

bệnh nặng chiếm 13,78%. Những trường hợp này là những bệnh nhân có tình trạng bệnh xấu đi và cần phải chuyển tuyến trên để điều trị hoặc xin về theo yêu cầu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Pawar Twinkle (2025) ghi nhận trong số 110 bệnh nhân trong nghiên cứu, 102 người đã được xuất viện và 8 người đã tử vong [8]. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp tử vong tại bệnh viện dù có nhiều ca diễn tiến nặng. Điều này cho thấy hiệu quả của việc phát hiện sớm các trường hợp cần can thiệp vượt khả năng và triển khai chuyển tuyến kịp thời, góp phần giảm thiểu tỷ lệ tử vong tại cơ sở điều trị và tăng cơ hội sống sót cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Trong tổng số 196 hồ sơ bệnh án được nghiên cứu cho tỷ lệ rối loạn điện giải natri là 32,65% (bao gồm tăng và hạ natri). Tỷ lệ rối loạn điện giải kali là 32,14% (bao gồm tăng và hạ kali). Tỷ lệ rối loạn điện giải clo là 28,57% (bao gồm tăng và hạ clo). Tỷ lệ rối loạn điện giải calci là 65,81% (bao gồm tăng và hạ calci). Kết quả cho thấy rối loạn điện giải, đặc biệt là rối loạn điện giải calci, natri và kali có vai trò quan trọng trong việc phản ánh mức độ nặng và tiên lượng bệnh nhân xơ gan. Người bệnh cần quan tâm đến tình trạng bệnh, thường xuyên theo dõi và kiểm tra sức khỏe định kỳ, tuân theo phác đồ điều trị. Nồng độ các chất điện giải cần được xem như xét nghiệm thường quy trong quá trình điều trị và theo dõi bệnh nhân bệnh xơ gan, bởi những thay đổi nhỏ cũng có thể dẫn đến biến

chứng thần kinh, tim mạch hoặc làm nặng thêm tình trạng bệnh. Việc theo dõi và xử trí kịp thời rối loạn điện giải có thể góp phần cải thiện kết quả điều trị, hạn chế biến chứng và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Elliot B Tapper and Neehar D Parikh** (2018), "Mortality due to cirrhosis and liver cancer in the United States, 1999-2016: observational study", *BMJ*, Volume 362.
2. **Duo Hong and et al** (2025), "Liver cirrhosis in 2021: Global Burden of Disease study", *PLoS One*, Volume 20, Issue 7.
3. **Lê Quốc Tuấn** (2023), "Thực trạng rối loạn điện giải ở bệnh nhân xơ gan điều trị tại Trung tâm y tế huyện Thanh Ba", *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 528, Số 2, tr. 145 - 148.
4. **Trần Thị Ngọc và cộng sự** (2024), "Đặc điểm rối loạn điện giải và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân xơ gan điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 545, Số 3, tr. 305 - 308.
5. **Trần Kiên Phú và cộng sự** (2023), "Khảo sát tình trạng hạ natri máu trên bệnh nhân xơ gan mất bù tại bệnh viện Đà Nẵng năm 2022", *Tạp Chí Khoa học Và Công nghệ - Đại học Đà Nẵng*, Tập 21, Số 11.1, tr. 58 - 62.
6. **Nguyễn Thị Hà** (2019), Khảo sát tình trạng rối loạn điện giải bệnh nhân xơ gan tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ, Trường Đại học Y Hải Phòng.
7. **Đông Đức Hoàng và Dương Thị Tuyết** (2021), "Rối loạn điện giải, canxi, magie và phospho ở bệnh nhân xơ gan do rượu", *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 498, Số 2, tr.68 - 73.
8. **Pawar Twinkle and et al** (2025), "Impact of Sodium, Potassium, and Calcium on the Child-Pugh and MELD Scores in Assessing the Severity of Liver Cirrhosis: A Two-Year Cross-Sectional Study", *Cureus*, Volume 17, Issue 1.

