

tr 99 - 103.

4. Hisashi saija, Kinya Furukawa (2010). Outcomes of airway stenting for advanced lung cancer with central airway obstruction, *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*, 11, pp. 425 - 428

5. Antoine E Melkane, Nayla E Matar, et al

(2010). Management of Postintubation Tracheal Stenosis: Appropriate Indications Make Outcome Differences, *Respiration*, 79 (5), pp. 395 - 401.

6. Fortin M, Lacasse Y, et al (2017). Safety and Efficacy of a Fully Covered Self-Expandable Metallic Stent in Benign Airway Stenosis, *Respiration*, 93, pp. 430 - 435.

NHẬN XÉT CÁC CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI Ở SẢN PHỤ CON SO CHUYỂN DẠ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH

NGUYỄN THỊ HỒNG NHUNG¹,
LÊ THỊ THANH VÂN², NGUYỄN TÀI ĐỨC³
¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh
²Trường Đại học Y Hà Nội
³Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét các chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so chuyển dạ tại Bệnh viện (BV) Đa khoa Tâm Anh.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang trên 105 đối tượng nghiên cứu phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Kết quả: Trong 105 đối tượng nghiên cứu, nhóm sản phụ có độ tuổi từ 25 - 29 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (54/105 sản phụ) với tỷ lệ mổ lấy thai là 16,1%, sự khác biệt về tỷ lệ mổ lấy thai giữa các nhóm tuổi mẹ là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trọng lượng trẻ sơ sinh thường gặp nhất là 3000 - 3400g (53/105 trẻ), không có mối liên quan giữa tỷ lệ mổ lấy thai và trọng lượng trẻ ($p > 0,05$). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mổ lấy thai giữa nhóm sản phụ có và không có mong muốn mổ lấy thai ($p < 0,05$). Có 7/105 sản phụ có thai nhờ phương pháp hỗ trợ sinh sản, tỷ lệ mổ lấy thai là 1,9%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mổ lấy thai giữa 2 nhóm có thai tự nhiên và hỗ trợ sinh sản ($p > 0,05$).

Kết luận: Tại BV Đa khoa Tâm Anh, sản phụ con so chuyển dạ có độ tuổi thường gặp nhất từ 25-29 tuổi, tỷ lệ mong muốn mổ lấy thai thấp, chưa phát hiện ra mối liên quan giữa trọng lượng thai nhi, tuổi mẹ với tỷ lệ mổ lấy thai ($p > 0,05$). Trong nhóm các nguyên nhân mổ lấy thai ở sản phụ con so chuyển dạ, lý do Thai suy chiếm tỷ lệ cao nhất là 10 trường hợp. Tỷ lệ mổ lấy thai giữa 2 nhóm có và không có mong muốn

mổ lấy thai không có sự khác biệt có nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ mổ lấy thai giữa 2 nhóm có thai tự nhiên và nhờ các phương pháp hỗ trợ sinh sản cũng không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Từ khóa: Mổ lấy thai, chuyển dạ, con so.

SUMMARY

REVIEW INDICATIONS FOR CESAREAN SECTION IN NULLIPAROUS PREGNANT WOMEN IN LABOR AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL.

Objectives: Review indications for cesarean section in nulliparous pregnant women in labor at Tam Anh General Hospital.

Research methods: Cross-sectional description on 105 research subjects that met the inclusion and exclusion criteria.

Results: Among 105 study subjects, the group of women aged 25-29 years old accounted for the highest percentage (54/105 women) with a cesarean section rate of 16.1%, the relationship between the rate of cesarean section and maternal age groups was not statistically significant ($p > 0.05$). The most common birth weight was 3000 - 3400g (53/105 babies), there was no relationship between the cesarean section rate and baby weight ($p > 0.05$). There was a statistically significant difference in the rate of cesarean section between the group of women with and without a desire for cesarean section ($p < 0.05$). There are 7/105 pregnant women by assisted reproductive methods, the rate of cesarean section is 1.9%. There is no statistically significant difference in the rate of cesarean section between the 2 groups with natural pregnancies. and assisted reproduction ($p > 0.05$).

