



Y TẾ TOÀN CẦU CHO MẸ VÀ BÉ: Tiến triển của mổ lấy thai trên thế giới?

Alexandre Dumont, Directeur de recherche, IRD-Paris Descartes
Clémence Schantz, Doctorante, IRD-Paris Descartes

*16^{ème} conférence de Gynécologie Obstétrique
Vietnam - France - Asia - Pacifique*

Y TẾ TOÀN CẦU LÀ GÌ?

- **Lĩnh vực nghiên cứu, tìm hiểu và thực hành** ưu tiên nâng cao sức khỏe và công bằng về y tế cho mọi người trên toàn thế giới
- « Globale » đề cập đến mức ảnh hưởng của vấn đề, không phải vị trí
- Nhấn mạnh vào **những vấn đề về sức khỏe xuyên quốc gia**, yếu tố quyết định và giải pháp
- Đòi hỏi sự tham gia của nhiều ngành trong và ngoài ngành khoa học liên quan đến sức khỏe **và sự hợp tác liên ngành**
- Sử dụng các nguồn lực, kiến thức và kinh nghiệm của các quốc gia để giải quyết những thách thức y tế toàn cầu

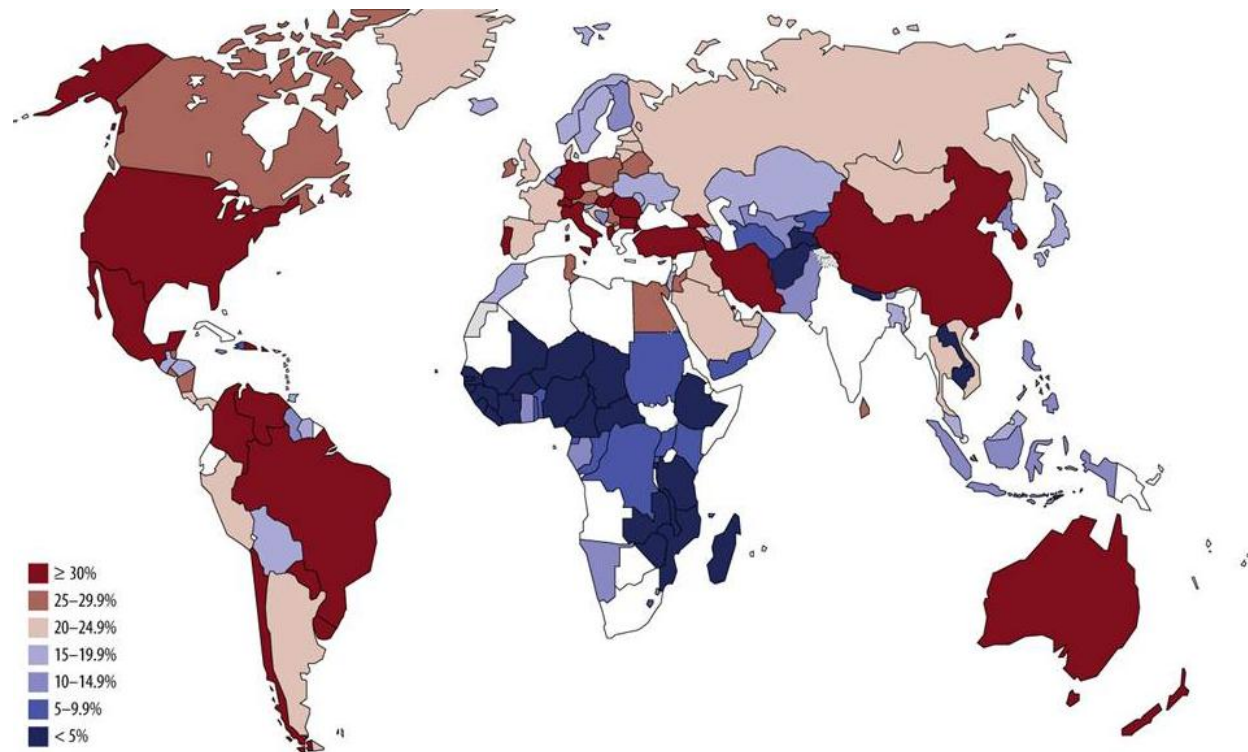
Những thách thức của mổ lấy thai

ình ưu tiên không được đạt đến 1 tỷ lệ đặc biệt nhưng tất cả đều phải thực hiện mổ lấy thai những phụ nữ có yêu cầu (Khuyến cáo của OMS – 2015)

- Mổ lấy thai làm tăng tỷ lệ sống nhưng chỉ khi có chỉ định

- > 10 % không liên quan đến giảm tỷ lệ tử vong của mẹ và trẻ.

