

nội soi thanh quản treo bằng dao điện đơn cực, với cải thiện hoàn toàn triệu chứng sau hai tuần. Hiện tượng mọc lông trên vật da tái tạo đường thở trên cũng đã được mô tả trong y văn [8].

V. KẾT LUẬN

Tái tạo thanh quản bằng vật cơ bám da cổ là một lựa chọn khả thi trong phẫu thuật bảo tồn thanh quản. Phương pháp này có ưu điểm về tính đơn giản, thời gian phẫu thuật ngắn và khả năng phục hồi chức năng thanh quản ở mức chấp nhận được trong giai đoạn theo dõi sớm, qua đó góp phần cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân sau điều trị ung thư thanh quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jiang Z, Zhao P, Jiang Z, Liu J, Pan X. Modified platysma myocutaneous flap reconstruction for advanced laryngeal carcinoma: a multicenter retrospective cohort study. *Head Neck*. 2025 Nov 30. doi:10.1002/hed.70120.
2. Dursun G, Ozgursoy OB. Laryngeal reconstruction by platysma myofascial flap after vertical partial laryngectomy. *Head Neck*. 2005;27(9):762–70. doi:10.1002/hed.20241
3. Zhu W, Liang H, Liang F, et al. Application of platysma myocutaneous flap in surgical repair after T2–3 glottic carcinoma resection. *Laryngoscope*. 2024;134:3181–6.
4. Rosen CA, Lee AS, Osborne J, Zullo T, Murry T. Development and validation of the Voice Handicap Index-10. *Laryngoscope*. 2004;114(9):1549–56
5. Cai Q, Liang F, Huang X, Han P, Pan Y, Zheng Y. Hypopharynx and larynx defect repair after resection for pyriform fossa cancer with a platysma skin flap. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;152(2):374–6. doi:10.1177/0194599814559508
6. Chen L, Chen R, Guan Z, et al. Platysma skin flap: Laryngeal repair material to produce phonatory flap vibrational wave. *Head Neck*. 2020;42(10):2757–63. doi:10.1002/hed.26294
7. Sun ZF, Wang GL, Liu YY, Ding J, Luo D, Dong P. Platysma myocutaneous flaps in reconstruction of defects caused by hypopharyngeal cancer resection. *Lin Chuang Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*. 2017;31(23):1800–2. doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2017.23.005
8. Sei H, Hato N, Tozawa A, et al. Treatment of intractable hair growth after partial laryngectomy. *Clin Image Case Rep J*. 2021;3(3):149.

NHẬN XÉT TỶ LỆ MỔ LẤY THAI THEO PHÂN LOẠI ROBSON TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Trịnh Lê Thủy Nhi^{1*}, Mạnh Trọng Bằng¹, Đinh Văn Sinh¹, Tạ Thị Thuý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét chỉ định mổ lấy thai (MLT) dựa trên hệ thống phân loại Robson tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An năm 2024–2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 201 sản phụ có tuổi thai từ 28 tuần đến sinh tại bệnh viện từ 01/06/2024 đến 01/06/2025. Các biến số được thu thập và phân loại theo 10 nhóm của Robson.

Kết quả: Tỷ lệ MLT chung là 41,8%. Trong 10 nhóm Robson, nhóm 5 (con ọ, có vết mổ cũ) đóng góp cao nhất vào tỷ lệ MLT chung (38,1%), tiếp theo là nhóm 1 (con so, chuyển dạ tự nhiên) đóng góp 21,4% và nhóm 2 đóng góp 11,9%.

Kết luận: Tỷ lệ MLT tại bệnh viện còn cao, chủ yếu do sự đóng góp của nhóm sản phụ có vết mổ cũ và nhóm con so. Cần có chiến lược can thiệp tập trung vào nhóm sản phụ sinh con lần đầu để giảm tỷ lệ MLT trong tương lai.

