

# THE SITUATION OF CESAREAN SECTION OF EACH GROUP DIVIDED BY ROBSON CLASSIFICATION AT CHUONG MY HOSPITAL

Vuong Thi Huong<sup>1\*</sup>, Nguyen Manh Thang<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Chuong My District General Hospital - 120 Hoa Son, Chuc Son town, Chuong My District, Hanoi, Vietnam

<sup>2</sup>National Hospital of Obstetrics and Gynecology - 43 Trang Thi Street, Hoan Kiem District, Hanoi, Vietnam

Received 02/08/2023

Revised 28/08/2023; Accepted 21/09/2023

## ABSTRACT

**Objectives:** Describe the situation of Cesarean section (CS) of each group subdivided by Robson classification.

**Research object and method:** Include all the records of women which hospitalized and delivered by cesarean during the 2-year period from 01/2020 to 12/2021 were reviewed. Retrospective cross-study.

**Results:** Ratio 21,16% caesarean section, in which groups 1, 2, 3 and 5 have the largest size, accounting for the majority of cases in which pregnant women give birth. Contributing the highest cesarean section rate were groups 5, 3, and 1 with 8.74%, 4.9%, and 4.26% cases respectively. Abnormal position group, multiple pregnancies 6, 7, 8, and 9 had a very high CS rate in each group >82%, however, group sizes 6, 7, 8, and 9 contributed to the overall cesarean rate of 1,35%. Groups 4 and 10 have relatively low rates of CS in each group and the size of each group in the population is small, which should contribute to the overall CS rate of less than 1%.

**Conclusion:** The cesarean section rate at Chuong My District General Hospital is 21.16%. Groups 1, 2, 3 and group 5 are the main contributors to the overall cesarean section rate.

**Keywords:** Robson classification, Cesarean section.

---

\*Corresponding author

Email address: [vuonghuong1291@gmail.com](mailto:vuonghuong1291@gmail.com)

Phone number: (+84) 383 757 848

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i6.837>



# TÌNH HÌNH MỔ LẤY THAI THEO PHÂN LOẠI ROBSON TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN CHƯƠNG MỸ

Vương Thị Hương<sup>1\*</sup>, Nguyễn Mạnh Thắng<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa huyện Chương Mỹ - Số 120 Hòa Sơn, Chúc Sơn, Chương Mỹ, Hà Nội, Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung ương - Số 43 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 02 tháng 08 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 28 tháng 08 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 21 tháng 09 năm 2023

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng mổ lấy thai (MLT) của từng nhóm theo phân loại mổ lấy thai của Robson.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm tất cả các sản phụ vào sinh tại khoa Phụ sản Bệnh viện Đa khoa huyện Chương Mỹ được chỉ định mổ lấy thai, trong khoảng thời gian nghiên cứu kể từ 01/2020 - 12/2021. Mô tả cắt ngang hồi cứu.

**Kết quả:** Tỷ lệ mổ lấy thai là 21,16%, trong đó nhóm 1, 2, 3 và 5 có kích thước lớn nhất, chiếm đa số các trường hợp sản phụ vào sinh. Đóng góp tỷ lệ mổ lấy thai cao nhất là nhóm 5, 3,1 với tỷ lệ lần lượt 8,74%, 4,9% và 4,26%. Nhóm ngôi bất thường, đa thai 6, 7, 8, 9 có tỷ lệ MLT trong từng nhóm rất cao >82%, tuy nhiên kích cỡ nhóm 6, 7, 8, 9 đóng góp vào tỷ lệ mổ lấy thai chung 1,35%. Các nhóm 4,10 có tỷ lệ MLT trong từng nhóm tương đối thấp và kích cỡ mỗi nhóm trong dân số nhỏ, nên đóng góp vào tỷ lệ MLT chung dưới 1%.

**Kết luận:** Tỷ lệ mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa huyện Chương Mỹ là 21,16%. Nhóm 1, 2, 3 và nhóm 5 là những nhóm đóng góp chủ yếu vào tỉ lệ MLT chung.