Tình hình mổ lấy thai trên thế giới năm 2003



Những yếu tố quyết định

Tỷ lệ thấp ở ASS liên quan đến những khó khăn trong tiếp cận dịch vụ y tế đối lập với tỷ lệ cao hoặc tăng ở phần còn lại của thế giới.

Với những nước có tỷ lệ cao hoặc đang tăng:

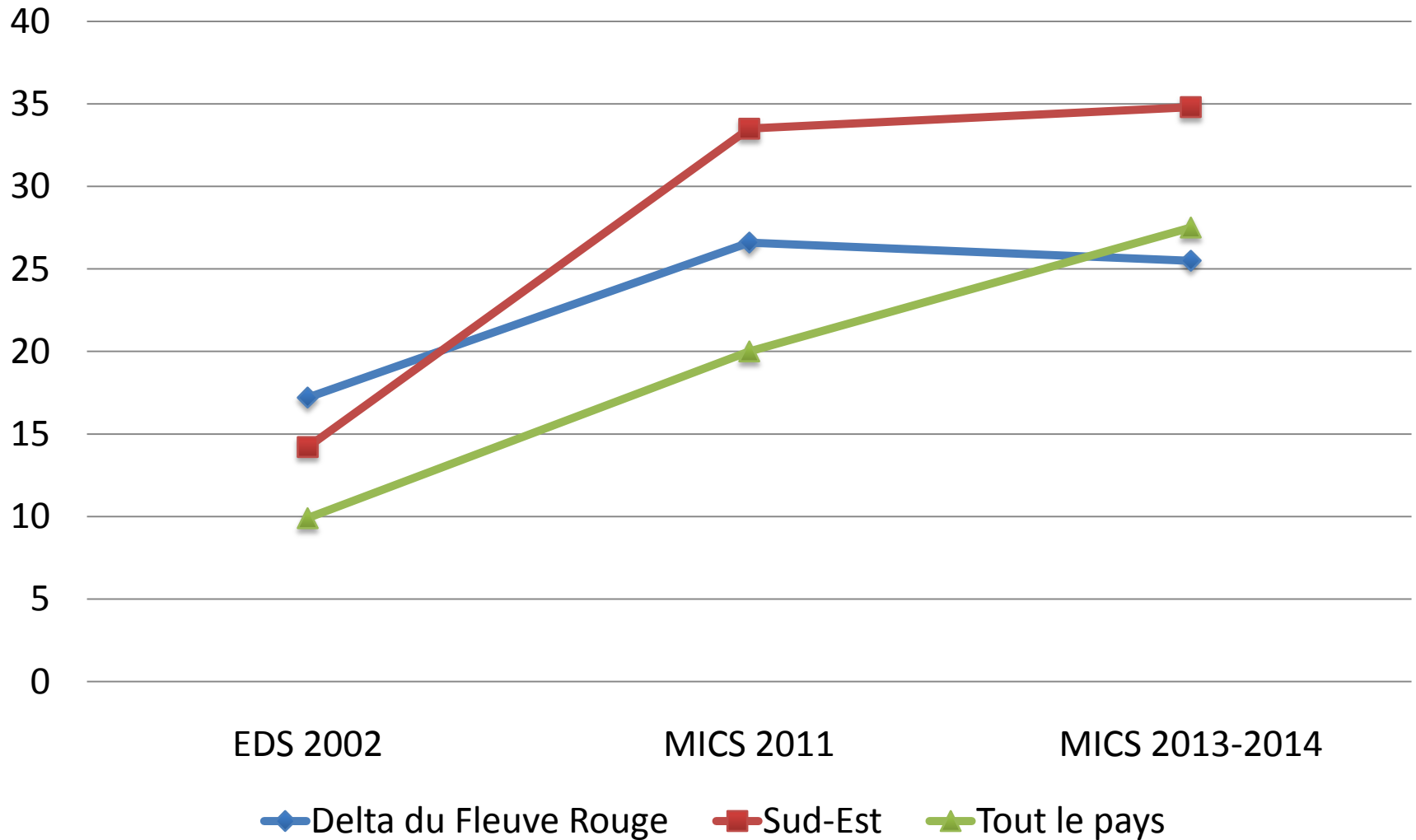
- Yếu tố liên quan đến nhân viên y tế: nữ hộ sinh và bác sĩ sản khoa ảnh hưởng đến người phụ nữ trong quyết định có hay không mổ lấy thai
- Yếu tố liên quan đến bệnh nhân : Mổ lấy thai được thực hiện theo yêu cầu hoặc áp lực của bệnh nhân hoặc gia đình

