

hiện này cho thấy, mặc dù SATB2 rất hữu ích trong định hướng chẩn đoán carcinôm tuyến đại tràng, vẫn cần lưu ý đến những giới hạn và khả năng biến đổi biểu hiện của nó.

Tóm lại, SATB2 là dấu ấn đáng tin cậy trong xác định nguồn gốc đại-trực tràng, đặc biệt ở các tổn thương di căn chưa rõ nguyên phát. Tuy nhiên, để đạt độ chính xác cao nhất trong thực hành, SATB2 nên được phối hợp với các dấu ấn khác. Đồng thời, cần có thêm các NC đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn và phương pháp đánh giá dấu ấn SATB2 trên toàn bộ lát cắt nhằm khẳng định và mở rộng giá trị ứng dụng cũng của dấu ấn này.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi cũng xin chân thành cảm ơn sự hỗ trợ tài chính từ đề tài cấp cơ sở của Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. Nhóm tác giả xin gửi lời tri ân đến Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh đã tạo điều kiện và cấp kinh phí thực hiện đề tài theo Hợp đồng số 119/2024/HĐ-ĐHYD ngày 17/04/2024. Chúng tôi cũng xin trân trọng tập thể Khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh đã tạo điều kiện thuận lợi cho chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eldeeb SA, Salem MM, Morsi DF, Soliman NA. Immunohistochemical expression of SATB2 and clinicopathological correlation in colorectal

adenocarcinoma. Merit Res J Med Med Sci. 2022;10:115-24.

2. Elnady MS, Elatawy FA, Nosseir AG, Zamzam YA, El-Guindya DM. Diagnostic accuracy of SATB2 in identifying primary and metastatic colorectal carcinoma: a comparative immunohistochemical study. ecanermedicalscience. 2022;16:1491.
3. Kim CJ, Baruch-Oren T, Lin F, Fan XS, Yang XJ, Wang HL. Value of SATB2 immunostaining in the distinction between small intestinal and colorectal adenocarcinomas. Journal of clinical pathology. 2016;69(12):1046-50.
4. Magnusson K, De Wit M, Brennan DJ, Johnson LB, McGee SF, Lundberg E, et al. SATB2 in combination with cytokeratin 20 identifies over 95% of all colorectal carcinomas. The American journal of surgical pathology. 2011;35(7):937-48.
5. Moh M, Krings G, Ates D, Aysal A, Kim GE, Rabban JT. SATB2 expression distinguishes ovarian metastases of colorectal and appendiceal origin from primary ovarian tumors of mucinous or endometrioid type. The American journal of surgical pathology. 2016;40(3):419-32.
6. Montiel DP, Angulo KA, Cantú-de León D, Quevedo LB, Vilchis JC, Montalvo LH. The value of SATB2 in the differential diagnosis of intestinal-type mucinous tumors of the ovary: primary vs metastatic. Annals of diagnostic pathology. 2015;19(4):249-52.
7. Wang S, Zhou J, Wang XY, Hao JM, Chen JZ, Zhang XM, et al. Down-regulated expression of SATB2 is associated with metastasis and poor prognosis in colorectal cancer. The Journal of Pathology: A Journal of the Pathological Society of Great Britain and Ireland. 2009;219(1):114-22.

TỶ LỆ VÀ MỘT SỐ CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI THEO PHÂN LOẠI ROBSON TẠI BỆNH VIỆN PHÚ BÌNH - THÁI NGUYÊN

TÓM TẮT

Nghiên cứu 589 thai phụ đến sinh tại bệnh viện Phú Bình Thái Nguyên từ 1/2024 đến tháng 12/2024.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ mổ lấy thai, phân loại mổ lấy thai theo phân loại Robson và nhận xét một số chỉ định. **Kết quả:** Tỷ lệ mổ lấy thai 53,1%, đóng góp tỉ lệ mổ lấy thai cao nhất là nhóm 5, 1, 3 với tỉ lệ lần lượt 29,68%, 14,84%, 11, 13%. Mẹ có vết mổ cũ và bà mẹ thiếu máu mổ lấy thai nhiều nhất là 48,9% và 8,8%. Các chỉ định về phía con nhiều nhất là thai to và thai suy chiếm tỷ lệ lần lượt là 13,4% và 14,4%.