Conclusion: At Tam Anh General Hospital, the most common age of pregnant women in labor was from 25 - 29 years old, the rate of desire for cesarean section was low, no relationship

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Hồng Nhung

Email: nhunghmu85@gmail.com

Ngày nhận: 08/6/2021

Ngày phản biện: 13/7/2021

Ngày duyệt bài: 22/7/2021

between fetal weight was detected, maternal age with cesarean section rate ($p > 0.05$). In the group of causes of cesarean section in pregnant women, the reason for fetal distress accounts for the highest rate of 10 cases. The rate of cesarean section between the 2 groups with and without the desire for cesarean section did not have a statistically significant difference ($p > 0.05$). The rate of cesarean section between the two groups with spontaneous pregnancies and assisted reproduction methods was not statistically significant ($p > 0.05$).

Keywords: Caesarean section, labor, nulliparous.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) có lịch sử lâu đời, từ hàng trăm năm trước công nguyên. Phẫu thuật MLT ngày càng hoàn thiện đã giúp cứu sống nhiều bà mẹ và trẻ sơ sinh. Tuy nhiên không vì những ưu điểm của nó mà cho phép lạm dụng quá mức các chỉ định MLT vì trên thực tế người thầy thuốc lâm sàng vẫn phải đối mặt với các tai biến có thể xảy ra trong và sau mổ. Thực vậy, chúng ta đều biết đẻ đường âm đạo là phương pháp sinh lý và tốt nhất cho mẹ và thai và MLT chỉ nên thực hiện trong trường hợp có bệnh lý của mẹ và thai không cho phép đẻ đường âm đạo. Mặc dù vậy, khi chất lượng cuộc sống ngày càng cao, mỗi gia đình chỉ sinh từ một đến hai con thì người mẹ luôn có mong muốn một kết quả “mẹ tròn, con vuông”, nghĩa là cuộc chuyển dạ an toàn, và sản phụ cho rằng họ có quyền chọn cách đẻ theo ý muốn. Trước những sức ép tâm lý ngày mà đôi khi người thầy thuốc sản khoa có thể sẽ bị động với quyết định mổ lấy thai. Tỷ lệ MLT ở nhiều nước trên thế giới cũng có xu hướng tăng nhanh. Trên toàn thế giới, tỷ lệ MLT tăng từ 12,1% năm 2000 lên 21,1% năm 2012. Ở Bắc Mỹ, năm 2000 tỷ lệ MLT trung bình là 24,3%, đến năm 2015 tỷ lệ MLT là 32,1%. Ở Đông Á và châu đại dương trong vòng 15 năm (2000 - 2015) MLT tăng từ 13,4% lên 28,8% có nghĩa là tăng gần gấp đôi^[1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ MLT ngày càng tăng cao 1997 là 3,4%, năm 2014 là 27,5%^[2]. Mặc dù MLT có thể cứu sống được mẹ, trẻ sinh ra hoặc cho cả hai trong một vài trường hợp, tuy nhiên sự gia tăng nhanh chóng tỷ lệ MLT mà không có bằng chứng rõ ràng về việc làm giảm bệnh suất cũng như tử suất của mẹ và con cho thấy việc chỉ định MLT đã quá rộng rãi. Do đó, kiểm soát và đưa ra những chỉ định MLT hợp lý ở sản phụ con so là việc làm cần thiết góp phần làm giảm tỷ lệ MLT nói chung và tỷ lệ MLT ở người đã có sẹo mổ cũ ở tử cung cho lần đẻ sau đó khiến cho tỷ lệ mổ lấy thai có xu hướng ngày càng nhiều. Điều đó cần phải có sự đánh giá so sánh một cách cụ thể và khách quan, khoa học. Chính vì vậy, chúng tôi

tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nhận xét các chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so chuyển dạ tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Những sản phụ con so, chuyển dạ đẻ được theo dõi tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội từ 08/2019 đến 02/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Những sản phụ con so có thai từ 22 tuần 0 ngày đến 41 tuần 0 ngày, được chẩn đoán chuyển dạ và theo dõi tại phòng đẻ (tiêu chuẩn chẩn đoán chuyển dạ trong nghiên cứu: cổ tử cung xóa hết, đang mở; cơn co tử cung kéo dài ≥ 30 giây, tần số ≥ 3 (có 3 cơn co trong 10 phút); thành lập đầu ối); sản phụ có đủ điều kiện theo dõi đẻ đường âm đạo ở thời điểm bắt đầu chuyển dạ và sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế mô tả tiến cứu: 105 sản phụ con so chuyển dạ tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, không nằm trong nhóm có tiêu chuẩn loại trừ và đồng ý tham gia nghiên cứu, được theo dõi từ khi bắt đầu chuyển dạ đến khi kết thúc cuộc chuyển dạ.

Phương pháp thu thập thông tin: Phương pháp điều tra phỏng vấn dựa vào bộ câu hỏi đã được xây dựng từ trước (phụ lục 1).

3. Xử lý số liệu

Thu thập số liệu và nhập vào phần mềm SPSS 20. Trị số $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 105 sản phụ con so chuyển dạ tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh trong thời gian từ 08/2019 đến 02/2021, chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 2. Tuổi mẹ và kết cục cuộc chuyển dạ của sản phụ con so chuyển dạ

Tuổi mẹ	Phương pháp đẻ		MLT		p
	Đẻ thường	n	%	n	
< 20	3	2,9	0	0,0	
20 - 24	18	17,1	0	0,0	
25 - 29	37	35,2	17	16,2	
30 - 34	18	17,1	3	2,9	
≥ 35	6	5,7	3	2,9	
Tổng	82	71,8	23	21,9	

Bảng 3. Trọng lượng trẻ sơ sinh và kết cục cuộc chuyển dạ của sản phụ

Trọng lượng trẻ (g)	Phương pháp đẻ		MLT		p
	Đẻ thường	n	%	n	
< 3000	28	26,7	5	4,8	0,326
3000 - 3400g	38	36,2	15	14,3	
$\geq 3500g$	16	15,2	3	2,9	
$\bar{X} \pm SD$	3093,3 \pm 422,5		3143,5 \pm 323,1		0,599

Bảng 4. Phân loại các trường hợp nguyên nhân dễ khó đẻ MLT

Nguyên nhân dễ khó	Số lượng
CCTC không hiệu quả	7
Đầu không lọt	6
Thai suy	10
BN xin mổ	1
Mẹ lớn tuổi	1

Bảng 5. Mong muốn và kết cục cuộc chuyển dạ của sản phụ con so

Mong muốn của SP	Phương pháp đẻ		Đẻ thường		MLT		p
	n	%	n	%			
SP có mong muốn mổ lấy thai chủ động	3	2,9	1	1,0	0,93		
SP không mong muốn mổ lấy thai chủ động	71	67,6	21	20,0			

Bảng 6. Cách thụ thai và kết cục cuộc chuyển dạ của sản phụ con so

Cách thụ thai	Phương pháp đẻ		Đẻ thường		MLT		p
	n	%	n	%			
Tự nhiên	77	73,3	21	20,0	0,67		
Hỗ trợ sinh sản	5	4,8	2	1,9			