Phân tích tỷ lệ mổ lấy thai

- Phân tích các số liệu dân số từ các cuộc điều tra nhân khẩu học lớn: xác định xu hướng
- Tiến hành nghiên cứu thực địa về số lượng và chất lượng tại các cơ sở y tế công và tư nhân :
 - Phân tích các hoạt động sinh đẻ để đánh giá nhân viên y tế
 - Phỏng vấn các thai phụ và quan sát những người tham gia để hiểu sự phát triển
- Việc thực hiện các nghiên cứu tiến cứu ở phụ nữ để theo dõi dọc thai kỳ và chuyển dạ nhằm xác định những yếu tố chính

Cần có sự hợp tác giữa các nhà nghiên cứu của trung tâm và các nhà thực hành lâm sàng

Phân tích số liệu dân số tại Việt Nam



Phân tích tỷ lệ mổ lấy thai ở các bệnh viện

Nhiều phân loại được đề xuất :

Khi nào ?

Trước hay trong chuyển dạ (ít thông tin)

Cấp cứu (chủ quan)

Tại sao ?

Chỉ định, mẹ với thai nhi (khó mã hóa, tính chủ quan)

Chỉ định hợp lý hay không (chủ quan, khó nghiệm thu)

Ai ?

Những đặc điểm của người phụ nữ/ thai phụ

Phân loại Robson

- Groupe 1:** Con so, đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần, CD tự nhiên
- Groupe 2:** Con so, đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần, gây chuyển dạ hoặc mổ chủ động
- Groupe 3:** Con dạ, không mổ cũ, đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần, CD tự nhiên
- Groupe 4:** Con dạ, không mổ cũ, đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần, gây chuyển dạ hoặc mổ chủ động
- Groupe 5:** Mổ cũ, đơn thai, ngôi đầu, ≥ 37 tuần
- Groupe 6:** Con so ngôi ngược
- Groupe 7 :** Con dạ ngôi ngược
- Groupe 8:** Đa thai (bao gồm cả mổ cũ)
- Groupe 9 :** Ngôi bất thường (bao gồm cả mổ cũ)
- Groupe 10 :** Đơn thai, ngôi đầu, < 37 tuần (bao gồm cả mổ cũ)

(Robson et al. Fetal Matern Med Rev 2001)

Phân loại Robson

Ưu điểm:

Phân loại bao gồm đầy đủ
loại trừ lẫn nhau

Ít nguy cơ lỗi / không đồng nhất phân loại
dữ liệu thường có sẵn

Nhược điểm :

Lý do cụ thể cho mỗi lấy thai không được xác định

Ngày càng được sử dụng

(Chong ActaObstetGynecolScand 201),

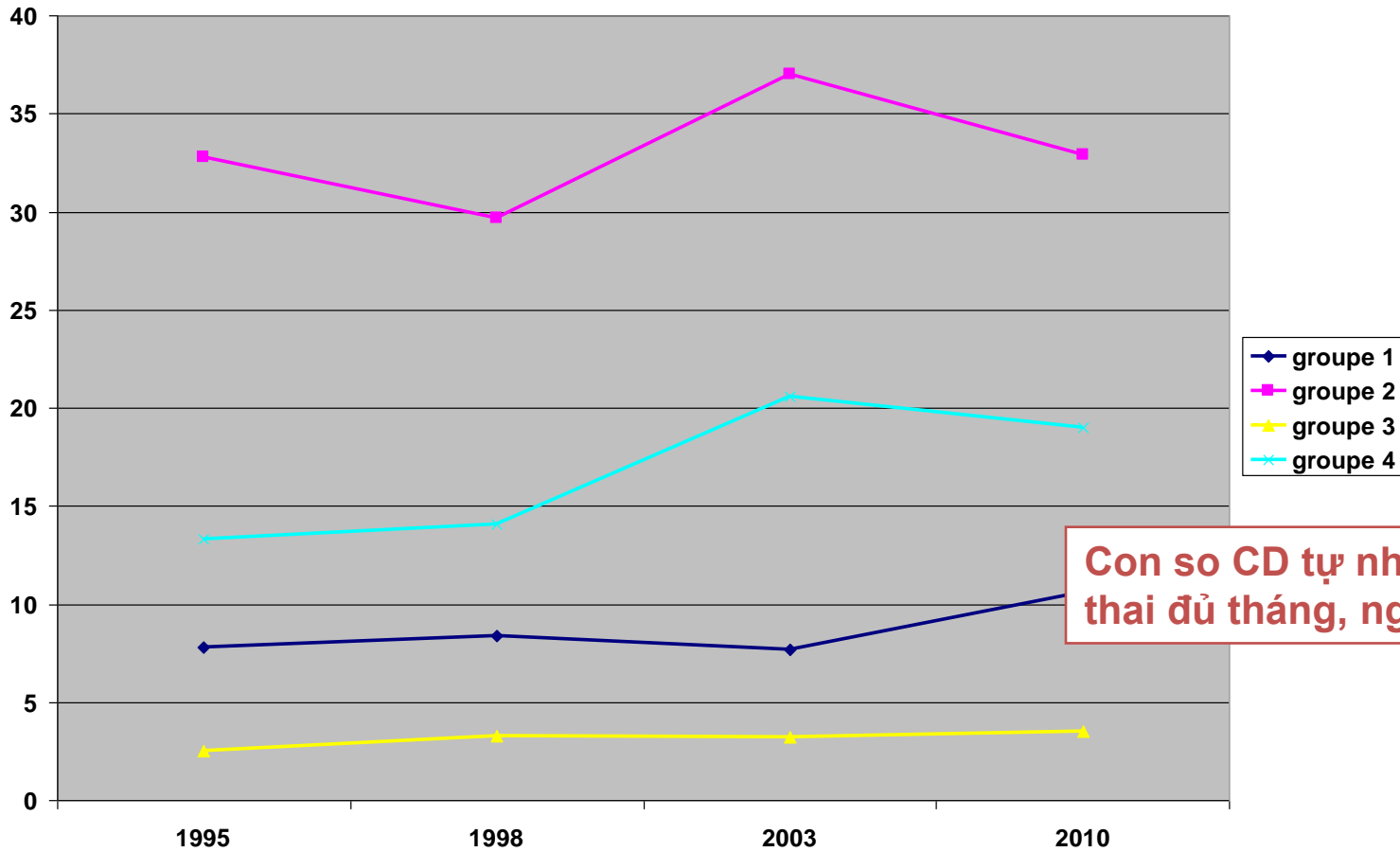
(Ciriello JMaterFetalNeonatMed 2012)