¹Bệnh viện Phú Bình

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đồng Văn Thành

Email: thanhdv.bvpb@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 21.11.2025

Đồng Văn Thành¹, Nguyễn Thị Hồng²

Các chỉ định khác nhiều nhất là cổ tử cung không tiến triển chiếm tỷ lệ 19,2%.

Từ khóa: Mổ lấy thai, phân loại Robson.

SUMMARY

CESAREAN SECTION RATE AND INDICATIONS BASED ON THE ROBSON CLASSIFICATION AT PHU BINH HOSPITAL, THAI NGUYEN

This study included 589 pregnant women who delivered at Phu Binh Hospital, Thai Nguyen, from January to December 2024. **Objective:** To determine the cesarean section rate, classify cesarean section according to the Robson system, and review some common indications. **Results:** The overall cesarean section rate was 53.1%. The groups contributing most to the cesarean section rate were Group 5, Group 1, and Group 3, accounting for 29.68%, 14.84%, and 11.13%, respectively. Among maternal indications,

previous cesarean section (48.9%) and maternal anemia (8.8%) were the most frequent. For fetal indications, the most common were macrosomia (13.4%) and fetal distress (14.4%). Among other reasons, failure of cervical dilatation was the leading indication, observed in 19.2% of cases. **Keywords:** Cesarean section, Robson classification.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỉ lệ MLT tăng cao đang trở thành vấn đề sức khỏe toàn cầu. Nghiên cứu của nhiều tác giả, tỉ lệ MLT ở nhiều nước trên thế giới tăng nhanh trong những năm gần đây, đặc biệt là những nước đang phát triển. Tỉ lệ mổ lấy thai toàn cầu đã tăng đáng kể từ khoảng 7% năm 1990 lên 21% ngày nay, vượt qua tỉ lệ mổ lấy thai lý tưởng có thể chấp nhận được là khoảng 10%–15% theo WHO [6]. Những xu hướng này được dự đoán sẽ tiếp tục gia tăng trong thập kỷ hiện tại, khi cả những nhu cầu không được đáp ứng và việc sử dụng quá mức dự kiến sẽ cùng tồn tại với tỉ lệ toàn cầu dự kiến là 29% vào năm 2030 [6], [8]. Tại Việt Nam tỉ lệ mổ lấy thai rất khác nhau tỉ lệ mổ lấy thai tại các thành phố lớn là rất cao. Theo Hoàng Thị Giang Nam (2022) Tỉ lệ mổ lấy thai chung là 49,6%. Tỉ lệ mổ lấy thai ở bệnh viện tư (57,8%) cao hơn đáng kể so với bệnh viện công (49,1%). Tỉ lệ mổ lấy thai ở bà mẹ lần đầu (47,1%) cao bằng tỉ lệ này ở bà mẹ đã sinh con trước đó (50,6%) [7]. Tỉ lệ mổ lấy thai cao hơn 15% thì có rất nhiều tai biến hơn. Tại bệnh viện đa khoa Phú Bình hàng năm có rất nhiều các sản phụ đến sinh tại đây tỉ lệ mổ lấy thai, trong những năm gần đây 40-50% các trường hợp sinh mổ.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ và nhận xét một số chỉ định mổ lấy thai theo phân loại của Robson

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là các thai phụ, con của các thai phụ đến đẻ tại bệnh viện đa khoa huyện Phú Bình trong thời gian từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân đến đẻ, phẫu thuật mổ lấy thai được khám và làm các xét nghiệm cận lâm sàng tại bệnh viện.