**Từ khóa:** Bảng phân loại Robson, mổ lấy thai.

---

\*Tác giả liên hệ

Email: [vuonghuong1291@gmail.com](mailto:vuonghuong1291@gmail.com)

Điện thoại: (+84) 383 757 848

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i6.837>

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) là một trong những phẫu thuật có lịch sử khá lâu đời, góp phần quan trọng đảm bảo sức khỏe cũng như tinh thần cho bà mẹ và trẻ sơ sinh. Từ năm 1985, theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tỷ lệ MLT chỉ nên duy trì từ 10 - 15% và nếu không vì lý do y khoa thì không được mổ lấy thai trước 39 tuần. Khi tỉ lệ MLT vượt trên 15% thì tai biến sẽ xảy ra nhiều hơn cho cả mẹ và con[1]. Trên thực tế có nhiều báo cáo ghi nhận: Tỷ lệ MLT ở các nước trên thế giới đang có xu hướng tăng nhanh đặc biệt là ở các đang nước phát triển. Ở Trung Quốc năm 2007 – 2008 tỷ lệ mổ đẻ 46.2% là cao nhất trong 9 nước châu Á[2]. Tỷ lệ MLT ở Anh đã tăng gấp 3 lần (1980 – 2018) từ 9% lên 28.4%[3]. Tỷ lệ MLT ở Mỹ năm 2020 là 31.8%[4]. Tại Việt Nam, tỷ lệ MLT cũng ngày càng tăng: tại bệnh viện (BV) Phụ Sản trung ương (PSTU) năm 1998 là 34,6%, năm 2017 là 54,4%[5]; tỷ lệ MLT tại Bệnh viện Hùng Vương năm 2009 là 33%, năm 2016-2017 là 47,6% [6].

Phân loại MLT của Robson ra đời năm 2001, không chỉ chú trọng vào chỉ định MLT, thay vào đó phân loại này dựa trên các đặc điểm riêng của từng sản phụ vào các nhóm, qua đó cho phép đánh giá tỷ lệ từng nhóm. Hệ thống MLT của Robson đã được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến khích sử dụng rộng rãi để phân tích tỷ lệ MLT ở các cơ sở sản khoa, các quốc gia và vùng lãnh thổ qua đó đánh giá kết cục thai kỳ trong bối cảnh can thiệp khác nhau giữa các đơn vị. Bệnh viện Đa khoa huyện Chương Mỹ chưa có hệ thống phân loại mổ lấy thai nào được áp dụng. Vì thế chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Tình hình mổ lấy thai theo phân loại Robson tại Bệnh viện Đa khoa huyện Chương Mỹ”.

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng mổ lấy thai của từng nhóm theo phân loại mổ lấy thai của Robson tại Bệnh viện Đa khoa huyện Chương Mỹ năm 2020 – 2021.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả hồ sơ bệnh án của sản phụ vào sinh tại khoa Phụ sản Bệnh viện Đa khoa huyện Chương Mỹ trong khoảng thời gian nghiên cứu kể từ ngày 01/01/2020 đến ngày 31/12/2021.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Tất cả các sản phụ vào viện và đã sinh mổ tại khoa phụ sản Bệnh viện đa khoa huyện Chương Mỹ.

+ Tuổi thai  $\geq 22$  tuần

#### 2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

+ Hồ sơ xuất viện hoặc chuyển viện khi chưa sinh.

+ Trường hợp thai dị dạng, thai chết lưu.

+ Hồ sơ bệnh án không ghi chép đầy đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu số liệu

#### 2.2.2. Cỡ mẫu

- Cỡ mẫu: Áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu ước lượng đối tượng nghiên cứu:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{p \cdot \varepsilon^2}$$

Trong đó:

N: Số đối tượng nghiên cứu tối thiểu cần nghiên cứu

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$ : là hệ số giới hạn tin cậy, chọn bằng 1,96 ứng với hệ số tin cậy, ước lượng 95% ( $\alpha = 0,05$ ).

$\varepsilon$ : Sai số ước lượng, trong nghiên cứu này lấy  $\varepsilon = 0,07$

p: Là tỉ lệ mổ lấy thai của Nguyễn Thị Hồng Phượng (2016) tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương là 48.2% ( $p = 0,48$ )

Tính được  $N = 850$  sản phụ mổ lấy thai.

**2.2.3. Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các bệnh án đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

### 2.3. Thời gian nghiên cứu:

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2023 đến tháng 07/2023.