(Delbaeare BMC 2012 et Brennan Obstet Gynecol 2011)

(Vogel, The Lancet Global Health 2015)

Thay đổi tỷ lệ mổ lấy thai ở Pháp Phụ nữ « nguy cơ thấp » (groupes 1 đến 4)

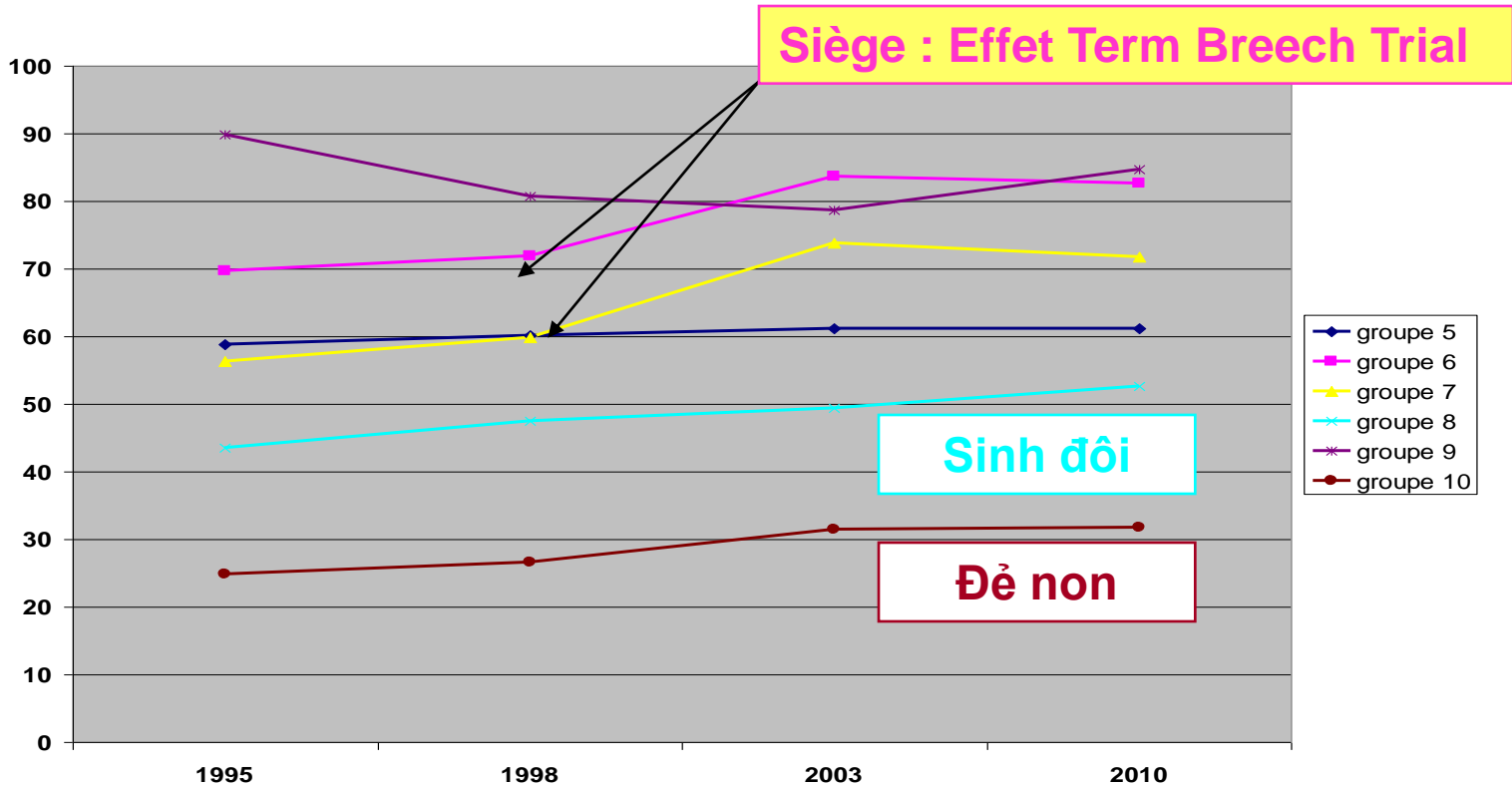
Tỷ lệ MLT
(%)