BÀN LUẬN

Những nghiên cứu gần đây trên thế giới liên quan đến MLT đã khẳng định một lần nữa sự đúng đắn của khuyến cáo về tỉ lệ MLT của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 1985 là tốt nhất chỉ nên từ 5 - 10%^[3]. Khi tỉ lệ này vượt trên 15% thì tai biến sẽ xảy ra nhiều hơn cho mẹ và con. Mặc dù MLT có thể cứu được tính mạng của mẹ và thai nhi trong một số tình huống cấp cứu nhưng trong khi có sự gia tăng tỉ lệ MLT mà không có bằng chứng cho thấy có sự giảm bệnh suất và tử suất cho mẹ và trẻ sơ sinh. Trong khi đó lại có sự tăng tỉ lệ của những biến chứng liên quan đến MLT. Không nên cố gắng giảm tỉ lệ MLT một cách cơ học mà nên nghiên cứu kĩ các chỉ định để làm giảm các trường hợp MLT một cách không cần thiết, đặc biệt ở sản phụ con so.

Nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi sản phụ con so chuyển dạ chủ yếu nằm ở độ tuổi 25 - 29 tuổi, tỉ lệ mổ lấy thai là 16,2%, và dựa vào bảng chúng ta có thể nhận thấy tỉ lệ mổ lấy thai không phụ thuộc vào độ tuổi của bà mẹ, sự khác biệt giữa các nhóm về tỉ lệ mổ lấy thai không ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng tương đồng với những nghiên cứu khác, như của Smith và cs năm 2008, nghiên cứu trên dữ liệu 65.056 sản phụ mổ lấy thai ở Scotland từ năm 1980 đến 2005 thấy độ tuổi trung bình là 27 tuổi (95% CI 23-31, $p < 0,001$), tuy nhiên cũng nhận thấy rằng khi tuổi mẹ tăng lên mỗi 5 năm, nguy cơ mổ lấy thai tăng lên khoảng 1,49 lần (95% CI 1,48-1,51, $p < 0,001$)^[4].

Nhóm có trọng lượng thai từ 3000g trở xuống

có tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 26,7%, MLT là 4,8%, nhóm có thai trọng lượng từ 3000g đến dưới 3500g tỷ lệ mổ lấy thai tăng lên là 36,2% và ở nhóm $\geq 3500g$, tỷ lệ này là 15,2%, như vậy tỷ lệ mổ lấy thai và trọng lượng của trẻ sơ sinh không có mối tương quan tuyến tính với sự khác biệt về tỷ lệ MLT không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Hiện nay cân nặng thai nhi thường được ước lượng chủ yếu qua siêu âm, ít dùng đến các số đo lâm sàng như chiều cao tử cung hay đường kính trung bình bụng. Bên cạnh đó, nhiều bác sĩ siêu âm tính trọng lượng thai chủ yếu dựa vào đường kính ngang bụng, không đo cả chu vi vòng bụng hay quan tâm đến các chỉ số khác như đường kính lưỡng đỉnh hay chiều dài xương đùi. Do đó để đánh giá ước lượng trọng lượng thai, các bác sĩ cần chú ý thăm khám kĩ cả lâm sàng, cũng như làm siêu âm cẩn thận để tránh mổ những trường hợp không cần thiết. Bên cạnh trọng lượng thai cũng cần thăm khám khung chậu của mẹ cẩn thận, có thể thử thách làm nghiệm pháp lọt nếu có nghi ngờ bất tương xứng thai khung chậu, như thế chỉ định mổ sẽ chặt chẽ hơn, góp phần làm giảm tỉ lệ MLT.

