

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG
VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA MỔ LẤY THAI NHÓM III
THEO PHÂN LOẠI CỦA ROBSON
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ**

Lê Thị Thùy Dung^{1*}, Hồ Thị Thu Hằng², Phan Hữu Thúy Nga³, Lê Thị Gái³

1. Phòng khám Đa khoa Y Sài Gòn

2. Sở Y Tế Vĩnh Long

3. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: drlethuydung@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng ở các nước trên thế giới, cả ở Việt Nam và đang trở thành vấn đề cấp thiết trên toàn cầu. Việc giảm tỷ lệ mổ lấy thai cho gần với tỷ lệ do Tổ chức Y tế Thế giới đề nghị đang là vấn đề cấp thiết của các trung tâm sản khoa. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng; xác định tỷ lệ các nguyên nhân mổ lấy thai và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mổ lấy thai nhóm III theo phân loại Robson tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 120 sản phụ thuộc nhóm III sinh tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 5/2020 đến tháng 5/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ mổ lấy thai nhóm III là 46,67%. Tuổi sản phụ trung bình là $32 \pm 5,05$ tuổi (19-43 tuổi). Mổ lấy thai do nước ối lẫn phân su là 37,5%, do nhịp tim thai bất thường là 21,43%. Các yếu tố liên quan

đến tỷ lệ mổ lấy thai nhóm III là ối xấu (OR 24,37), ối ít (OR 8,63), CTG nhóm II (OR 16,63). **Kết luận:** Tỷ lệ mổ lấy thai nhóm III theo phân loại Robson trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, cần có giải pháp nhằm giảm tỷ lệ mổ lấy thai trong nhóm này.

Từ khóa: Mổ lấy thai, bảng phân loại Robson.

ABSTRACT

STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS, PARACLINICAL AND SOME RELATED FACTORS TO CESAREAN SECTION GROUP III ACCORDING TO THE CLASSIFICATION OF ROBSON AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Le Thi Thuy Dung^{1*}, *Ho Thi Thu Hang*², *Phan Huu Thuy Nga*³, *Le Thi Gai*³

1. Saigon Medical Clinic

2. Vinh Long Health Department

3. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: The rate of cesarean section is increasing in countries around the world and in Viet Nam, and is becoming a critical issue worldwide. Reducing the rate of cesarean section for close to the rate of World Health Organization proposal is a critical issue of the center for obstetrics.

Objectives: To describe the clinical, paraclinical characteristics; to determine the ratio of the causes of cesarean section and to find out some related factors to the cesarean section rate of group III classified by Robson at Can Tho Central General Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 120 pregnant women group III gave birth at Can Tho Central General Hospital from 05/2020 to 05/2021. **Results:** The rate of cesarean section group III was 46.67%. The average age was 32 ± 5.05 year olds (19-43 year olds). Cesarean section due to amniotic fluid and meconium was 37.5%; abnormal fetal heart rate was 21.43%. The factors related to the rate of cesarean section group III was bad amniotic fluid (OR 24.37), oligohydramnios (OR 8.63), CTG group 2 (OR 16.63). **Conclusion:** The rate of group III cesarean section according to the classification of Robson in our study is higher than that recommended by World Health Organization, it is necessary to have solutions to reduce the rate of cesarean section in this group.

Keywords: Cesarean section, Robson classification.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai là một phẫu thuật nhằm lấy thai và phân phụ của thai ra khỏi buồng tử cung qua đường rạch ở thành bụng và đường rạch ở thành tử cung [1]. Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo tỷ lệ mổ lấy thai không nên vượt quá 15% ở các quốc gia và các vùng lãnh thổ. Hệ thống phân loại mổ lấy thai của Robson ra đời đã được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến khích sử dụng rộng rãi để phân tích tỷ lệ mổ lấy thai ở các cơ sở sản khoa, các quốc gia và vùng lãnh thổ, qua đó giúp đánh giá kết cục thai kỳ trong bối cảnh can thiệp khác nhau giữa các đơn vị. Ở Việt Nam, tại khu vực các tỉnh miền Tây, hệ thống phân loại của Robson chưa được áp dụng nhiều. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sản phụ thuộc nhóm III theo phân loại Robson tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

2. Xác định tỷ lệ các nguyên nhân mổ lấy thai nhóm III.

3. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mổ lấy thai nhóm III.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các sản phụ thuộc nhóm III theo phân loại Robson nhập viện sinh tại bệnh viện

Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 5/2020 đến tháng 5/2021.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tuổi thai từ 37 tuần, con rạ, đơn thai, ngôi đầu, chuyển dạ tự nhiên (với các đặc điểm như đau trần bụng, ra nhót hồng âm đạo, có hiện tượng xóa - mở cổ tử cung, có thành lập đầu ối), không có vết mổ cũ mổ lấy thai.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Mắc bệnh tâm thần, sản phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp cắt ngang mô tả.