Con số CD tự nhiên, đơn
thai đủ tháng, ngôi đầu

Thay đổi tỷ lệ mổ lấy thai ở Pháp Phụ nữ « Nguy cơ cao » (groupes 5 đến 10)

Tỷ lệ MLT
(%)



Sự thay đổi tỷ lệ của các nhóm thai phụ khác nhau

	1995	1998	2003	2010	p
groupe 1 Primipares, singleton céphalique ≥ 37 SA, travail spontané	2838 (22.3)	2998 (22.6)	3122 (22.1)	2952 (20.7)	<0.01
groupe 2 Primipares, singleton céphalique ≥ 37 SA, travail déclenché ou césarienne avant travail	955 (7.5)	971 (7.3)	1149 (8.1)	1200 (8.4)	
groupe 3 Multipares singleton céphalique ≥ 37 SA, travail spontané	5098 (40.1)	5151 (38.9)	5372 (38.0)	5277 (37.0)	
groupe 4 Multipares singleton céphalique > 37 SA, travail déclenché ou césarienne avant travail	1694 (13.3)	1673 (12.6)	1738 (12.3)	1864 (13.1)	
groupe 5 Antécédent de césariennes, singleton céphalique > 37 SA	898 (7.1)	1043 (7.9)	1141 (8.1)	1341 (9.4)	
groupe 6 Toutes les primipares, présentation siège	195 (1.5)	215 (1.6)	282 (2.0)	226 (1.6)	
groupe 7 Toutes les multipares, présentation siège	289 (2.3)	334 (2.5)	350 (2.5)	335 (2.3)	
groupe 8 Toutes les grossesses multiples ((ut cicatriciel inclus)	167 (1.3)	236 (1.8)	254 (1.8)	221 (1.5)	
groupe 9 Toutes les présentations transverses (ut cicatriciel inclus)	49 (0.4)	57 (0.4)	61 (0.4)	72 (0.5)	
groupe 10 tous les singletons céphaliques ≤ 36 SA (ut cicatriciel inclus)	532 (4.2)	576 (4.3)	658 (4.7)	766 (5.4)	

Đóng góp của mỗi nhóm trong tỷ lệ chung LMT

Tỷ lệ mỗ

$$\text{Tỷ lệ} = (\text{số mỗ} / \text{tổng số}) \times 100$$

Tổng số đóng góp = tỷ lệ chung của MLT

Sự đóng góp của 1 nhóm :