- Tuổi thai ≥ 28 tuần tuổi dựa theo ngày đầu kỳ kinh cuối cùng hoặc dựa theo kết quả siêu âm tính tuổi thai trong quý 1 của thai kỳ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các trường hợp thai lưu
- Phụ nữ đến sinh dưới 18 tuổi
- Sản phụ mắc các bệnh tâm thần
- Các trường hợp thai dị dạng

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu. Khoa Sản bệnh viện đa khoa huyện Phú Bình

2.2.2 Thời gian nghiên cứu. Thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2024 đến 12/2024

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu: mẫu thuận tiện

2.4. Các chỉ số nghiên cứu

- Tỉ lệ mổ lấy thai

- Bảng hệ thống phân loại mổ lấy thai của Robson

- Chỉ định mổ lấy thai: về phía mẹ, các nguyên nhân về thai nhi, các nguyên nhân về phần phụ

2.5. Công cụ và phương pháp 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: Phần mềm SPSS và các thuật toán phù hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỉ lệ mổ lấy thai

Tỉ lệ mổ lấy thai	Số BN	Tỉ lệ %
Mổ lấy thai	313	53,1
Đẻ đường âm đạo	276	46,9
Tổng	589	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân mổ lấy thai chiếm tỉ lệ 53,1%.

Bảng 3.2. Phân loại theo tiêu chuẩn Robson

Nhóm	Số MLT	Tần số	Tỉ lệ MLT nhóm	Tỉ lệ kích cỡ nhóm	Đóng góp tỉ lệ MLT
Nhóm 1	80	148	54,1	25,1	14,84
Nhóm 2	3	4	75	7	0,005
Nhóm 3	60	246	24,4	41,8	11,13
Nhóm 4	1	21	4,7	3,6	0,001
Nhóm 5	160	161	99,4	27,3	29,68
Nhóm 6	0	0	0	0	0
Nhóm 7	4	4	100	0,7	0,007
Nhóm 8	1	1	100	0,2	0,001
Nhóm 9	3	3	100	0,5	0,005
Nhóm 10	1	1	100	0,2	0,001
Tổng	313	589			

Nhận xét: Mổ lấy thai theo nhóm

* Tỉ lệ mổ lấy thai theo nhóm nhiều nhất là nhóm 7,8,9,10 là 100%.

* Không có bệnh nhân nào ở nhóm 6

* Tỉ lệ mổ lấy thai ở nhóm 4 là 4,7%

* Số lượng bệnh nhân mổ lấy thai nhiều nhất ở nhóm 5 là 99,4% đóng góp là 99,4%.

Kích cỡ các nhóm trong dân số

* Cao nhất là nhóm 3 chiếm tỷ lệ 41,8%, nhóm 5 chiếm tỷ lệ 27,3%, nhóm 1 chiếm tỷ lệ 25,1%. Ở các nhóm khác chiếm tỷ lệ ít

Đóng góp chung vào tỷ lệ mổ lấy thai cao nhất ở nhóm 5 chiếm tỷ lệ 29,68%, nhóm 1 chiếm tỷ lệ 14,84%, nhóm 3 chiếm tỷ lệ 11,13%.

Bảng 3.3. Các chỉ định mổ lấy thai về phía mẹ

Nguyên nhân mẹ	Số BN	Tỷ lệ %	Tỷ lệ MLT
Toàn trạng			
Mẹ thấp bé	4	0,7	1,3
Mẹ lớn tuổi	5	0,8	1,6
Do bệnh lý đường sinh dục			
Bệnh lý khung chậu	3	0,5	1,0
Tử cung dị dạng	0	0	0
Khối u tiền đạo	4	0,7	1,3
Bệnh lý mẹ			
Vết mổ cũ	153	26	48,9
Mẹ thiếu máu	28	8,8	8,9

Nhận xét: *Toàn trạng: có 5 sản phụ thấp bé chiếm tỷ lệ 0,7%, tỷ lệ mổ lấy thai là 1,3%
Mẹ lớn tuổi chiếm tỷ lệ 0,8%, tỷ lệ MLT là 1,6%

* Do bệnh lý đường sinh dục: - Bệnh lý khung chậu là 0,5%, tỷ lệ mổ lấy thai là 1,0%
- Khối u tiền đạo là 0,7% tỷ lệ mổ lấy thai là 1,3%