Theo khuyến cáo của Hiệp hội Sản phụ khoa Mỹ đưa ra năm 2014 dựa trên một kết quả nghiên cứu thực hiện tại 19 trung tâm, giai đoạn tiềm tàng của cuộc chuyển dạ nên được tính đến khi CTC mở được 6cm, và giai đoạn tiềm tàng kéo dài (trên 20 giờ ở sản phụ con so và trên 14 giờ ở sản phụ con ẻ) không phải là chỉ định MLT^[5]. Và khi giai đoạn tiềm tàng kéo dài quá khoảng thời gian này thì nên có chỉ định truyền oxytocin. Khi CTC mở 6cm mới được coi là pha tích cực của chuyển dạ. Do đó trước khi CTC mở 6cm, diễn biến của pha tích cực không nên được áp dụng. Chỉ định MLT do chuyển dạ đình trệ trong giai đoạn đầu chỉ nên dành cho các thai phụ có CTC mở trên 6cm mà chuyển dạ không diễn tiến qua 4 giờ với CCTC tốt (4 cơn co trong 10 phút, cường độ > 200 Montevideo) hoặc không diễn tiến qua 6 giờ với CCTC không tốt, hoặc CTC không mở thêm^[6]. Cũng theo khuyến cáo này, chỉ nên chỉ định MLT khi đầu không lọt kéo dài quá 2 giờ ở sản phụ con ẻ và 3 giờ ở sản phụ con so, có thể kéo dài thêm 1 giờ nếu sản phụ có gãy tê ngoài màng cứng. Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy có 7 trường hợp MLT vì CCTC không hiệu quả. Tất cả các trường hợp này đều được truyền oxytocin, và hai phần ba trong số này mổ vì CTC 2cm kéo dài, và phần nhiều được truyền oxytocin vì ối vỡ sớm. Theo khuyến cáo, trước khi truyền oxytocin, các bác sĩ cần đánh giá chỉ số Bishop để đánh giá xem CTC có thuận lợi không, từ đó tránh được việc truyền oxytocin không kết quả và sản phụ phải MLT.

Cũng liên quan đến mong muốn của sản phụ, tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, theo bảng 3.4 tỷ lệ mổ lấy thai giữa 2 nhóm có và không có mong muốn là khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, điều này là một trong những tín hiệu đáng mừng bởi Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh là một trong các bệnh viện tư đầu ngành về sản khoa, các sản phụ lựa chọn sinh tại viện tư thường có nhiều nhu cầu, đòi hỏi được đáp ứng trong đó đặc biệt là nguyện vọng mổ lấy thai. Những năm gần đây, nhờ sự phát triển không ngừng của y học, sự ra đời của kháng sinh và các kỹ thuật gây mê hồi sức, các kỹ thuật vô khuẩn và tiết khuẩn, kỹ thuật mổ lấy thai cũng nhưng công tác chăm sóc hậu phẫu tốt, nên mổ lấy thai đã góp phần giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong mẹ trong công tác theo dõi chuyển dạ. Chính vì những lý do này, số sản phụ có nguyện vọng mổ lấy thai chủ động ngày càng tăng vì nhiều lý do khác nhau (sợ đau, lo sợ cho sức khỏe bản thân và em bé, con quý, con hiếm, ...), và chắc chắn rằng điều này sẽ ảnh hưởng đến thực hành lâm sàng của các bác sĩ cũng như làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai. Theo nghiên cứu của Coleman và cs năm 2009 tại Mỹ [7], có sự gia tăng tỷ lệ mổ lấy do nguyện vọng của sản phụ: khoảng 53% các bác sĩ được hỏi đã thừa nhận mình có thực hiện mổ lấy thai theo yêu cầu của các bà mẹ, 66% số bác sĩ được hỏi nói rằng số ca mổ lấy thai mà họ thực hiện theo yêu cầu của sản phụ tăng lên so với các năm trước.