Thời gian thu tập số liệu hồi cứu: 01/01/2020 – 31/12/2021.

### 2.4. Biến số chỉ số nghiên cứu:

- Một số thông tin chung của người bệnh: tuổi, nghề nghiệp, số con, số lần đẻ, số lần mổ lấy thai, trọng lượng thai.

- Một số đặc điểm lâm sàng: số lượng thai, tuổi thai, ngôi thai, tình trạng chuyển dạ, khởi phát chuyển dạ, thời điểm mổ lấy thai.

- Bảng hệ thống phân loại mổ lấy thai của Robson:

STT	Nhóm
1	Con so, đơn thai ngôi đầu, $\geq 37$ tuần, chuyển dạ tự nhiên
2	Con so, đơn thai ngôi đầu, $\geq 37$ tuần, khởi phát chuyển dạ, hoặc MLT trước chuyển dạ
3	Con rạ (không có VMC), đơn thai ngôi đầu, $\geq 37$ tuần, chuyển dạ tự nhiên
4	Con rạ (không có VMC), đơn thai ngôi đầu, $\geq 37$ tuần, khởi phát chuyển dạ hoặc MLT trước chuyển dạ
5	Con rạ, có ít nhất 1 VMC, đơn thai ngôi đầu, $\geq 37$ tuần
6	Tất cả con so, đơn thai, ngôi mông
7	Tất cả con rạ, đơn thai, ngôi mông (bao gồm có VMC)
8	Tất cả trường hợp đa thai (bao gồm VMC)
9	Tất cả ngôi bất thường (bao gồm VMC)
10	Tất cả đơn thai, ngôi đầu $\leq 36$ tuần (bao gồm VMC)

### 2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu: Phiếu thu thập thông tin nghiên cứu phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Dựa trên dữ liệu hồ sơ bệnh án hồi cứu.

### 2.6. Xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch sẽ, sau đó

nhập, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS20.0.

### 2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao sức khỏe cộng đồng và giảm gánh nặng bệnh tật. Dữ liệu nghiên cứu được thu thập dựa trên bệnh án hồi cứu không gây bất kỳ nguy hại nào cho người bệnh.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Tỷ lệ mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa huyện Chương Mỹ**

	Số lượng	%
Mổ lấy thai	859	21,16
Đẻ đường dưới	3202	78,84
<b>Tổng</b>	<b>4061</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ mổ lấy thai ở Bệnh viện Đa khoa huyện Chương Mỹ trong 2 năm nghiên cứu là 21,16%, tỷ lệ đẻ thường là 78,84%.

**Bảng 2. Đặc điểm về tuổi của phụ nữ mổ lấy thai**

	Số lượng (n=859)	%
< 20 tuổi	42	4,9
20 – 35 tuổi	720	83,3
>35 tuổi	97	11,8
<b>Tổng</b>	<b>859</b>	<b>100</b>
<b>X <math>\pm</math> SD</b>	<b>28,2 <math>\pm</math> 5,5 ( 16 – 44)</b>	

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $28,2 \pm 5,5$  tuổi. Tuổi thấp nhất là 16 và cao nhất là 44 tuổi.

**Bảng 3. Đặc điểm về nghề nghiệp của phụ nữ mổ lấy thai**

	Số lượng (n=859)	%
Cán bộ	84	9,78
Công nhân	380	44,24
Tự do	108	12,57
Nông dân	285	33,18
Học sinh, sinh viên	2	0,23
<b>Tổng</b>	<b>859</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Số MLT ở nhóm sản phụ là công nhân cao nhất, chiếm tỉ lệ 44,24 %, sau đó là nhóm nông dân 33,18%, nhóm nghề tự do đứng sau chiếm 12,57%, thấp nhất là nhóm học sinh, sinh viên với 0,23%.