* Bệnh lý mẹ. Vết mổ cũ chiếm tỷ lệ 28,3%, tỷ lệ mổ lấy thai là 48,9%; Mẹ thiếu máu có 5,2%, tỷ lệ mổ lấy thai là 8,9%

Bảng 3.4. Các chỉ định về phía con

Nguyên nhân con	Số BN	Tỷ lệ %	Tỷ lệ MLT
Thai to	42	7,1	13,4
Thai suy	45	7,6	14,4
Ngôi bất thường	9	1,5	2,9
Thai quá ngày	1	0,2	0,3
Thai không lọt	16	2,7	5,1

Nhận xét: Các chỉ định về phía con bao gồm thai to chiếm tỷ lệ 13,4%, thai suy là 14,4%, ngôi thai bất thường là 9%, thai không lọt chiếm tỷ lệ 5,1%.

Bảng 3.5. Các chỉ định do các nguyên nhân khác

Do nguyên nhân khác	Số BN	Tỷ lệ %	Tỷ lệ MLT
Rối loạn cơ co	3	0,5	1,0
Cổ tử cung không tiến triển	60	10,2	19,2
Điều trị vô sinh	1	0,2	0,3
Mổ yêu cầu	4	0,7	1,3

Nhận xét: Do các nguyên nhân khác thì cổ tử cung không tiến triển chiếm tỷ lệ cao nhất là 19,2%, mổ theo yêu cầu chiếm tỷ lệ 1,3%, rối loạn cơ co chiếm tỷ lệ 1,0% và mổ ở các bệnh nhân có điều trị vô sinh là 0,3%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mổ lấy

thai là 53,1%.

Điều này cũng cho thấy tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng cao là do tổng hợp của nhiều yếu tố y tế, xã hội và tâm lý. Nguyên nhân thường gặp như: gia tăng các bệnh lý thai kỳ tăng huyết áp, tiểu đường, các bệnh lý tim mạch...Thai bất thường: thai to, ngôi môn, ngôi ngang, song thai, đa ối, thiếu ối... Tiền sử mổ lấy thai trước đó bệnh nhân có sẹo mổ cũ làm bác sĩ e ngại sinh thường dễ chỉ định mổ lại. Mẹ lớn tuổi hoặc có bệnh lý nội khoa (tim, hô hấp...) cần mổ để đảm bảo an toàn. Các nguyên nhân về phía mẹ như tâm lý sợ đau, một yếu tố về chọn ngày sinh phù hợp, do bệnh nhân lo lắng khi đẻ thường sẽ có nhiều biến chứng. Hơn thế do tâm lý là sinh mổ sẽ hiện đại hơn.

So sánh với một số tác giả khác

Tác giả	Năm	Tỷ lệ mổ lấy thai
Tô Mai Chi [2]	2024	59,35%
Nguyễn Minh Phương [10]	2024	47,9
Nguyễn Thị Hà Phương	2024	40,6%
Chúng tôi	2025	53,1%

Ở mỗi địa phương thì tỷ lệ mổ lấy thai lại khác nhau tuy nhiên thực tế trong những năm gần đây tỷ lệ mổ lấy thai đều có xu hướng gia tăng.

* Mổ lấy thai theo phân loại Robson

Hiện nay trên thế giới có hàng trăm báo cáo được tiến hành trên 33 triệu sản phụ tại hàng chục quốc gia dựa trên bảng phân loại Robson.

Trong một nghiên cứu mới của WHO do JP Suza và cộng sự thực hiện ở 359 cơ sở y tế trên 29 quốc gia trong đó có Việt Nam, nghiên cứu thu thập số liệu từ 314623 sản phụ sinh trong khoảng thời gian từ 01/05/2010 đến 31/12/2011. WHO đã xác định được bách phân vị thứ 50 của tỉ lệ MLT là 30% và bách phân vị thứ 50 của tỉ lệ tử vong chu sinh là 6,8/1000 trẻ sống.