- **Địa điểm:** Khoa sản của Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

- **Cỡ mẫu:** Dựa vào công thức xác định cỡ mẫu của nghiên cứu cắt ngang mô tả

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Với: $\alpha = 0,05$ (với độ tin cậy 95%), d: sai số cho phép (chọn $d = 0,07$), $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$

p: tỷ lệ mổ lấy thai ở sản phụ nhóm III (theo nghiên cứu của Lê Quang Thanh năm 2015 chiếm 15,22%) \rightarrow từ đó ta chọn $p = 0,15$

Theo công thức trên, thay các giá trị vào công thức ta có: $n = 99,96$

Vậy cỡ mẫu tối thiểu cần thu thập là 100 sản phụ. Thực tế, chúng tôi thu thập được 120 sản phụ tham gia nghiên cứu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện ở tất cả các sản phụ thuộc nhóm III theo phân loại của Robson đến sinh tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ từ tháng 5/2020 đến tháng 5/2021.

- **Nội dung nghiên cứu:** Phương pháp sinh: sinh thường hay mổ lấy thai, lý do mổ lấy thai. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ nhóm III: tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, học vấn, chiều cao, BMI, tăng cân trong thai kỳ, siêu âm, CTG. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ mổ lấy thai: tuổi sản phụ, chiều cao, BMI, tăng cân, màu sắc nước ối, thể tích nước ối, giới tính bé, cân nặng bé, cận lâm sàng (siêu âm, CTG).

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm Stata 8.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ nhóm III

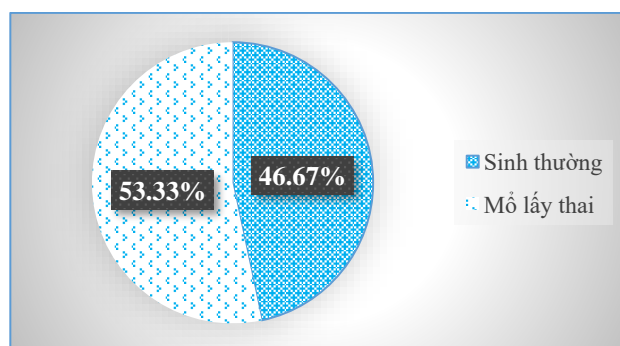
Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ nhóm III

Đặc điểm	Tần số (n=120)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình của sản phụ	32 ± 5,05 tuổi (19 – 43)	
Địa chỉ		
Cần Thơ	45	37,5%
Tỉnh	75	62,5%
Nghề nghiệp		
Lao động	66	55%
Trí thức	4	3,33%
Nội trợ	50	41,67%
Học vấn		
≤ Cấp 1	35	29,17%
Cấp 2	57	47,5%
≥ Cấp 3	28	23,33%
Chiều cao		
< 1m50	3	2,5%
≥ 1m50	117	97,5%

Đặc điểm	Tần số (n=120)	Tỷ lệ (%)
Chiều cao trung bình	156,2 ± 4,6 cm (1m46-1m68)	
BMI		
< 18,5	13	10,83%
18,5 – 24,9	89	74,17%
≥ 25	18	15%
Tăng cân trong thai kỳ		
Sụt kg, không tăng kg, tăng < 10 kg	40	33,33%
Tăng từ 10 – 12 kg	35	29,17%
Tăng > 12kg	45	37,5%
Siêu âm		
Không siêu âm	60	50%
Bình thường	41	34,17%
Bất thường	19	15,83%
CTG		
Không đo	2	1,67%
Nhóm 1	105	87,5%
Nhóm 2	13	10,83%

Nhận xét: Tuổi trung bình của sản phụ nhóm III là 32 ± 5,05 tuổi (thấp nhất 19 tuổi, cao nhất 43 tuổi), 62,5% địa chỉ ở Tỉnh, nghề nghiệp lao động: 55%, học vấn Cấp 2: 47,5%, chiều cao ≥ 1m50: 97,5%, BMI 18,5-24,9: 74,17%, tăng cân trong thai kỳ > 12kg: 37,5%, không siêu âm: 50%, siêu âm bình thường 34,17%, CTG nhóm 1: 87,5%.