Từ khóa: Mổ lấy thai, phân loại Robson, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

SUMMARY

ASSESSMENT OF CESAREAN SECTION RATES ACCORDING TO THE ROBSON CLASSIFICATION AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: To evaluate the indications for cesarean section based on the Robson classification system at Nghe An General Friendship Hospital during the 2024–2025 period.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 201 pregnant women with a gestational age of 28 weeks or more who gave birth at the hospital from June 1, 2024 to June 1, 2025. Variables were collected and categorized according to the Robson ten-group

¹Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Thủy Nhi,
Email: thuyhnitninhle244@gmail.com
Mã bài: N498

Ngày nhận bài: 3/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 2/4/2026

Ngày duyệt bài: 15/5/2026

classification system.

Results: The overall cesarean section rate was 41.8%. Within the 10 Robson groups, Group 5 (multiparous with a previous cesarean section scar) was the largest contributor to the overall cesarean section rate (38.1%), followed by Group 1 (nulliparous, spontaneous labor) at 21.4%, and Group 2 at 11.9%.

Conclusion: The cesarean section rate at the hospital remains high, primarily driven by women with previous cesarean section scars and nulliparous women. Intervention strategies should focus on the first-time mother group (nulliparous) to reduce future cesarean section rates.

Keywords: Cesarean section, Robson classification, Nghe An General friendship Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) là can thiệp y khoa quan trọng giúp giảm tử vong mẹ và bé khi có chỉ định chính đáng, nhưng tỷ lệ MLT hiện đang gia tăng nhanh chóng trên toàn cầu cũng như tại Việt Nam, vượt xa mức khuyến cáo 10% của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO)¹. Việc lạm dụng các chỉ định MLT không hợp lý không mang lại lợi ích rõ ràng mà còn làm tăng nguy cơ biến chứng sản khoa cho sản phụ, trẻ sơ sinh cũng như những lần mang thai tiếp theo.

Tại Việt Nam, các khảo sát cộng đồng ở một số khu vực đô thị (Nha Trang, 2016; Thái Nguyên và Đà Nẵng, 2021) cho thấy tỷ lệ mổ lấy thai đang ở mức rất cao, dao động từ 44% - 50%². Nhằm kiểm soát và quản lý thực trạng này, WHO khuyến nghị sử dụng hệ thống phân loại Robson như một công cụ tiêu chuẩn nhằm đánh giá, giám sát và so sánh chuẩn hóa tỷ lệ MLT giữa các cơ sở y tế. Việc áp dụng hệ thống phân loại này giúp nhận diện chính xác các nhóm sản phụ tác động nhiều nhất đến tỷ lệ MLT, từ đó làm cơ sở để đưa ra các chiến lược can thiệp khoa học và hiệu quả.

Một thống kê gần đây tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An (2023) ghi nhận tỷ lệ MLT đã chạm mức 40,6%³. Mặc dù là đơn vị tuyến cuối, hàng năm tiếp nhận lượng lớn sản phụ trong khu vực với hàng trăm ca mổ lấy thai, nhưng hiện vẫn chưa có nghiên cứu hệ thống nào phân tích sâu các chỉ định mổ này dựa trên hệ thống chuẩn hóa Robson. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ mổ lấy thai theo phân loại Robson, qua đó cung cấp cơ sở dữ liệu đối chiếu chuẩn mực, phục vụ công tác giám sát và nâng cao chất lượng lâm sàng tại đơn vị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả sản phụ sinh

con tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An trong khoảng thời gian từ 01/06/2024 đến 01/06/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Sản phụ có tuổi thai từ 28 tuần, đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Thai lưu.

+ Không có siêu âm xác định tuổi thai ở tam cá nguyệt thứ 1.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Biến số nghiên cứu: Đặc điểm chung (tuổi, địa dư, tiền sử), đặc điểm thai kỳ (số lượng thai, ngôi thai, cách mang thai), và phân loại 10 nhóm Robson.

- Quy trình nghiên cứu: Nhập và xử lý số liệu trên phần mềm thống kê y học: Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS.