Tỷ lệ mỗ của nhóm

Đóng góp của nhóm trong số sản phụ

	1995				2003				Comparaison entre 1995 et 2003		
	Nombre de césarienne	Taille relative du groupe (%)	Taux brut de césarienne (%)	Contribution(%)	Nombre de césarienne	Taille relative du groupe (%)	Taux brut de césarienne (%)	Contribution(%)	Δ du taux de césarienne	Δ de la contribution	IC 95%
Groupe 1	284/3493	27.7	8.1	2.2	324/3852	27.5	8.4	2.3	0.3	0.1	[-0.3 ; 0.5]
Groupe 2	388/1171	9.3	33.1	3.1	550/1451	10.3	37.9	3.9	4.8	0.8	[0.4 ; 1.2]
Groupe 3	59/4376	34.7	1.3	0.5	89/4562	32.5	2.0	0.7	0.7	0.2	[0.0 ; 0.4]
Groupe 4	144/1455	11.5	9.9	1.1	226/1423	10.1	15.9	1.6	6.0	0.5	[0.2 ; 0.8]
Groupe 5	526/894	7.1	58.8	4.2	698/1141	8.1	61.2	5.0	2.4	0.8	[0.3 ; 1.3]
Groupe 6	171/252	2.0	67.9	1.3	303/361	2.6	83.9	2.2	16.0	0.9	[0.6 ; 1.2]
Groupe 7	123/225	1.8	54.7	1.0	188/267	1.9	70.4	1.3	15.7	0.3	[0.0 ; 0.6]
Groupe 8	72/165	1.3	43.6	0.6	125/253	1.8	49.4	0.9	5.8	0.3	[0.1 ; 0.5]
Groupe 9	44/48	0.4	91.7	0.3	48/55	0.4	87.3	0.3	-4.4	0.0	[-0.1 ; 0.1]
Groupe 10	131/529	4.2	24.8	1.0	206/656	4.7	31.4	1.5	6.6	0.5	[0.2 ; 0.8]
Total	12608	100.0		15.4	14021	100.0		19.7		4.3	[3.4 ; 5.2]

Từ 1995 đến 2003, sự đóng góp vào tỷ lệ mổ lấy thai nói chung tăng ở tất cả các nhóm, trừ Nhóm 9.

	2003				2010				Comparaison entre 2003 et 2010		
	Nombre de césarienne	Taille relative du groupe (%)	Taux brut de césarienne (%)	Contribution(%)	Nombre de césarienne	Taille relative du groupe (%)	Taux brut de césarienne (%)	Contribution(%)	Δ du taux de césarienne	Δ de la contribution	IC 95%
Groupe 1	324/3852	27.5	8.4	2.3	403/3795	26.7	10.6	2.8	2.2	0.5	[0.1 ; 0.9]
Groupe 2	550/1451	10.3	37.9	3.9	556/1628	11.5	34.1	3.9	-3.8	0.0	[-0.5 ; 0.5]
Groupe 3	89/4562	32.5	2.0	0.7	93/4393	31.1	2.1	0.7	0.1	0.0	[-0.2 ; 0.2]
Groupe 4	226/1423	10.1	15.9	1.6	192/1418	10.0	13.5	1.4	-2.4	-0.2	[-0.5 ; 0.1]
Groupe 5	698/1141	8.1	61.2	5.0	817/1334	9.4	61.2	5.8	0.0	0.8	[0.3 ; 1.3]
Groupe 6	303/361	2.6	83.9	2.2	243/295	2.1	82.4	1.7	-1.5	-0.5	[-0.8 ; -0.2]
Groupe 7	188/267	1.9	70.4	1.3	177/259	1.8	68.3	1.2	-2.1	-0.1	[-0.4 ; 0.2]
Groupe 8	125/253	1.8	49.4	0.9	116/220	1.6	52.7	0.8	3.3	-0.1	[-0.3 ; 0.1]
Groupe 9	48/55	0.4	87.3	0.3	61/70	0.5	87.1	0.4	-0.2	0.1	[0.0 ; 0.2]
Groupe 10	206/656	4.7	31.4	1.5	242/762	5.4	31.8	1.7	0.4	0.2	[-0.1 ; 0.5]
Total	14021	100.0		19.7	14174	100.0		20.5		0.8	[-0.1 ; 1.7]

Từ 2003 đến 2010,
Tỷ lệ MLT ổn định hoặc giảm trong tất cả các nhóm,
ngoại trừ trong nhóm 1 và 5, tăng.