TỶ LỆ MỔ LẤY THAI THEO PHÂN LOẠI ROBSON VÀ PHÂN TÍCH MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN MỔ LẤY THAI Ở NHÓM 1 VÀ NHÓM 3 TẠI BỆNH VIỆN PHÚ BÌNH - THÁI NGUYÊN

Đồng Văn Thành¹, Nguyễn Thị Hồng², Đặng Thị Hồng Thiện³

TÓM TẮT

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

¹Bệnh viện Phú Bình

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

³Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đồng Văn Thành

Email: thanhdv.bvppb@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.11.2025

Ngày duyệt bài: 6.01.2026

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 ở nhóm 1 và nhóm 3. **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%. 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%. Nguyên nhân mổ lấy thai nhóm 1: Nguyên nhân về phía con thì thai to chiếm tỷ lệ 10,1%, do thai suy là 12,2%, do thai không lọt là 4,1%. Nguyên nhân mổ lấy thai nhóm 3: Thai suy góp phần vào tỷ lệ mổ lấy thai là 43,3%, thai to góp phần vào 21,7%, thai không lọt góp vào tỷ lệ mổ lấy thai là 11,7%, mổ lấy thai vì cổ tử cung không tiến triển góp

vào 40% tỷ lệ mổ lấy thai.

Từ khoá: Mổ lấy thai, phân loại Robson.

SUMMARY

RATE OF CESAREAN SECTION ACCORDING TO ROBSON CLASSIFICATION AND ANALYSIS OF SOME CAUSES OF CESAREAN SECTION IN GROUPS 1 AND 3 AT PHU BINH HOSPITAL - THAI NGUYEN

Study of 589 pregnant women giving birth at Phu Binh Hospital, Thai Nguyen from January 2024 to December 2024. **Objective:** Determine the rate of cesarean section, classify cesarean section according to Robson classification and comment on some indications in groups 1 and 3. **Results:** Cesarean section rate was 53.1%, contributing to the highest cesarean section rate were groups 5, 1, 3 with rates of 29.68%, 14.84%, 11, 13% respectively. The highest population size groups were group 3 with a rate of 41.8%, group 5 with a rate of 27.3%, group 1 with a rate of 25.1%. Causes of cesarean section in group 1: Fetal causes were large fetuses accounting for 10.1%, fetal distress was 12.2%, and fetal failure was 4.1%. Causes of cesarean section in group 3: Fetal distress contributed to the cesarean section rate of 43.3%, large fetuses contributed to 21.7%, fetal failure contributed to the cesarean section rate of 11.7%, cesarean section due to cervical insufficiency contributed to 40% of the cesarean section rate.

Keywords: Cesarean section, Robson classification.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ mổ lấy thai (CS) là một chủ đề được toàn cầu quan tâm do sự gia tăng đáng kể trong vài thập kỷ qua. Sự gia tăng này được cho là do các yếu tố y tế và phi y tế khác nhau, dẫn đến sự chênh lệch về tỷ lệ CS giữa các khu vực và quốc gia khác nhau. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến nghị tỷ lệ mổ lấy thai là 10-15% là tối ưu, tuy nhiên nhiều quốc gia vượt quá hướng dẫn này, làm dấy lên lo ngại về việc lạm dụng thủ thuật phẫu thuật này và tác động của nó đối với sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh. Tỷ lệ mổ lấy thai toàn cầu đã tăng gấp đôi trong thập kỷ qua, đạt khoảng 21% và tăng 4% hàng năm¹. Tỷ lệ mổ lấy thai đối với nhóm 1, bao gồm phụ chưa sinh, thai đủ tháng thường rất khác nhau ở các quốc gia tuy nhiên thường đóng góp đáng kể vào tỷ lệ mổ lấy thai tổng thể, phản ánh xu hướng toàn cầu về việc sinh mổ. Nhóm này đặc biệt quan trọng vì nó những nỗ lực giảm tỷ lệ mổ lấy thai không cần thiết có thể có tác động mạnh nhất. Tỷ lệ mổ lấy thai nhóm 3, bao gồm phụ nữ nhiều cặp mà không sinh mổ trước đó khi chuyển dạ tự phát, khác nhau giữa các nghiên cứu và môi trường khác nhau. Nhóm này thường đóng góp đáng kể vào tỷ lệ mổ lấy thai tổng thể, phản ánh các thực hành và chính sách đa dạng