- Phân tích số liệu gồm 3 bước:

+ Bước 1: Mô tả đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

+ Bước 2: Dựa vào 4 nhóm đặc điểm, thông qua bảng thu thập số liệu để phân các sản phụ vào 10 nhóm theo bảng phân loại MLT của Robson.

+ Bước 3: Xác định các yếu tố liên quan đến tỷ lệ MLT của dân số chung thông qua tính toán và kiểm định bằng các thuật toán thống kê.

- Thu thập và xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 27.0. Kiểm định Chi-square với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$).

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này dựa trên hồ sơ bệnh án của sản phụ mổ tại bệnh viện chúng tôi, không có bất cứ can thiệp nào trên sản phụ và trẻ sơ sinh, đã được thông qua Hội đồng phê duyệt đề cương của Hội đồng Khoa học Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Sản phụ không mất bất kỳ khoản chi phí nào liên quan đến nghiên cứu này. Mọi thông tin cá nhân của các đối tượng nghiên cứu được bảo mật tuyệt đối, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/06/2024 đến 01/06/2025 chúng tôi ghi nhận 201 sản phụ đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, các kết quả thu thập được trình bày trong các bảng, biểu sau:

3.1. Đặc điểm chung và tỷ lệ MLT

Bảng 1. Độ tuổi các sản phụ tham gia nghiên cứu (n=201)

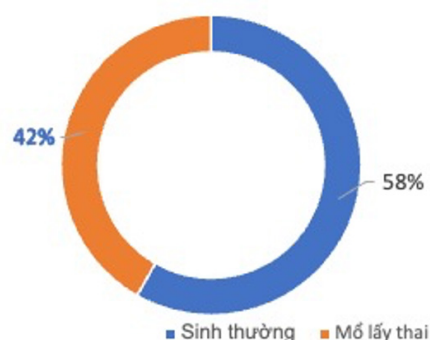
Tuổi mẹ	Con so		Con rạ		Tổng	%
	n	%	n	%		
20 - 29	35	36,5	16	15,2	51	25,4
30 - 34	21	21,9	48	45,7	69	31,3
35 - 40	29	30,2	33	31,4	52	30,8
≥40	11	11,5	8	7,6	19	9,5
Tổng	96	47,8	105	52,2	201	100
Trung bình tuổi	31,47 ± 5,485		34,67 ± 4,035			

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của sản phụ sinh con so là 31,47 ± 5,485, với nhóm sinh con rạ (34,67 ± 4,035). Hai nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 30-34 tuổi (31,3%) và 35-40 tuổi (30,8%). Nhóm tuổi ≥ 40 chiếm tỷ lệ thấp nhất (9,5%), trong đó có 11 sinh con so và 8 sinh con rạ.

Bảng 2. Đặc điểm thai kỳ hiện tại (n=201)

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Cách mang thai		
Tự nhiên	191	95
IVF	10	5
Khác	0	0
Số lượng thai		
Đơn thai	197	98
Đa thai	4	2
Ngôi thai		
Đầu	198	94
Mông	8	4
Khác	4	2
Tuổi thai		
< 37 tuần	17	8,5
37 – 39 tuần	167	83
≥ 40 tuần	17	8,5
Tổng	201	100

Nhận xét: Đa số các sản phụ trong nghiên cứu mang thai tự nhiên (95%), chỉ có 5% là thai IVF. Tỷ lệ đơn thai chiếm đa số với 98%, trong khi đa thai chỉ chiếm 2,0%. Ngôi thai chủ yếu là ngôi đầu (94%), ngôi mông chiếm 4%. Phần lớn các thai phụ có tuổi thai trong khoảng 37 - 39 tuần (83,0%).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ mổ lấy thai (n=201)

Nhận xét: Tỷ lệ MLT trong nghiên cứu của chúng tôi là 41,8%. Cụ thể trong số 201 sản phụ tham gia nghiên cứu có 58,2% sinh thường, 16,9% MLT trong chuyển dạ và 24,9% MLT trước chuyển dạ.