3.2. Tỷ lệ mổ lấy thai nhóm III



Biểu đồ 1: Tỷ lệ mổ lấy thai nhóm III

Nhận xét: Tỷ lệ mổ lấy thai nhóm III theo phân loại của Robson là 46,67%.

3.3. Nguyên nhân mổ lấy thai nhóm III

Bảng 2. Nguyên nhân mổ lấy thai nhóm III

Nguyên nhân	Tần số (n=56)	Tỷ lệ (%)
Nước ối lẫn phân su	21	37,5%
Nhịp tim thai bất thường	12	21,43%
Dấu hiệu khác của suy thai	6	10,71%
Đầu quay không hoàn toàn	15	26,79%
Mổ lấy thai chủ động	2	3,57%

Nhận xét: Mổ lấy thai do nước ối lẫn phân su: 37,5%, do đầu quay không hoàn toàn: 26,79%, do nhịp tim thai bất thường: 21,43%, do dấu hiệu khác của suy thai: 10,71%, do mổ lấy thai chủ động 3,57%.

3.4. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ mổ lấy thai nhóm III

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ mổ lấy thai nhóm III

Đặc điểm	Sinh thường n=64 (100%)	Mổ lấy thai n=56 (100%)	OR	KTC 95%	p
Tuổi					
< 35 tuổi	46 (58,97)	32 (41,03)	1		
≥ 35 tuổi	18 (42,86)	24 (57,14)	1,91	0,88-4,14	0,09
Chiều cao					
< 1m50	1 (33,33)	2 (66,67)	2,33	0,2-26,85	0,48
≥ 1m50	63 (53,85)	54 (46,15)	1		
BMI					
< 18,5	9 (69,23)	4 (30,77)	0,59	0,16-2,10	0,41
18,5-24,9	51 (57,3)	38 (42,7)	1		
≥ 25	4 (22,22)	14 (77,78)	4,69	1,36-16,18	0,006
Tăng cân					
< 10 kg	23 (57,5)	17 (42,5)	1,10	0,43-2,80	0,82
10-12 kg	21 (60)	14 (40)	1		
> 12 kg	20 (44,44)	25 (55,56)	1,87	0,75-4,67	0,17
Màu sắc nước ối					
Trắng	60 (78,95)	16 (21,05)	1		
Xấu (màu xanh, vàng)	4 (13,33)	26 (86,67)	24,37	5,44-109,08	0,000
Thể tích nước ối					
Nhiều	3 (50)	3 (50)	1,43	0,27-7,55	0,66
Trung bình	59 (59)	41 (41)	1		
Ít	2 (14,29)	12 (85,71)	8,63	1,69-43,97	0,001
Giới tính bé					
Gái	45 (61,64)	28 (38,36)	1		
Trai	19 (40,43)	28 (59,57)	2,36	1,09-5,11	0,02
Cân nặng bé					
≤ 2800g	12 (66,67)	6 (33,33)	0,56	0,18-1,69	0,29
2800 – ≤ 3500g	36 (52,94)	32 (47,06)	1		
3500 – ≤ 3800g	14 (50)	14 (50)	1,12	0,46-2,72	0,79
> 3800g	2 (33,33)	4 (66,67)	2,25	0,37-13,41	0,36
Siêu âm					
Không siêu âm	38 (63,33)	22 (36,67)			
Bình thường	20 (48,78)	21 (51,22)	1		
Bất thường	6 (31,58)	13 (68,42)	2,06	0,64-6,64	0,21
CTG					
Không đo	2 (100)	0 (0)			
Nhóm 1	61 (58,1)	44 (41,9)	1		
Nhóm 2	1 (7,69)	12 (92,31)	16,63	1,84-149,84	0,000

Nhận xét: BMI ≥ 25, màu sắc nước ối xấu (xanh, vàng), thể tích nước ối ít, giới tính bé trai, CTG nhóm 2 làm tăng nguy cơ mổ lấy thai, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05, KTC 95%. Tuổi sản phụ, chiều cao, tăng cân trong thai kỳ, thể tích nước ối nhiều (dư ối, đa ối), cân nặng bé, siêu âm bất thường không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm mổ lấy thai và nhóm sinh thường với p > 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ nhóm III