Đối với nhóm 5 là nhóm các sản phụ có vết mổ cũ, đơn thai, ngôi đầu ≥ 37 tuần, mặc dù có tỉ lệ đóng góp vào MLT nói chung rất cao nhưng không thể kiểm soát được vết mổ cũ trong quá trình chuyển dạ nên khó có thể làm giảm tỉ lệ MLT trong nhóm này. 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 và 4 có tỉ lệ MLT như vậy khá cao bất 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, ngoài ra còn liên quan đến chỉ định về phía mẹ. Vậy vấn đề then chốt ở đây là để làm giảm tỉ lệ MLT nói chung cần giảm tỉ lệ MLT trong 3 nhóm đầu tiên.

So sánh với một số tác giả khác trong nước

	Chúng tôi			Hoàng Ngọc Tú [4]			Vương Thị Hương [5]		
	Tỷ lệ mổ lấy thai nhóm	Tỉ lệ kích cỡ nhóm	Đóng góp tỷ lệ MLT	Tỷ lệ mổ lấy thai nhóm	Tỉ lệ kích cỡ nhóm	Đóng góp tỷ lệ MLT	Tỷ lệ mổ lấy thai nhóm	Tỉ lệ kích cỡ nhóm	Đóng góp tỷ lệ MLT
Nhóm 1	25.1	54.1	14.84	25.5	35.28	8.29	19.2	22.18	4.26
Nhóm 2	7	75	0.005	12.3	82.68	10.17	1.4	75.44	1.06
Nhóm 3	41.8	24.4	11.13	25.1	25.69	6.45	66.53	7.4	4.9
Nhóm 4	3.6	4.7	0.001	7.3	40.35	2.95	1.77	33.33	0.59
Nhóm 5	27.3	99.4	29.68	20.2	97.63	19.73	8.74	100	8.74
Nhóm 6	0	0	0	4.7	92.32	4.34	0.27	100	0,27
Nhóm 7	0.7	100	0.007	1.6	84.67	1.35	0.96	82.05	0.79
Nhóm 8	0.2	100	0.001	2.3	71.72	1.65	0.15	83.33	0.12
Nhóm 9	0.5	100	0.005	0.8	100	0.8	0.17	100	0.17
Nhóm 10	0.2	100	0.001	2.2	83.59	1.84	0.78	28.12	0.22

Kết quả mổ lấy thai ở các nhóm tùy theo nhóm dân số khác nhau nhưng các tác giả trong nước cũng nhận thấy tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm 1, nhóm 3, nhóm 5 là cao nhất.

Qua phân tích tỉ lệ mổ lấy thai từng nhóm, kích cỡ mỗi nhóm trong dân số, đóng góp tỉ lệ MLT từng nhóm. Chúng tôi nhận thấy nhóm 1-3-5 đóng vai trò quan trọng nhất trong dân số do:

+ Nhóm 1-3 là nhóm sản phụ con so chiếm gần 1/2 trong dân số, đặc biệt là nhóm 1 luôn chiếm tỉ lệ cao trong dân số và đóng góp phần lớn vào tỉ lệ MLT chung.

+ Nhóm 5 những sản phụ có tiền căn MLT có tỉ lệ MLT rất cao, đóng góp phần không nhỏ vào tỉ lệ MLT chung.

Tập trung can thiệp vào các nhóm này giúp việc giảm tỉ lệ MLT có hiệu quả. Trong đó kiểm soát mổ lấy thai trong nhóm 1 là chìa khóa giúp giảm tỉ lệ MLT trong hiện tại và tương lai. Việc nghiên cứu sâu và cụ thể vào từng nhóm nhằm tìm nguyên nhân khiến tỉ lệ MLT cao vượt mức cho phép là cần thiết.

*** Chỉ định về phía mẹ.** Mặc dù tầm vóc thấp bé và tuổi mẹ cao là những yếu tố nguy cơ quan trọng đối với mổ lấy thai, điều quan trọng là phải xem xét bối cảnh rộng hơn. Việc thương mại hóa các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thực hành văn hóa cũng có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ mổ lấy thai, như đã thấy ở các nước đang phát triển như Bangladesh, nơi thường xảy ra các ca sinh mổ không cần thiết [9]. Ngoài ra, quyết định thực hiện mổ lấy thai có nhiều mặt, liên quan đến sở thích y tế, văn hóa và đôi khi cá nhân, có thể rất khác nhau giữa các khu vực và hệ thống chăm sóc sức khỏe khác nhau. Hiểu được những động lực này là rất quan trọng để giải quyết tỷ lệ sinh mổ đang gia tăng và đảm bảo sức khỏe bà mẹ và trẻ em.