trong chăm sóc sản khoa. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Tỷ lệ mổ lấy thai theo phân loại Robson và phân tích một số nguyên nhân mổ lấy thai ở nhóm 1 và nhóm 3 tại bệnh viện Phú Bình - Thái Nguyên" nhằm mục tiêu: *Xác định tỷ lệ và nhận xét một số chỉ định mổ lấy thai theo nhóm nguyên nhân ở nhóm 1 và nhóm 5 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 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

- Tỷ lệ mổ lấy thai

- Bảng hệ thống phân loại mổ lấy thai của Robson

- Chỉ định mổ lấy thai ở nhóm 1 và nhóm 3: 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. Tỷ lệ mổ lấy thai

Tỷ lệ mổ lấy thai	Số BN	Tỷ 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 tỷ lệ bệnh nhân mổ lấy thai chiếm tỷ 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

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

* Không có bệnh nhân nào ở nhóm 6

* Tỷ 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. Chỉ định mổ lấy thai ở nhóm 1 nguyên nhân mẹ (n=80)

Nhóm nguyên nhân	Số BN	Tỷ lệ %	Tỷ lệ MLT
Nguyên nhân về phía mẹ			
Mẹ thấp bé	4	2,7	5,0
Mẹ lớn tuổi	1	0,7	1,3
Bệnh lý khung chậu	2	2,0	2,5
Vết mổ cũ	2	1,4	2,5
Mẹ thiếu máu	8	8,8	10
Nguyên nhân về phía thai			
Thai to	15	10,1	18,8
Thai suy	18	12,2	22,5
Thai không lọt	6	4,1	7,5
Nguyên nhân khác			
Rau bong non	1	0,7	1,3
Vòng rau quấn cổ	2	1,4	2,5
Rối loạn cơ cơ	1	0,7	1,3
Cổ tử cung không tiến triển	36	24,3	45
Điều trị vô sinh	1	0,7	1,3
Mổ yêu cầu	2	1,4	2,5

Nhận xét:

* Toàn trạng: Mẹ thấp bé chiếm tỷ lệ 5%, mẹ lớn tuổi chiếm tỷ lệ 0,7%

* Do bệnh lý đường sinh dục: Do bệnh lý khung chậu chiếm tỷ lệ 2,0%

* Bệnh lý của mẹ: Mẹ thiếu máu chiếm tỷ lệ 8,8%.

* Nguyên nhân về phía con thì thai to chiếm tỷ lệ 10,1%, do thai suy là 12,2%, do thai không lọt là 4,1%.

* Trong các chỉ định ở nhóm 1 thì cổ tử cung không tiến triển chiếm tỷ lệ cao nhất và cũng góp phần cao nhất vào tỷ lệ mổ lấy thai chung.