Chúng tôi nghiên cứu trên 120 sản phụ thuộc nhóm III theo phân loại của Robson đến sinh tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 5/2020 đến tháng 5/2021 là nhóm con rạ, thai ≥ 37 tuần, ngôi đầu, chuyển dạ tự nhiên, không có vết mổ cũ mổ lấy thai. Sản phụ có độ tuổi trung bình là $32 \pm 5,05$ tuổi, cao nhất là 43 tuổi và thấp nhất là 19 tuổi, tương đương với nghiên cứu của tác giả Shu-guo DU là $32,2 \pm 4,1$ tuổi [10]. Kết quả này phù hợp vì nhóm tuổi từ 25 đến dưới 35 tuổi là nhóm tuổi thuộc độ tuổi sinh sản và dễ mang thai nhất của người phụ nữ. Có 62,5% sản phụ ở Tỉnh, với nghề nghiệp chủ yếu là lao động chếm 55% tương đương với trình độ học vấn Cấp 2 là đa số 47,5%. Chỉ có 3 sản phụ có chiều cao dưới 1m50 chiếm 2,5%, chiều cao trung bình của sản phụ là $156,2 \pm 4,6$ cm. Chiều cao của sản phụ $< 1m50$ cũng góp phần tiên lượng cuộc sinh khó khả năng do yếu tố khung chậu, tuy nhiên cần đánh giá toàn diện qua khám lâm sàng và chụp quang kích chậu. Đa số sản phụ có BMI bình thường chiếm 74,17%, BMI ≥ 25 chiếm 15%, tăng cân trong thai kỳ $> 12kg$ chiếm 37,5%. BMI ≥ 25 và tăng cân nhiều $> 12kg$ cũng là một trong những yếu tố góp phần tiên lượng cuộc chuyển dạ sinh ngã âm đạo khó khăn vì tăng nguy cơ đái tháo đường thai kỳ gây thai to nên dễ làm tăng nguy cơ mổ lấy thai. Kết quả siêu âm bất thường và CTG nhóm 2 chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là 15,83% và 10,83%.

4.2. Tỷ lệ mổ lấy thai nhóm III theo phân loại của Robson

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mổ lấy thai nhóm III theo phân loại của Robson là 46,67%, tương đương với nghiên cứu của tác giả Shu-guo DU và cộng sự là 55,46% [10]. Nhưng cao hơn nghiên cứu của Robson tại bệnh viện Sản khoa Quốc gia Dubin năm 2013 là 1,2%, của Zimmo là 3,4%, Đoàn Vũ Đại Nam là 13,1%, Lê Quang Thanh là 15,26% [4], [6], [8], [11]. Điều này là phù hợp vì nghiên cứu của chúng tôi chỉ chọn các sản phụ thuộc nhóm III đồng ý tham gia nghiên cứu và số lượng cỡ mẫu nhỏ, còn nghiên cứu của các tác giả như Robson, Đoàn Vũ Đại Nam và Lê Quang Thanh, Hehir, Zimmo chọn tất các sản phụ thuộc cả 10 nhóm đến sinh tại bệnh viện vào tham gia nghiên cứu với số lượng cỡ mẫu lớn.

Qua nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mổ lấy thai nhóm III tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ gồm 5 nhóm nguyên nhân chính: mổ lấy thai do nước ối lẫn phân su là 37,5%, do đầu quay không hoàn toàn là 26,79%, do nhịp tim thai bất thường là 21,43%, do dấu hiệu khác của suy thai là 10,71%, và mổ lấy thai chủ động là 3,57%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ tỷ lệ mổ lấy thai do nguyên nhân suy thai chiếm 19,7% tương đương với nghiên cứu của chúng tôi, nhưng nhóm nguyên nhân do tình trạng ối là 15,8% và 11,1% mổ lấy thai chủ động thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi [2].

4.3. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ mổ lấy thai nhóm III

Tuổi của sản phụ: tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm tuổi mẹ ≥ 35 tuổi chiếm 57,14% và tăng nguy cơ mổ lấy thai lên gấp 1,91 lần so với nhóm tuổi mẹ < 35 tuổi, tương đương với nghiên cứu của Đoàn Vũ Đại Nam là 1,54 lần, của A Rajabi và cs là 1,77 lần, của Phạm Thị Bé Lan là 1,8 lần [3], [4], [9]. Theo quy luật tự nhiên thì mẹ càng lớn tuổi sẽ càng tăng nguy cơ bệnh lý kèm theo, khả năng sinh ngã âm đạo khó khăn, và ngày nay độ tuổi lập gia đình của người phụ nữ càng trẻ... những yếu tố này góp phần làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Chiều cao: trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần là các sản phụ $\geq 1m50$ chiếm 97,5% và tỷ lệ mổ lấy thai trong nhóm này chiếm 46,15% thấp hơn nhóm sản phụ cao $<$