3.2. Kết quả phân loại theo hệ thống Robson

Bảng dưới đây trình bày đóng góp của các nhóm vào tỷ lệ MLT chung:

Bảng 3. Tỷ lệ các nhóm theo phân loại MLT của Robson (n=201)

Nhóm Robson	Đặc điểm chính	Kích cỡ nhóm (%)	Tỷ lệ MLT trong nhóm (%)	Đóng góp tuyệt đối của nhóm vào tỷ lệ MLT chung (%)	Đóng góp tương đối của nhóm vào tỷ lệ MLT chung (%)
Nhóm 1	Con so, đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần, chuyển dạ tự nhiên	31,8	28,1	8,9	21,4
Nhóm 2	Con so, đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần, KPCD/ Mổ chủ động	13,9	35,7	5,0	11,9
Nhóm 3	Con rạ, không VMC, đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần, CD tự nhiên	18,9	7,9	1,1	3,6
Nhóm 4	Con rạ, không VMC, đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần, KPCD/ Mổ chủ động	6,0	42,0	2,6	6,0
Nhóm 5	Con rạ, có vết mổ cũ (VMC), đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần	16,0	100,0	15,9	38,1
Nhóm 6 - 10	Ngôi bất thường, đơn/ đa thai, sinh non	13,4	33,3 - 100	8,3	19,0
Tổng cộng		100,0		41,8	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ mổ lấy thai (MLT) chung trong nghiên cứu là 41,8% (84 trên tổng số 201 sản phụ). Nhóm 5 có đóng góp lớn nhất vào tỷ lệ MLT chung, với đóng góp tuyệt đối 15,9% và đóng góp tương đối 38,1%. Nhóm 5, Nhóm 1 và Nhóm 2 là ba nhóm đóng góp lớn nhất, chiếm tổng cộng 71,4% các ca mổ lấy thai.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi các sản phụ tham gia nghiên cứu

Trong 201 sản phụ tham gia nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của các sản phụ là $31,47 \pm 5,485$ tuổi ở nhóm sinh con so và $34,67 \pm 4,035$ tuổi ở nhóm sinh con rạ. Độ tuổi trung bình này, đặc biệt ở nhóm con so, là tương đối cao, phản ánh xu hướng sinh con muộn trong xã hội hiện nay chứ không còn hoàn toàn nằm trong lứa tuổi sinh sản lý tưởng.

Tuổi trung bình của các sản phụ đẻ con so trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Tống Thị Khánh Hằng ($24,62 \pm 3,98$)⁴ và của Nguyễn Thị Hiền năm 2016 ($27,2 \pm 8,6$)⁵. Điều này cho thấy chiều hướng tăng tuổi sinh con lần đầu ngày càng rõ rệt, có thể do phụ nữ hiện nay thường tập trung nhiều thời gian cho công việc hơn, dẫn đến việc kết hôn và sinh con muộn.

Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 30 – 34 tuổi và 35 – 40 tuổi với tỷ lệ gần tương đương nhau là 31,3% và 30,8%. Trái với

các nghiên cứu trước đây khi độ tuổi sinh sản chủ yếu tập trung ở nhóm 25-29, số liệu của chúng tôi cho thấy sự dịch chuyển rõ rệt sang nhóm tuổi lớn hơn. Nhóm ≥ 40 tuổi chiếm tỷ lệ đáng kể là 9,5%. Đây là các lứa tuổi được khuyến cáo cần theo dõi thai kỳ chặt chẽ hơn do có nhiều nguy cơ tiềm tàng, và đây cũng có thể là một yếu tố góp phần vào quyết định chỉ định mổ lấy thai trong nghiên cứu.

Đặc điểm thai kỳ hiện tại

Kết quả của chúng tôi cho thấy phần lớn thai kỳ là mang thai tự nhiên (95,0%), trong khi các thai kỳ có can thiệp hỗ trợ sinh sản bằng IVF chỉ chiếm 5,0%. Tỷ lệ thai IVF này cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Tống Thị Khánh Hằng (1,4%)⁴. Sự khác biệt này có thể là do sự phát triển của Trung tâm hỗ trợ sinh sản tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An, nơi các sản phụ thực hiện hỗ trợ sinh sản thường tiếp tục quản lý thai nghén và sinh tại đây.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số là thai đơn (98,0%). Chỉ có 2,0% là đa thai, tương tự với kết quả của Nguyễn Thị Hiền⁵ và phù hợp với tỷ lệ đa thai tự nhiên.