Bảng 3.4. Chỉ định mổ lấy thai ở nhóm 3 nguyên nhân mẹ (n= 60)

Nguyên nhân	Số BN	Tỷ lệ %	Tỷ lệ MLT
Nguyên nhân mẹ			
Mẹ lớn tuổi	4	1,6	6,7
Khối u tiền đạo	2	0,8	3,3
Nguyên nhân về phía thai			
Thai to	13	5,3	21,7
Thai suy	26	10,6	43,3
Ngôi bất thường	1	0,4	1,7
Thai không lọt	7	2,8	11,7
Nguyên nhân khác			
Rau tiền đạo	1	0,4	1,7
Vòng rau quấn cổ	2	0,8	3,3
Cổ tử cung không tiến triển	24	9,8	40
Mổ yêu cầu	1	0,4	1,7

Nhận xét:

* Các nguyên nhân về phía mẹ có vết mổ cũ chiếm tỷ lệ 0,4%, mẹ có khối u tiền đạo chiếm tỷ lệ 0,8%, mẹ lớn tuổi chiếm tỷ lệ 1,6%.

* Trong nhóm 3 các trường hợp thai suy góp phần vào tỷ lệ mổ lấy thai là 43,3%, thai to góp phần vào 21,7%, thai không lọt góp vào tỷ lệ mổ lấy thai là 11,7%.

* Trong nhóm 3 mổ lấy thai vì cổ tử cung không tiến triển góp vào 40% tỷ lệ mổ lấy thai.

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 mông, 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 ³	2024	47,9
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.

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.

Chỉ định mổ lấy thai ở nhóm 1. Kết quả nghiên cứu cho thấy các nguyên nhân mổ lấy thai ở nhóm 1 (con so, thai đơn, ngôi đầu, ≥ 37 tuần, chuyển dạ tự nhiên) chủ yếu xuất phát từ các yếu tố liên quan đến diễn tiến chuyển dạ và tình trạng thai. Trong đó, cổ tử cung không tiến triển chiếm tỷ lệ cao nhất (24,3%) và đóng góp tới 45% tổng số trường hợp mổ trong nhóm. Đây là đặc điểm phù hợp với mô tả của Robson, khi nhóm 1 thường có nguy cơ rối loạn chuyển dạ do yếu tố sinh lý lần đầu sinh, trương lực cơ tử cung chưa tối ưu. Nghiên cứu trong nước của Vũ Văn Tâm (2022) cổ tử cung ngừng tiến triển chiếm tới 34,15% các nguyên nhân bất thường về phía mẹ, bất cân xứng đầu chậu hay cơ cơ cường tính chiếm tỉ lệ thấp hơn lần lượt là 6,78%; 7,59% và 14,09%⁴.

Bên cạnh đó, các nguyên nhân về phía thai như thai suy (22,5%) và thai to (18,8%) chiếm tỷ lệ đáng kể. Tỷ lệ này tương đương với các nghiên cứu tại Việt Nam, như nghiên cứu của Phạm Xuân Minh (2024), khi thai suy chiếm

khoảng 20–26,2% chỉ định mổ ở nhóm 1⁵. So với báo cáo của các nước phát triển tỷ lệ thai suy trong nghiên cứu này có xu hướng cao hơn, có thể liên quan đến điều kiện theo dõi tim thai, thiết bị monitoring, và chất lượng dự báo tình trạng thai trong chuyển dạ.

Các yếu tố về phía mẹ như mẹ thấp bé, bệnh lý khung chậu, mẹ thiếu máu tuy chiếm tỷ lệ thấp hơn nhưng vẫn là các nguy cơ làm tăng khả năng mổ lấy thai, đặc biệt trong bối cảnh thai phụ lần đầu sinh. Nhìn chung, mô hình nguyên nhân của nghiên cứu phù hợp với xu hướng chung trên thế giới: nhóm 1 thường có tỷ lệ mổ liên quan nhiều nhất đến bất thường chuyển dạ và suy thai, nhấn mạnh tầm quan trọng của quản lý chuyển dạ chủ động, theo dõi sát tim thai và đánh giá tiến triển cổ tử cung đúng kỹ thuật nhằm giảm tỷ lệ mổ không cần thiết.