1m50 là 66,67%. Chiều cao của sản phụ <1m50 làm tăng nguy cơ mổ lấy thai lên 2,33 lần, tương đương nghiên cứu của tác giả Đoàn Vũ Đại Nam tăng 1,65 lần [4]. Tuy nhiên, chiều cao của sản phụ < 1m50 và \geq 1m50 khác nhau không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm mổ lấy thai và nhóm sinh thường ngã âm đạo, $p > 0,05$.

BMI: tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm sản phụ có BMI \geq 25 trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm cao nhất là 77,78%. BMI \geq 25 làm tăng nguy cơ mổ lấy thai lên 4,69 lần so với BMI bình thường (18,5-24,9), $p < 0,01$, KTC 95% (1,36-16,18) có ý nghĩa thống kê giữa nhóm mổ lấy thai và nhóm sinh thường ngã âm đạo. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Al Busaidi là 1,93 lần ở nhóm BMI thừa cân từ 25-29,9 và tăng gấp 2,11 lần ở nhóm BMI > 30 [7]. Vì vậy, vấn đề cần đặt ra là phải kiểm soát tốt cân nặng trước mang thai nhằm kiểm soát chỉ số BMI trong giới hạn bình thường để giảm tỷ lệ mổ lấy thai.

Tăng cân: theo kết quả nghiên cứu của nhóm chúng tôi, tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm sản phụ tăng cân > 12 kg trong thai kỳ chiếm tỷ lệ cao nhất 55,56%. Tuy nhiên, việc tăng cân trong thai kỳ ở nghiên cứu của chúng tôi khác nhau không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm mổ lấy thai và nhóm sinh thường ngã âm đạo, $p > 0,05$.

Màu sắc nước ối: tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm nước ối xấu (xanh, vàng) là 86,67% cao hơn nhiều so với các tác giả Hoàng Bảo Nhân là 52,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nước ối xấu làm tăng nguy cơ mổ lấy thai lên 24,37 lần so với nhóm có nước ối trắng, $p < 0,001$, KTC 95% (5,44-109,08). Tình trạng ối xanh trong nghiên cứu của tác giả Hoàng Bảo Nhân làm tăng nguy cơ mổ lấy thai lên 2,1 lần, KTC 95% (1,72 - 2,57), trong đó nhóm có nước ối xanh đặc tăng nguy cơ mổ lấy thai lên gấp 3,09 lần, KTC 95% (2,53 - 3,77) [5].

Thể tích nước ối: thể tích nước ối là một trong những yếu tố giúp đánh giá sức khỏe của thai. Thiếu ối làm gia tăng tình trạng suy thai cấp trong các cuộc chuyển dạ vì thai dễ bị thiếu oxy do quá trình trao đổi oxy của thai bị ảnh hưởng, nước ối càng ít thì nguy cơ chèn ép rốn càng cao gây thai suy, ngoài ra sự bình chỉnh của thai không tốt khi thiếu ối làm tăng nguy cơ sinh khó nên tỷ lệ mổ lấy thai cao. Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm ối ít trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 85,71%, ối nhiều là 50%. Nước ối ít làm tăng nguy cơ mổ lấy thai lên 8,63 lần so với lượng nước ối trung bình, $p < 0,05$, KTC 95% (1,69-43,97). Nhưng không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thể tích nước ối nhiều và nước ối trung bình trong nhóm sản phụ mổ lấy thai và nhóm sinh thường ngã âm đạo với $p > 0,05$.

Giới tính bé: tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm bé trai chiếm 59,57% cao hơn bé gái là 38,36% tương đương với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Bé Lan là 58,2%. Nhóm bé trai tăng nguy cơ mổ lấy thai lên 2,36 lần so với nhóm bé gái, $p < 0,05$, KTC 95% (1,09-5,11), tương đương với nghiên cứu của Phạm Thị Bé Lan là 1,5 lần [3].

Cân nặng bé: tỷ lệ mổ lấy thai nhiều nhất ở nhóm trẻ sơ sinh > 3800 g chiếm 66,67%, tỷ lệ mổ lấy thai nhóm này cao có thể do yếu tố thai to, sự bình chỉnh của ngôi không tốt khi chuyển dạ sinh thường ngã âm đạo, do sự bất xứng giữa khung chậu mẹ và đầu thai nhi khi chuyển dạ hay do những yếu tố kết hợp khác. Tuy nhiên, theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì cân nặng bé khác nhau không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm mổ lấy thai và nhóm sinh thường ngã âm đạo, $p > 0,05$.