Bảng 5 khảo sát mối liên quan giữa cách thụ thai và kết cục cuộc chuyển dạ cho thấy trong 14 sản phụ có thai nhờ thụ tinh trong ống nghiệm, có 2 sản phụ được mổ lấy thai chiếm 1,9%, sự khác biệt tỷ lệ mổ lấy thai giữa nhóm đẻ thường và mổ lấy thai là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Yilmaz và cộng sự (2013): trong nghiên cứu của ông, tỷ lệ mổ lấy thai là 77%, giữa 2 nhóm có và không có tiền sử điều trị vô sinh, tỷ lệ mổ lấy thai có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ [8]. Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm có hỗ trợ sinh sản trong nghiên cứu của chúng tôi còn cao có lẽ là do số lượng sản phụ hỗ trợ sinh sản chọn được còn ít (7 sản phụ), tâm lý của các sản phụ có thai nhờ thụ tinh trong ống nghiệm thường đã nhiều tuổi, với tâm lý mang thai con quý con hiếm, MLT sẽ an toàn hơn cho trẻ sơ sinh, trẻ sẽ thông minh hơn, cũng như muốn con mình được sinh vào "ngày giờ đẹp" nên các sản phụ này muốn lựa chọn MLT. Về phía các thầy thuốc do hiểu được tâm lý nặng nề của sản phụ nên thường cũng đồng ý MLT với các trường hợp này. Tuy nhiên nhờ công tác tư vấn trước khi sinh tốt, có một số không nhỏ đã chuyển lựa

chọn được theo dõi đẻ đường âm đạo dưới sự giám sát chặt chẽ của các y bác sĩ.

KẾT LUẬN

Hiện nay trên thế giới cũng như ở Việt Nam, tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng. Trong nghiên cứu ngày, tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, sản phụ con so chuyển dạ có độ tuổi thường gặp nhất từ 25 - 29 tuổi (54/105 sản phụ), tỷ lệ mổ lấy thai là 16,1%, tỷ lệ mổ lấy thai và tuổi sản phụ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trọng lượng trẻ sơ sinh thường gặp nhất trong nhóm 3000-3400g, tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm này là 14,3%, tỷ lệ mổ lấy thai và trọng lượng thai không có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trong nhóm các nguyên nhân mổ lấy thai ở sản phụ con so chuyển dạ, lý do thai suy chiếm tỷ lệ cao nhất là 10 trường hợp. Không sự khác biệt về tỷ lệ mổ lấy thai giữa 2 nhóm sản phụ có và không có mong mổ chủ động ($p > 0,05$). Có 7/105 sản phụ có thai nhờ phương pháp hỗ trợ sinh sản, tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm này là 1,9%, tỷ lệ mổ lấy thai giữa 2 nhóm có thai tự nhiên và nhờ các phương pháp hỗ trợ sinh sản không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Betrán A.P Ye J., Moller A.-B., et al** (2016). "The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014", PLoS ONE, 11(2), e0148343.
2. **de Loenzien M., Schantz C., Luu B.N., et al** (2019). "Magnitude and correlates of caesarean section in urban and rural areas: A multivariate study in Vietnam", PLoS ONE, 14(7), e0213129.
3. "Appropriate technology for birth" (1985). Lancet, 2(8452), 436 - 7.
4. **Gordon C, S. Smith, Yolande Cordeaux, Ian R. White** (2008). "The Effect of Delaying Childbirth on Primary Cesarean Section Rates", PLOS Medicine, 5(7), 1123 - 32.
5. **Aaron B.Caughey, PhDA Alison G.Cahill, Jeanne-MarieGuise, Dwight J.Rouse** (2014). "Safe prevention of the primary cesarean delivery", American Journal of Obstetrics and Gynecology, 210(3), 179 - 193.
6. **D. J. Rouse, M. Landon, K. J. Leveno** (2014). "The Maternal-Fetal Medicine Units cesarean registry: chorioamnionitis at term and its duration-relationship to outcomes", Am J Obstet Gynecol, 19(1), 211 - 6.
7. **Victoria H., Coleman, Hal Lawrence, Jay Schulkin** (2009). "Rising Cesarean Delivery Rates: The Impact of Cesarean Delivery on Maternal Request", Obstetrical and gynecological survey, 64(2), 115 - 9.
8. **Sema Dereli Yilmaz, Meltem Demirgoz Bal** (2013). "Women's Preferences of Method of Delivery and Influencing Factors", Iranian Red Crescent Medical Journal, 15(8), 683 - 9.