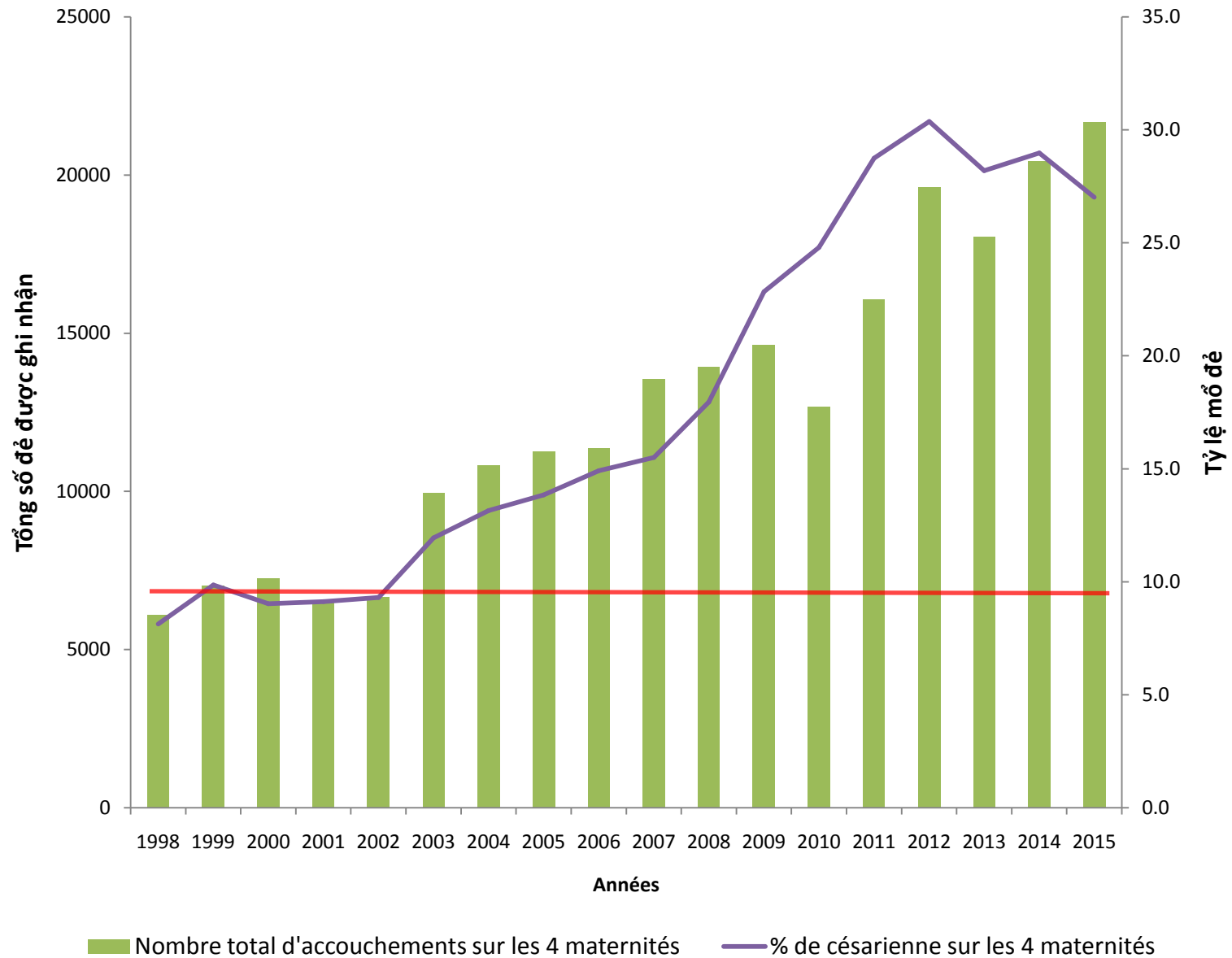
Giải thích kết quả

- **Tại Pháp, Tăng tỷ lệ MLT đến năm 2003 sau đó ổn định từ 2003 đến 2010 xung quanh 20%**
- **Trong 3 năm nghiên cứu, nhóm 5 (từ cung có sẹo) = đóng góp lớn nhất với tỷ lệ mổ lấy thai tổng thể (1/4 mổ đẻ)**
- **Từ 1995 đến 2003, sự đóng góp vào tỷ lệ mổ lấy thai tăng ở tất cả các nhóm**
- **Từ 2003 đến 2010, sự đóng góp vào tỷ lệ mổ lấy thai ổn định và giảm ở tất cả các nhóm, trừ nhóm 1 và 5 tăng.**
 - Trong nhóm 1 (Con so chuyển dạ tự nhiên) sự tăng được giải thích bởi tăng tỷ lệ mổ lấy thai trong nhóm.
 - Trong nhóm 5 (MC), sự tăng được giải thích bởi tăng kích thước của nhóm.

Thay đổi tỷ lệ MLT ở Phnom Penh - Cam - pu - chia Lợi ích của sự tiếp cận hỗn hợp

- Dữ liệu được ghi trong 4 thai kỳ để ước tính **tỷ lệ mổ lấy thai ở thủ đô** (n=21 673, khoảng 50% số ca đẻ ở Phnom Penh)
- **143 thai phụ** được hỏi đang ở cuối thai kỳ (Quý 3) và sau đẻ để xác định những yếu tố khác nhau liên quan đến MLT (Yếu tố về y tế, xã hội và nhân khẩu học)
- **31 cuộc phỏng vấn bán trực tiếp** được ghi (14 SF et GO, 10 thai phụ hoặc sản phụ, 7 đàn ông)

Kết quả 1: Tỷ lệ mổ đẻ ở Phnom Penh, Cam-pu-chia



Kết quả 2: Yếu tố liên quan đến MLT

Table 3: Factors independently associated with a cesarean delivery, multivariate logistic regression, Cambodia, 2014-2015