**Bảng 4. Đặc điểm về số con đã sinh của phụ nữ mổ lấy thai**

Đặc điểm		Số lượng (n=859)	Tỷ lệ (%)
Số lần sinh	Con so	230	26,77
	Con dạ	659	73,23
Số lượng thai	Một thai	856	99,65
	Song thai	3	0,35
Số lần mổ lấy thai	Chưa mổ	498	57,97
	1 lần	271	31,54
	2 lần	90	10,49
	3 lần	0	0
Trọng lượng thai	< 2500g	11	1,29
	2500 – 3500g	680	79,16
	>3500g	168	19,55

**Nhận xét:** Đa số các sản phụ sinh con dạ chiếm tỉ lệ 73,23%; cao hơn nhiều so với tỉ lệ sinh con so là 26,77%. Phần lớn các sản phụ mang một thai chiếm 99,65%. Trong các trường hợp MLT chủ yếu là các sản phụ không có tiền sử mổ cũ chiếm 57,97%. Tiếp theo là sản phụ có mổ cũ 1 lần chiếm 31,54%, còn lại là các

sản phụ có mổ cũ 2 lần chiếm tỉ lệ 10,49%. Không có sản phụ có mổ cũ 3 lần. Nhóm thai có cân nặng từ 2500 - 3500g chiếm tỉ lệ cao nhất với 79,16%, cao thứ hai là nhóm cân nặng trên 3500g với 19,55% và thấp nhất là nhóm cân nặng dưới 2500g với 1,29%.



**Bảng 5. Đặc điểm về tuổi thai của phụ nữ mổ lấy thai**

Tuổi thai	Số lượng (n = 859)	Tỷ lệ (%)
< 37 tuần	13	1,5
37 - 41 tuần	835	97,0
≥ 42 tuần	11	1,3
<b>Tổng</b>	<b>859</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Có 13 sản phụ có tuổi thai < 37 tuần, chiếm 1,3%. Còn lại 835 sản phụ có tuổi thai từ 37 – 41 tuần chiếm 97,2%; có 11 sản phụ có tuổi thai ≥ 42 tuần, chiếm 1,5%.

**Bảng 6. Tỷ lệ các nhóm theo hệ thống phân loại mổ lấy thai của Robson**

	Tổng số sản phụ MLT/ Tổng số sản phụ của nhóm	Tỷ lệ kích cỡ của nhóm%	Tỷ lệ MLT trong nhóm%	Đóng góp tỷ lệ MLT của mỗi nhóm
1. Con so, đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần, chuyển dạ tự nhiên	173/ 780	19,2	22,18	4,26
2. Con so, đơn thai, ngôi đầu ≥37 tuần, khởi phát chuyển dạ/ MLT trước khi chuyển dạ	43/57	1,4	75,44	1,06
3. Con rạ (không có vết mổ cũ (VMC), đơn thai, ngôi đầu ≥37 tuần, chuyển dạ tự nhiên	200/2702	66,53	7,4	4,9
4. Con rạ (không có VMC), đơn thai, ngôi đầu ≥37 tuần, khởi phát chuyển dạ/ MLT trước khi chuyển dạ	24/72	1,77	33,33	0,59
5. VMC, đơn thai, ngôi đầu ≥37 tuần	355/355	8,74	100	8,74
6. Tất cả các trường hợp con so, ngôi mông	11/11	0,27	100	0,27
7. Tất cả các trường hợp con rạ, ngôi mông (bao gồm có VMC)	32/39	0,96	82,05	0,79
8. Tất cả các trường hợp đa thai (bao gồm có VMC)	05/06	0,15	83,33	0,12
9. Tất cả các trường hợp ngôi bất thường (bao gồm có VMC)	07/07	0,17	100	0,17
10. Tất cả các trường hợp đơn thai, ngôi đầu, ≤36 tuần (bao gồm có VMC)	09/32	0,78	28,12	0,22

**Nhận xét:** Trong 10 nhóm mổ lấy thai, tỉ lệ phân bố cao nhất là nhóm 5 (chiếm 8,74%), sau đó là đến đến nhóm 3 (chiếm 4,9%) và nhóm 1 chiếm 4,26%. Thấp nhất là nhóm 8 chiếm tỉ lệ 0,12%. Tỉ lệ mổ đẻ của nhóm 1,2,3 và 5 gộp lại là 18,96% và số sản phụ của 4 nhóm 1,2,3,5 chiếm 95,87% trong tổng số sản phụ. Tuy nhiên tỉ lệ MLT trong 4 nhóm này dao động nhiều. Nhóm 6,7,8,9 có tỉ lệ MLT trong nhóm cao, tuy nhiên là những nhóm nhỏ và tỉ lệ của các nhóm đóng góp trong tỉ lệ MLT dao động ít.