*** Các chỉ định về phía con.** Các chỉ định về phía con bao gồm thai to chiếm tỷ lệ 13,4%.

Thai to là tình trạng thai nhi có trọng lượng lớn hơn bình thường, thường được xác định khi cân nặng thai ≥ 4000 gram. Trong nhiều trường hợp, thai to được chỉ định mổ lấy thai vì sinh thường có thể gây ra nhiều nguy cơ nghiêm trọng cho cả mẹ và thai nhi. Một trong những biến chứng thường gặp nhất là kẹt vai – khi đầu thai đã sổ nhưng vai không lọt được qua khung chậu, gây nguy cơ gãy xương đòn, tổn thương đám rối thần kinh cánh tay, ngạt hoặc thậm chí tử vong sơ sinh. Bên cạnh đó, thai to còn làm tăng nguy cơ chuyển dạ kéo dài hoặc đình trệ, dẫn đến suy thai cấp hoặc vỡ tử cung đặc biệt nguy hiểm ở sản phụ có sẹo mổ cũ.

Ngôi thai bất thường là những tư thế không thuận lợi của thai nhi trong tử cung, không phù hợp cho sinh đường âm đạo an toàn. Các ngôi bất thường thường gặp bao gồm ngôi mông, ngôi ngang, ngôi trán, ngôi mặt, trong đó ngôi ngang và một số dạng ngôi mông thường không thể sinh thường được. Thai không lọt là tình trạng đầu thai nhi không đi qua được eo trên của khung chậu mẹ, dù đã có cơn co tử cung hiệu quả và cổ tử cung đã mở trọn.

So sánh với một số tác giả khác

Tác giả	Thai to	Suy thai	Ngôi thai bất thường	Thai không lọt
Nguyễn Việt Hoàng (2023) [3]	35,2%	25,8%	17,9%	17%
Nguyễn Thị Minh Phương (2024) [10]	21,7%	18,5%	9,9%	13%
Nguyễn Thị Bình (2013) [1]	24,9%	27,3%	17,8%	21,6%
Chúng tôi	21,7%	43,3%	1,7%	11,7%

Trong các nguyên nhân mổ lấy thai thì suy thai và thai to là các chỉ định mà thường gặp nhất trong các nghiên cứu.

***Chỉ định mổ lấy thai vì các nguyên**

nhân khác

- Rối loạn cơ co: Rối loạn cơ co tử cung là tình trạng bất thường về tần số, cường độ hoặc sự phối hợp của các cơ co trong quá trình chuyển dạ, làm cho cuộc chuyển dạ không tiến triển bình thường. Khi rối loạn cơ co không đáp ứng với điều trị nội khoa hoặc gây ảnh hưởng đến mẹ và thai, mổ lấy thai là biện pháp cần thiết để đảm bảo an toàn cho cả hai.

- Cổ tử cung không tiến triển

Cổ tử cung không tiến triển làm cho chuyển dạ kéo dài gây nhiều nguy cơ cho thai phụ và thai nhi, là vấn đề thường gặp ở các nước đang phát triển, là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây tai biến sản khoa mà có thể phòng ngừa được cho thai phụ và thai nhi nên sẽ giảm tỉ lệ tử vong mẹ và con khi sinh. Do đó, khi nhận biết tình trạng chuyển dạ kéo dài về thời gian theo dõi chuyển dạ, các bác sĩ lâm sàng có nhận định về diễn tiến chuyển dạ, nguyên nhân gây chuyển dạ kéo dài và có quyết định can thiệp lâm sàng nhằm giảm các tai biến và biến chứng cho thai phụ, thai nhi. Những can thiệp quá sớm sẽ làm tăng tỷ lệ can thiệp sinh giúp hay phẫu thuật mổ lấy thai và ngược lại, nếu muộn quá thì lại là nguy cơ gây tai biến cho mẹ và con.

