,6%; tai biến chảy máu có 9 ca (0,7%) bao gồm 1 ca cắt tử cung. Tai biến con có 4,5% vàng da; Apgar thấp 1,3%; nhiễm trùng sơ sinh 1,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ môn Sản, Trường Đại học Y Hà Nội. Bài giảng sản phụ khoa, tập 1, 2013.
- [2] Vogel J.P, Betrán A.P, Vindevoghel N et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health*, May 2015, 3 (5): e260-70. doi:10.1016/s2214-109x(15)70094-x
- [3] Phạm Thu Xanh. Nhận xét tình hình sản phụ có sẹo mổ cũ được xử trí tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 1995 và 2005. Trường Đại học Y Hà Nội, 2006.
- [4] Nguyễn Thị Hồng Phượng. Nghiên cứu tình hình mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 3/2016 đến tháng 5/2016. Trường Đại học Y Hà Nội, 2016.
- [5] Begum T, Rahman A, Nababan H et al. Indications and determinants of caesarean section delivery: Evidence from a population-based study in Matlab, Bangladesh. *PLoS One*, 2017, 12 (11): e0188074. doi:10.1371/journal.pone.0188074
- [6] Hoàng Ngọc Tú, Bạch Cẩm An, Phan Viết Tâm, Phan Lê Vy Phương, Ngô Hoàng Hiếu, Nguyễn Thị Đông Hiền. Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai theo phân loại Robson tại Bệnh viện Trung ương Huế, 2013, 4 (3): 38-43.
- [7] Kelly S, Sprague A, Fell D.B et al. Examining caesarean section rates in Canada using the Robson classification system. *J Obstet Gynaecol Can*, Mar 2013, 35 (3): 206-214.
- [8] Xa Thị Minh Hoa. Nhận xét chẩn đoán, thái độ xử trí ở những sản phụ rau tiền đạo được mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2012. Trường Đại học Y Hà Nội, 2013.
- [9] Mpogoro F.J, Mshana S.E, Mirambo M.M, Kidenya B.R, Gumodoka B, Imirzalioglu C. Incidence and predictors of surgical site infections following caesarean sections at Bugando Medical Centre, Mwanza, Tanzania. *Antimicrob Resist Infect Control*, 2014, 3: 25. doi:10.1186/2047-2994-3-25
- [10] Nguyễn Thị Nhiên. Thực trạng mổ lấy thai ở sản phụ con so tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang năm 2016. Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, 2016.