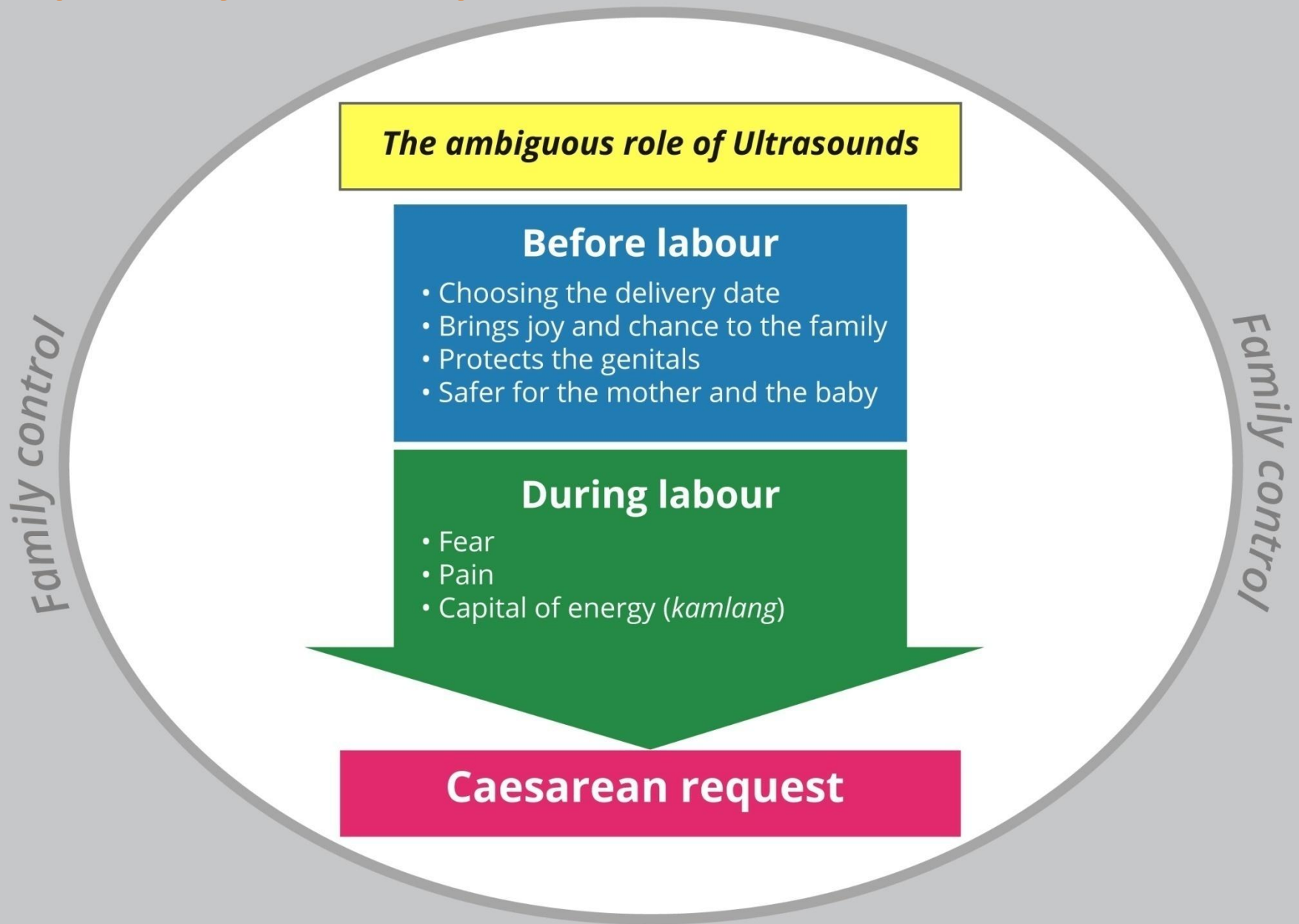
Factors	Odds Ratio [95% IC]		P>
History of c-section	27.1	[4.8 – 152.6]	<0.001
Family covering all or a part of the delivery costs	14.4	[2.5-84.7]	0.003
Delivery in a private facility	3.3	[1.1-10.2]	0.036
Above media age at 1rst intercourse	2.9	[1.1- 7.4]	0.031
Residing in Phnom Penh	0.3	[0.1 – 1.0]	0.046

Note:

ORs are only reported for factors independently associated with a c-delivery

AIC: 146.02; Log likelihood chi-square test: 53.81, $p < 0.001$; Area under ROC curve 0.8299;

Kết quả 3: Lý do mổ lấy thai



CẢM ƠN!