V. KẾT LUẬN

Xác định được tỷ lệ mổ lấy thai theo từng nhóm để giúp cho các bác sĩ có thể can thiệp sớm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Bình** (2013), "Nhận xét tình hình mổ lấy thai tại bệnh viện Đa khoa trung ương

Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2012", Tạp chí Y học thực hành. 893, tr. 144-146.

2. **Tô Mai Chi** (2024), "Tỷ lệ mổ lấy thai và các yếu tố liên quan sản phụ mang thai con so tại bệnh viện đa khoa tỉnh gia lai năm 2023", Tạp chí Y học Việt Nam. 540(2), tr. 100-103.
3. **Nguyễn Việt Hoàng và Nguyễn Tuấn Minh** (2023), "Chỉ định mổ lấy thai con so nguyên nhân do thai tại bệnh viện đa khoa Đức Giang", Tạp chí Y học Việt Nam. 522(1), tr. 336-339.
4. **Hoàng Ngọc Tú** (2016), "Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai theo phân loại robson tại bệnh viện trung ương Huế", Tạp chí Phụ sản. 13(3), tr. 38-43.
5. **Vương Thị Hương và Nguyễn Mạnh Thắng** (2023), "Tình hình mổ lấy thai theo phân loại robson tại bệnh viện đa khoa huyện chương mỹ", Tạp chí Y học cộng đồng. 64(6).
6. **C. M. Angolile và các cộng sự.** (2023), "Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action", Health Sci Rep. 6(5), tr. e1274.
7. **H. T. N. Giang và các cộng sự.** (2022), "Factors associated with the very high caesarean section rate in urban areas of Vietnam", PLoS One. 17(8), tr. e0273847.
8. **A. K. Pandey và các cộng sự.** (2023), "Alarming Trends of Cesarean Section-Time to Rethink: Evidence From a Large-Scale Cross-sectional Sample Survey in India", J Med Internet Res. 25, tr. e41892.
9. **Abir Hossin và các cộng sự.** (2024), "Mothers Lived Experiences of Caesarean Section: A Qualitative Study among Mothers in Semi-Urban Areas of Bangladesh", Space and Culture, India. 12, tr. 67-82.
10. **Phương Nguyễn Thị Minh** (2024), "Nhận xét tỉ lệ và chỉ định mổ lấy thai ở 192 sản phụ sinh con con so đủ tháng, tại Bệnh viện Quân y 354, năm 2022", Tạp chí Y học Quân sự (369), tr. 5.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHỔI Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI DƯƠNG

Vũ Thị Hoàng Anh^{1,2}, Nguyễn Thị Diệu Thúy²,
Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Bùi Thị Thu Thủy¹, Chu Văn Tuyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2024 – 2025. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhi từ 2 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán viêm phổi điều trị

nội trú tại khoa Hô hấp và khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Nhi Hải Dương từ 01/12/2024 đến 28/02/2025. **Kết quả:** Có 396 trẻ tham gia nghiên cứu, trong đó có 107 trẻ viêm phổi nặng và 289 trẻ viêm phổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1 với 47% trẻ bị viêm phổi thuộc nhóm tuổi dưới 12 tháng. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho (98,7%), khó khè (81,1%), sốt (61,9%), ran ẩm (99,2%), thở nhanh (84,8%). Trên bệnh nhân viêm phổi các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân chiếm tỷ lệ thấp. Cận lâm sàng: tổn thương nốt mờ rải rác trên phim X-quang tim phổi là 79,5%. Giá trị trung bình của số lượng bạch cầu là $12,5 \pm 5,2$ G/l và CRP là $11,1 \pm 20,5$ mg/l. **Kết luận:** Viêm phổi vẫn là bệnh lý thường gặp ở trẻ nhỏ với các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng điển hình. **Từ khóa:** Viêm phổi, trẻ em, Bệnh viện Nhi Hải Dương

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Hoàng Anh

Email: vuthihoanganh1811@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025

Ngày duyệt bài: 21.11.2025