94,0% các thai là ngôi đầu, trong khi chỉ có 6,0% là các thai có ngôi bất thường (ngôi mông chiếm

4,0%, các ngôi khác chiếm 2,0%). Tỷ lệ này cũng tương tự như kết quả của Nguyễn Thị Hiền và Tống Thị Khánh Hằng^{4,5}.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thai đủ tháng (37 - 39 tuần) là 83,0%. Tỷ lệ thai < 37 tuần và thai quá ngày dự sinh (≥ 40 tuần) đều là 8,5%. Tỷ lệ thai non tháng và thai già tháng tương đương nhau, cho thấy việc quản lý thai nghén tốt, phát hiện các thai có nguy cơ quá ngày dự sinh để có can thiệp kịp thời.

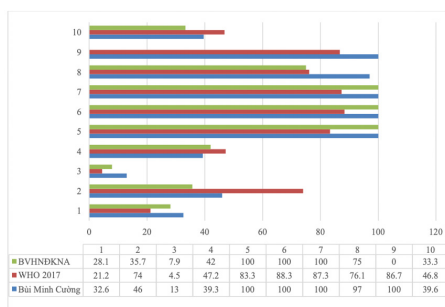
Tỷ lệ mổ lấy thai chung

Tỷ lệ MLT trong nghiên cứu của chúng tôi là 41,8%. Cụ thể, trong số 201 sản phụ tham gia nghiên cứu, có 58,2% sinh thường và 41,8% MLT (trong đó có 16,9% MLT trong chuyển dạ và 24,9% MLT trước chuyển dạ).

Khi so sánh với các nghiên cứu khác, tỷ lệ này tương đương với tỷ lệ 41,4% tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2016⁵, thấp hơn đáng kể so với tỷ lệ 49,9% tại Bệnh viện Sản nhi Quảng Ninh vào năm 2019⁶ và cao hơn nhiều so với tỷ lệ 32,3% của Hoa Kỳ vào năm 2023 (theo báo cáo mới nhất của Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh Hoa Kỳ - CDC)⁷. Đặc biệt, so với khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) là 10%¹, tỷ lệ trong nghiên cứu này vẫn còn ở mức cao.

Sự gia tăng này mang tính chất liên tục, đều đặn, có xu hướng sẽ tăng ngày càng cao trong những năm tới. Bàn luận về sự gia tăng về tỷ lệ MLT tại BVHNDKNA, chúng tôi có thể đưa ra một số lý do sau: Số con của mỗi bà mẹ giảm làm tỷ lệ sinh con so trong tổng số ca đẻ tăng lên, từ đó tăng nguy cơ sinh khó và chỉ định MLT. Tuổi mang thai các bà mẹ ngày càng cao, tỷ lệ thuận với tỷ lệ MLT. Quản lý thai nghén tốt hơn giúp phát hiện sớm các bất thường của thai kỳ để can thiệp kịp thời. Việc sử dụng rộng rãi Monitoring nhằm phát hiện sớm các bất thường về cơn co và tim thai sẽ làm tăng tỷ lệ MLT.

4.2. Về phân loại Robson:



Biểu đồ 2. So sánh tỷ lệ MLT của 10 nhóm phân loại Robson (n=20)^{6,8}

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mổ lấy thai (MLT) của các sản phụ thuộc các nhóm 5, 6, 7, 8, 9 là rất cao. Cụ thể, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này ở nhóm 5, 6, 7 đều là 100%, nhóm 8 là 75% và không có sản phụ nào thuộc nhóm 9. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Minh Cường (100%)⁶ và cao hơn so với WHO (2017) (83,3%)⁸. Tỷ lệ gần như tuyệt đối này là do đây là các nhóm sản phụ có nguy cơ cao, hầu như đều có chỉ định MLT y khoa, do đó rất khó tác động để giảm tỷ lệ MLT ở các nhóm này.