Chỉ định mổ lấy thai ở nhóm 3. Trong nghiên cứu này, các nguyên nhân dẫn đến mổ lấy thai ở nhóm 3 (sản phụ đã sinh thường, thai đơn, ngôi đầu, ≥ 37 tuần, chuyển dạ tự nhiên) chủ yếu tập trung vào các bất thường trong chuyển dạ và tình trạng thai. Thai suy chiếm tỷ lệ cao nhất (10,6%) và đóng góp đến 43,3% tỷ lệ mổ của nhóm, phản ánh rằng dù sản phụ đã từng sinh, song chất lượng chuyển dạ và khả năng đáp ứng của thai vẫn có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố.

Bên cạnh đó, cổ tử cung không tiến triển chiếm 9,8% số trường hợp và đóng góp 40% tỷ lệ mổ, cho thấy rối loạn tiến triển cổ tử cung vẫn là nguyên nhân quan trọng dù nhóm này đã có kinh nghiệm chuyển dạ. Các nguyên nhân khác như thai không lọt (11,7%), ngôi bất thường, vòng rau quấn cổ, hay những lý do sản khoa đặc thù như rau tiền đạo tuy chiếm tỷ lệ thấp hơn nhưng vẫn góp phần vào chỉ định mổ. Nghiên cứu của Lê Thị Thủy Dung (2021) các nguyên nhân mổ lấy thai ở nhóm 3 bao gồm: 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%⁶. Một nghiên cứu cũng chỉ ra các yếu tố góp phần chính bao gồm seo mổ lấy thai trước đó, thai nhi suy yếu, gây chuyển dạ thất bại và nước ối có màu phân su... tỷ lệ mổ lấy thai tổng thể là 44,1%⁷

Nhìn chung, chỉ định mổ của nhóm 3 cho thấy hai nhóm nguyên nhân chính: bất thường tiến triển chuyển dạ và suy thai, phù hợp với xu hướng đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu. Điều này nhấn mạnh vai trò của theo dõi chuyển dạ bằng biểu đồ, đánh giá thai bằng monitoring liên tục và can thiệp kịp thời để giảm

tỷ lệ mổ không cần thiết ở nhóm này.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mổ lấy thai là 53,1%, cao hơn khuyến cáo của WHO, cho thấy xu hướng gia tăng can thiệp phẫu thuật trong sản khoa. Ba nhóm đóng góp nhiều nhất vào tỷ lệ mổ lấy thai là nhóm 5, nhóm 1 và nhóm 3, lần lượt với tỷ lệ 29,68%, 14,84% và 11,13%, đồng thời cũng là các nhóm có kích cỡ dân số lớn. Ở nhóm 1, các nguyên nhân chính dẫn đến mổ là cổ tử cung không tiến triển, thai suy và thai to, trong đó cổ tử cung không tiến triển chiếm tỷ lệ và đóng góp cao nhất. Ở nhóm 3, thai suy, cổ tử cung không tiến triển, thai to và thai không lọt là những nguyên nhân chủ đạo, phản ánh vai trò quan trọng của theo dõi sát chuyển dạ và đánh giá tình trạng thai. Do đó, các can thiệp nhằm tối ưu hóa quản lý chuyển dạ, đặc biệt ở nhóm 1 và nhóm 3, có ý nghĩa then chốt trong việc giảm tỷ lệ mổ lấy thai không cần thiết và cải thiện an toàn cho mẹ và thai nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nagy, S. & Papp, Z.** Global approach of the cesarean section rates. 49, 1-4, doi:doi:10.