#### 4. BÀN LUẬN

Trong năm 2020 - 2021, có tổng cộng 4061 sản phụ vào sinh tại Bệnh viện Đa khoa huyện Chương Mỹ. Trong đó có 859 trường hợp mổ lấy thai chiếm 21,16% và 3202 sản phụ sinh thường qua ngã âm đạo chiếm 78,84%. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu trước đó tại BV PSTW năm 2016 là 48,2%[7], BV Hùng Vương năm 2016 - 2017 là 47,6%[6]. Tỷ lệ của

chúng tôi gần tương đương tỷ lệ MLT tại BV Đa khoa Vĩnh Lộc trong 2 năm 2019 - 2020 là 20,4%[8]. Sự khác biệt này có thể giải thích do địa điểm và thời gian nghiên cứu khác nhau.

Theo kết quả nghiên cứu tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 28,2 tuổi (nhỏ nhất là 16 tuổi và cao nhất là 44 tuổi), độ lệch chuẩn là 5,5 tuổi. Trong đó nhóm tuổi từ 20 - 35 tuổi chiếm tỉ lệ cao với 83,3%, điều này khá tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Phượng năm 2016 với tỉ lệ tuổi mẹ từ 20 - 35 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 77,5%[7]; Nghiên cứu của Lê Đức Quân năm 2019 - 2020 nhóm tuổi 20 - 35 tuổi chiếm đa số 85,41%[8]. Độ tuổi 20-35 là độ tuổi lý tưởng cho việc mang thai và sinh nở.

Theo nghiên cứu của chúng tôi đa số các sản phụ là công nhân với tỷ lệ 44,24%; đứng thứ hai là nông dân với tỷ lệ 33,18%; nghề tự do chiếm tỷ lệ 12,57%; cán bộ là 9,78%. Theo nghiên cứu tỷ lệ này phù hợp vì tại huyện Chương Mỹ và hai huyện lân cận Quốc Oai (thành phố Hà Nội), Lương Sơn (tỉnh Hòa Bình) là vùng nông thôn. Những năm gần đây, tập trung xây dựng các khu công nghiệp, thu hút các công ty và số lượng lớn công nhân trong độ tuổi sinh đẻ.

Theo kết quả nghiên cứu, phần lớn các sản phụ mang một thai (99,65%), một phần nhỏ mang song thai với tỉ lệ 0,35%. Tỷ lệ này tương đương tỷ lệ của Vogel và cộng sự[9], cũng như nghiên cứu của tác giả Đoàn Vũ Đại Nam tại Bệnh viện Hùng Vương năm 2016 - 2017[6]. Tỷ lệ này phù hợp với tỷ lệ đa thai trong tự nhiên. Nhóm thai có cân nặng từ 2500 - 3500g chiếm tỉ lệ cao nhất với 79,16%, cao thứ hai là nhóm cân nặng trên 3500g với 19,55% và thấp nhất là nhóm cân nặng dưới 2500g với 1,29%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 94,2% sản phụ mang thai ngôi đầu, 5,8% sản phụ mang thai ngôi bất thường. Kết quả của chúng tôi tương tự Vogel có 95% sản phụ mang thai ngôi đầu[9]. Nhóm sản phụ ngôi bất thường tuy có tỉ lệ MLT cao nhưng do tỉ lệ trong dân số chung rất thấp nên chỉ góp một phần nhỏ vào tỉ lệ MLT chung.

Nhìn vào bảng 6 chúng ta thấy rằng nhóm 1, 2, 3 và 5 có kích thước lớn nhất, chiếm đa số các trường hợp sản phụ vào sinh. Cũng như có tỷ lệ đóng góp vào tỷ lệ mổ lấy thai là chủ yếu. Tỷ lệ mổ lấy thai cao nhất là nhóm 5, 3,1 với tỷ lệ lần lượt 8,74%, 4,9% và 4,26%. Còn với các nhóm 6,7,8 và 9 là các nhóm nhỏ, mặc dù có tỷ lệ mổ lấy thai trong nhóm rất cao (> 82%) nhưng tỷ lệ phân bố thấp, các giá trị dao động thấp, khả năng

đóng góp vào tỷ lệ mổ lấy thai chung rất thấp với xấp xỉ 1,35% (so với 18,96% của bốn nhóm 1,2,3 và 5). Các nhóm 4,10 có tỷ lệ MLT trong từng nhóm tương đối thấp và kích cỡ mỗi nhóm trong dân số nhỏ, nên đóng góp vào tỷ lệ MLT chung dưới 1%.