Nhóm 5 (con rạ, đơn thai, ngôi đầu, có vết mổ cũ) có tỷ lệ MLT là 100%. Mặc dù có đến 48,57% trường hợp chỉ có tiền sử MLT 1 lần, đây không phải chỉ định MLT tuyệt đối, nhưng thực tế tất cả đều lựa chọn phương pháp MLT. Lý do có thể là phần lớn các sản phụ tồn tại tâm lý cực kỳ lớn, lo sợ nguy cơ vỡ tử cung và chủ động yêu cầu mổ lại ngay từ khi quản lý thai nghén. Đồng thời, đứng trước áp lực pháp lý và nguy cơ tai biến sản khoa, các bác sĩ có xu hướng chọn MLT do các phương pháp lâm sàng, cận lâm sàng không đánh giá được chính xác nguy cơ vết mổ, nên việc chỉ định mổ lại được xem là lựa chọn “an toàn hơn” cho cả thầy thuốc lẫn sản phụ so với việc theo dõi chuyển dạ hay thực hiện các thủ thuật can thiệp trên sản phụ có vết mổ cũ.

Nhóm 1 (con so, đơn thai, ngôi đầu, đủ tháng, chuyển dạ tự nhiên) có tỷ lệ MLT là 28,1%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của WHO (21,2%) nhưng thấp hơn của Bùi Minh Cường (32,6%). Tỷ lệ MLT ở nhóm sản phụ “có nguy cơ thấp” này vẫn còn ở mức khá cao, cho thấy việc đưa ra các chỉ định MLT còn chưa thực sự phù hợp, dù đây được xem là nhóm có thể can thiệp. Nguyên nhân chủ yếu đến từ việc nhập viện quá sớm trong giai đoạn chuyển dạ tiềm tàng, dẫn đến các can thiệp y khoa như truyền để chỉ huy bằng oxytocin hay bấm ối. Bên cạnh đó, khả năng chịu đựng cơn đau chuyển dạ của nhóm sản phụ sinh con so thường kém, chuyển dạ kéo dài khiến sản phụ kiệt sức. Do đó, kiểm soát nghiêm ngặt biểu đồ chuyển dạ, thực hiện tốt các phương pháp để không đau (gây tê ngoài màng cứng) và động viên tinh thần cho sản phụ, hạn chế tối đa mổ lấy thai ở con so chính là chiến lược can thiệp gốc rễ nhất.

Cần nhìn nhận khách quan rằng kết quả của nghiên cứu chịu ảnh hưởng lớn từ đặc thù phân tuyến kỹ thuật. Là bệnh viện tuyến cuối chuyên tiếp nhận các ca sinh đẻ khó và nguy cơ cao của toàn khu vực Bắc Trung Bộ, sự tập trung của các bệnh lý sản khoa nặng đã làm thiên lệch phổ mật bệnh. Điều này tất yếu dẫn đến sự gia tăng cục bộ, khiến

tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu không mang tính đại diện cho quần thể chung của toàn tỉnh Nghệ An hay Việt Nam. Do đó, các nghiên cứu trong tương lai cần được thiết kế dưới dạng đa trung tâm, mở rộng cỡ mẫu bao gồm cả các cơ sở y tế tuyến dưới. Việc mở rộng quy mô này sẽ giúp phác họa một bức tranh toàn cảnh, khách quan và chính xác hơn về thực trạng chỉ định mổ lấy thai trong cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, tỷ lệ mổ lấy thai chung tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An ở mức khá cao là 41,8%. Sự gia tăng này chủ yếu đến từ sự đóng góp lớn của nhóm sản phụ sinh con rạ có vết mổ cũ (nhóm 5) và các nhóm sản phụ sinh con so (nhóm 1, nhóm 2) theo hệ thống phân loại Robson. Kết quả này cho thấy cần tăng cường công tác tư vấn sản khoa, thiết lập các chiến lược can thiệp lâm sàng chặt chẽ, đặc biệt ưu tiên quản lý tốt quá trình chuyển dạ ở nhóm phụ nữ sinh con lần đầu, giảm các chỉ định mổ không cần thiết và cải thiện kết cục mẹ - con.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần tập trung các biện pháp can thiệp vào Nhóm 1 và Nhóm 2 (nhóm sản phụ sinh con so) để giảm tỷ lệ mổ lấy thai lần đầu. Cần tư vấn kỹ lưỡng, theo dõi sát chuyển dạ và hạn chế các ca mổ theo yêu cầu không có chỉ định y khoa thực sự, nhằm ngăn chặn sự gia tăng của nhóm có vết mổ cũ trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Betrán AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM**, WHO Working Group on Caesarean Section. WHO Statement on Caesarean Section Rates. BJOG. 2016;123(5):667-670. doi: 10.1111/1471-0528.13526.
2. **Đặng VT, Vũ VD, Nguyễn PT, Nguyễn TH, Chu QC, Trần MD, và cs.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các chỉ định mổ lấy thai lần đầu tại Khoa Sản, Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Phụ sản. 2025;23(3):26-31. doi: 10.46755/vjog.2025.3.1879.
3. **Nguyễn THP, Lê TTT, Nguyễn TMH, Vũ TT.** Tỷ lệ mổ lấy thai và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các sản phụ được mổ lấy thai tại khoa Phụ sản Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;537(1). doi: 10.51298/vmj.v537i1.9012.
4. **Tống Thị Khánh Hằng.** Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến mổ lấy thai con so đủ tháng tại khoa Sản Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên; 2020.
5. **Nguyễn Thị Hiền.** Nghiên cứu các chỉ định mổ lấy thai tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2016. Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.
6. **Bùi Minh Cường.** Giải pháp làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai theo phân loại của Robson, Nhà xuất bản Y học; 2019.
7. **Osterman MJK, Hamilton BE, Martin JA, Driscoll AK, Valenzuela CP.** Births: Final Data for 2023. Natl Vital Stat Rep. 2025;(1):1. doi: 10.15620/cdc/175204.
8. **World Health Organization.** Robson Classification: Example of Robson Report Table with Interpretation. 2017. WHO/RHR/17.22.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRONG BỆNH ALZHEIMER Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI CẦN THƠ

Trần Thị Hải Yến^{1*}, Lương Thanh Điền¹, Lý Ngọc Tú², Lương Thế Vĩnh^{1,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Alzheimer là bệnh thoái hoá thần kinh nguyên phát, tiến triển và không hồi phục, với tỷ lệ mắc và mức độ nghiêm trọng ngày càng gia tăng trên toàn cầu, tạo gánh nặng đáng kể về y tế, kinh tế và xã hội.

¹Trường Đại học Y dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Sóc Trăng

³Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hải Yến

Email: haiyen20698@gmail.com

Mã bài: N522

Ngày nhận bài: 3/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 2/4/2026

Ngày duyệt bài: 5/5/2026

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan trong bệnh Alzheimer ở người cao tuổi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân được chẩn đoán sa sút trí tuệ do bệnh Alzheimer theo DSM 5, có suy giảm nhận thức mức độ nhẹ đến trung bình dựa trên điểm MMSE từ 10-25, điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ năm 2024-2026. Kết quả: Tuổi trung bình là 72,52 ± 8,3, nữ chiếm 57,7%. Điểm MMSE trung bình 18,29 ± 3,9. Tỷ lệ suy giảm trí nhớ chiếm 57,7%, suy giảm khả năng định hướng 61,5%. Sự tiến triển bệnh liên quan có ý nghĩa thống kê với tăng huyết áp (p=0,008), đái tháo đường (p=0,03), lối sống tĩnh tại (p=0,029) và trình độ học vấn thấp (p=0,023). Các yếu tố nhân khẩu học và nơi cư trú không cho thấy ảnh hưởng đáng kể.