- 1515/jpm-2020-0463 (2021).
2. **Chi, T. M.** Tỷ lệ mổ lấy thai và các yếu tố liên quan ở sản phụ mang thai con so tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Gia Lai năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam 540, 100-103 (2024).
 3. **Nguyễn Thị Minh, P.** 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, 5, doi:10.59459/1859-1655/JMM.433 (2024).
 4. **Văn Tâm, V. & Vũ Dũng, L.** Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai nhóm I theo phân loại của robson tại bệnh viện phụ sản hải phòng. Tạp chí Y học Việt Nam 509, doi:10.51298/vmj.v509i2.1836 (2022).
 5. **Phạm Xuân Minh, Hoàng Đức Vinh & Xoan, H. T.** Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai nhóm I theo phân loại của robson tại bệnh viện đa khoa tỉnh bắc kan. Tạp chí Y học Việt Nam 534, 326-329 (2024).
 6. **Lê Thị Thùy Dung, Hồ Thị Thu Hằng, Phan Hữu Thúy Nga & Gái, L. T.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của mổ lấy thai nhóm 3 theo phân loại của robson tại bệnh viện đa khoa trung ương cần thơ. Tạp chí y dược học cần thơ 43, 13-20 (2021).
 7. **Mahmood, F. et al.** Analysis of Cesarean Sections Using Modified Robson Classification in a Tertiary Care Setup in Pakistan. Pakistan Armed Forces Medical Journal 75, 36-40, doi:10.51253/pafmj.v75i1.9774 (2025).

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN LOÉT CÙNG CỤT SỚM TẠI KHOA ĐỘT QUỴ - BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Lê Thị Hồng Thi¹, Phạm Hoàng Khâm²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả dự phòng và điều trị bệnh nhân loét cùng cụt giai đoạn sớm bằng thuốc xịt sanyrene tại khoa Đột quỵ – Bệnh viện Quân y 103 và xác định mối liên quan giữa kết quả điều trị bệnh nhân loét cùng cụt giai đoạn sớm bằng thuốc xịt sanyrene với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang và can thiệp lâm sàng so sánh trước và sau trên các bệnh nhân đột quỵ điều trị nội trú tại khoa Đột quỵ- Bệnh viện quân y 103. Các bệnh nhân có nguy cơ cao loét tì đè hoặc loét tì đè giai đoạn sớm được điều trị bằng thuốc xịt Sanyrene. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 67,3 ± 16,1, trong đó đa số bệnh nhân trên 70 tuổi (49,2%), không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm về tuổi và giới. Thời gian liền vết loét <5 ngày đạt 50% ở nhóm sử dụng Sanyrene, cao hơn nhóm chứng

(36,7%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm Glasgow và chỉ số BMI với thời gian liền vết loét ($p < 0,05$), trong đó bệnh nhân có GCS thấp và BMI thấp có thời gian liền vết kéo dài hơn. **Kết luận:** Thuốc xịt Sanyrene có hiệu quả rõ rệt trong điều trị loét cùng cụt giai đoạn sớm, giúp rút ngắn thời gian liền vết, giảm tỷ lệ loét tiến triển, đồng thời cải thiện tình trạng da vùng chịu áp lực. Tỷ lệ bệnh nhân liền vết <5 ngày đạt 50%, cao hơn so với nhóm không sử dụng thuốc (36,7%). Bệnh nhân có Glasgow thấp (5–8 điểm) hoặc BMI thấp (<18,5) có thời gian liền vết kéo dài hơn, trong khi nhóm có BMI bình thường và ý thức tốt phục hồi nhanh hơn

Từ khóa: Loét điểm tỳ, Sanyrene

SUMMARY

RESEARCH ON THE EFFECTIVENESS OF PREVENTIVE AND TREATMENT OF PATIENTS WITH EARLY AMPUTATION ULCERS AT THE STROKE DEPARTMENT - 103MILITARY HOSPITAL

Objective: Evaluation of the Preventive and Therapeutic Effectiveness of Sanyrene Spray in Early-Stage Sacral Pressure Injuries and the Association Between Treatment Outcomes and Selected Clinical and Paraclinical Characteristics in Patients at the

¹Trường Đại học Y - Dược Thái nguyên

²Bệnh viện 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hồng Thi

Email: thilth@stpauvietnam.vn

Ngày nhận bài: 22.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.11.2025

Ngày duyệt bài: 6.01.2026