Như vậy, để giảm tỷ lệ mổ lấy thai cần nghiên cứu làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai trong các nhóm 1, 2, 3 và 5. Đối với nhóm 5 là nhóm các sản phụ có VMC, đơn thai, ngôi đầu  $\geq 37$  tuần, chiếm 8,74% tổng số sản phụ. Tỷ lệ này nhỏ hơn rất nhiều so với các nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của tác giả Đoàn Vũ Đại Nam (15,1%) [6] và của tác giả Nguyễn Thị Hồng Phượng (17,3%) [7]. Tỷ lệ này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Đức Quân (8,7%)[8]. Tỷ lệ mổ lấy thai của nhóm 5 là 100% và có tỷ lệ đóng góp vào mổ lấy thai nói chung rất cao. Tuy nhiên để giảm tỉ lệ MLT của nhóm 5 là rất khó. Về phía các sản phụ đã từng MLT 1 lần, các lần sau phần lớn đều muốn lựa chọn sinh mổ tiếp vì suy nghĩ MLT sẽ an toàn hơn, vì lo sợ nguy cơ vỡ tử cung khi đẻ đường âm đạo.

Vậy vấn đề then chốt ở đây là để làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai nói chung cần giảm tỷ lệ mổ lấy thai trong 3 nhóm đầu tiên. Các nhóm 1 và 3 có đặc điểm gần tương đương nhau, chỉ khác về số lần sinh, không có yếu tố về khởi phát chuyển dạ nên chỉ liên quan đến vấn đề đẻ khó. Còn nhóm 2 có tỷ lệ mổ lấy thai như vậy khá cao thường liên quan đến quá trình khởi phát chuyển dạ hoặc sự kém đáp ứng của cơ tử cung, cũng như sự dung nạp của thai nhi với vấn đề khởi phát. Cần siết chặt về các chỉ định mổ lấy thai cũng như xem xét kỹ lưỡng đối với các lý do này thì khả năng làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai khả thi hơn.

## 5.KẾT LUẬN

Tỷ lệ mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa huyện Chương Mỹ trong 2 năm 2020- 2021 là 21,16%. Nhóm 1, 2,3 và nhóm 5 là những nhóm đóng góp chủ yếu vào tỉ lệ MLT chung.

Để giảm tỷ lệ mổ lấy thai cần nghiên cứu giảm tỷ lệ mổ lấy thai trong 3 nhóm đầu tiên trong phân loại 10 nhóm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] “Appropriate technology for birth,” Lancet, vol. 2, no. 8452, pp. 436–437, Aug. 1985.

- [2] P. Lumbiganon et al., “Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08,” *Lancet*, vol. 375, no. 9713, pp. 490–499, Feb. 2010, doi: 10.1016/S0140-6736(09)61870-5.
- [3] “NHS Maternity Statistics, England 2017-18,” NHS Digital. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-maternity-statistics/2017-18> (accessed Jul. 13, 2022).
- [4] “Total cesarean deliveries by maternal race: United States, 2018-2020 Average,” March of Dimes | PeriStats.
- [5] Lê Hoài Chương, Mai Trọng Dũng, Nguyễn Đức Thắng & cs, Nhận xét thực trạng mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2017, *Tạp chí Phụ sản*, vol. 16, no. 1, Art. no. 1, 2018.
- [6] Khảo sát tỷ lệ mổ lấy thai theo nhóm phân loại của Robson tại Bệnh viện Hùng Vương năm 2016 -2017, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, 2017.
- [7] 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, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, 2016.
- [8] Lê Đức Quân, Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai theo phân loại Robson tại Bệnh viện đa khoa huyện Vĩnh Lộc, Thanh Hóa trong 2 năm 2019 - 2020, Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2022.
- [9] J. P. Vogel et al., “Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys,” *The Lancet Global Health*, vol. 3, no. 5, pp. e260–e270, May 2015, doi: 10.1016/S2214-109X(15)70094-X.