Cận lâm sàng: có 68,42% trường hợp mổ lấy thai vì kết quả siêu âm bất thường và 52,22% mổ lấy thai có kết quả siêu âm bình thường trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, kết quả siêu âm bình thường và siêu âm bất thường khác nhau không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm mổ lấy thai và nhóm sinh thường ngã âm đạo với $p > 0,05$. Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm có CTG nhóm 2 chiếm cao nhất 92,31%, CTG nhóm 2 tăng tỷ lệ mổ lấy thai lên 16,63 lần so với CTG nhóm 1, $p < 0,001$, KTC 95% (1,84-149,84), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của sản phụ là $32,008 \pm 5,051$ tuổi. Tỷ lệ mổ lấy thai nhóm III theo phân loại Robson là 46,67%. Các yếu tố BMI ≥ 25 , nước ối ít, nước ối xấu (màu xanh, vàng), giới tính bé trai, CTG nhóm 2 làm tăng nguy cơ mổ lấy thai. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ mổ lấy thai nhóm III theo phân loại Robson trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn khuyến cáo của WHO, cần có giải pháp nhằm giảm tỷ lệ mổ lấy thai trong nhóm này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Điền, (2011), “Mổ lấy thai”, *Sản Phụ khoa tập 1*, Đại học Y Dược TPHCM, Nhà xuất bản Y học, tr.451-459.
2. Nguyễn Thị Huệ, Phạm Phước Vinh, Trương Thanh Thanh, Châu Hữu Hậu, (2014), “Khảo sát tình hình mổ lấy thai tại bệnh viện Nhật Tân năm 2013”, *Kỷ yếu hội nghị khoa học 10/2014 bệnh viện An Giang*, tr.22-29.
3. Phạm Thị Bé Lan, Đoàn Thị Thùy Dương, Lâm Vĩnh Niên (2019), “Thực trạng mổ lấy thai và một số yếu tố liên quan tại thành phố Trà Vinh, tỉnh Trà Vinh năm 2018”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, phụ bản tập 23 số (2/2019), tr.141-146.
4. Đoàn Vũ Đại Nam, Nguyễn Duy Tài, (2017), “Khảo sát tỉ lệ mổ lấy thai theo nhóm phân loại của Robson tại bệnh viện Hùng Vương 2016-2017”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, phụ bản tập 22 số (1/2018), tr.86-92.
5. Hoàng Bảo Nhân, Nguyễn Vũ Quốc Huy, (2013), “Kết quả kết thúc thai kỳ ở thai phụ đủ tháng có nước ối lẫn phân su”, *Tạp chí Phụ sản*, tập 11 số (01), tháng 3/2013, tr.22-31.
6. Lê Quang Thanh, (2016), “Chiến lược giảm tỷ lệ mổ lấy thai”, *Hội nghị Sản phụ khoa Việt-Pháp lần thứ 16*, tập 16, tr.33-49.
7. Al Busaidi Ibrahim, Yahya Al-Farsi, Shyam Ganguly, Vaidyanathan Gowri, (2012), “Obstetric and Non-Obstetric Risk Factors for Cesarean Section in Oman”, *Oman Medical Journal*, Vol. 27, No. 6, pp.478-481.
8. Michael Robson, Martina Murphy, Fionnuala Byrne, (2015), “Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 131, pp.S23-S27.
9. Rajabi Abdolhalim, Maharlouei Najmeh, Rezaianzadeh Abbas, and *et al.* (2015), “Risk factors for C-section delivery and population attributable risk for C-section risk factors in Southwest of Iran: a prospective cohort study”, *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 2015 Nov 16; vol 29:294.
10. Shu-guo DU, *et al.* (2020), “Effect of China’s Universal Two-child Policy on the Rate of Cesarean Delivery: A Case Study of a Big Childbirth Center in China”, *Current Medical Science* 40(2), pp.348-353.
11. Mohammed Walid Zimmo, *et al.* (2018), “Caesarean section in Palestine using the Robson Ten Group Classification System: a population-based birth cohort study”, *BMJ Open*, Oct 24; 8(10):e022875.

(Ngày nhận bài: 18/7/2021 - Ngày duyệt đăng: 10/9/2021)
