

UNIVERSITÉ  
PARIS DESCARTES

CePeD

Centre  
Population  
& Développement

# THỰC TRẠNG VÀ THỰC HÀNH CẮT TẦNG SINH MÔN tại PHNOM PENH, Cam-pu-chia

16<sup>ème</sup> Congrès de Gynécologie Obstétrique  
Viêt Nam- France- Asie-Pacifique

Ha Noi

17 Mai 2016

Clémence Schantz



មជ្ឈមណ្ឌលខេមរសិក្សា

Center for Khmer Studies  
Centre d'Etudes Khmères

Siem Reap, Cambodia



Institut Pasteur  
du Cambodge

# Xây dựng nghiên cứu

- Doctorat xã hội - nhân khẩu học cho sức khỏe mẹ ở Phnom Penh, Campuchia (2013-2016): bao nhiêu? Tại sao?
- Đồng thuận của hội đồng đạo đức của Bộ Y tế Campuchia (NECHR, Ministry of Health)
- Sự giúp đỡ của Professeur Kruey Leang Sim
- Hợp tác với 1 Bs Campuchia (Dr So Sudaroth)
- Hỗ trợ và sự tham gia của 1 nhóm

## Reasons for routine episiotomy: A mixed-methods study in a large maternity hospital in Phnom Penh, Cambodia

Clémence Schantz,<sup>a</sup> Kruey Leang Sim,<sup>b</sup> Ek Meng Ly,<sup>b</sup> Hubert Barennes,<sup>c,d</sup> So Sudaroth,<sup>b</sup> Sophie Goyet<sup>e</sup>

a Centre Population & Développement (CEPED)-UMR 196: IRD (Institut de Recherche pour le Développement) and Université Paris Descartes, Paris, France. *Correspondence:* [clemschantz@hotmail.com](mailto:clemschantz@hotmail.com)

b Calmette Maternity Hospital, Phnom Penh, Cambodia

c ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le VIH et les Hépatites), and Epidemiology Unit, Pasteur Institute, Phnom Penh, Cambodia

d Isped (Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement), Centre INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) U897-Epidémiologie-Biostatistique, Université de Bordeaux, Bordeaux, France

e Independent Researcher, Annecy le Vieux, France

# Phương pháp hỗn hợp

- Quan sát viên (tổng số 10 tháng)
- Báo cáo hàng ngày 2013
- Mẫu ngẫu nhiên 365 ca đẻ đường âm đạo năm 2013
- Phỏng vấn với
  - 11 bs sản phụ khoa và nữ hộ sinh
  - 11 sản phụ sau đẻ

# Kết quả (1/3)

- 2013, 8842 ca đẻ ở BV Calmette ở Phnom Penh
- **71% đẻ đường dưới (n=6243)**
- **92% ca cắt tầng sinh môn (n=5745)**  
→ cắt tầng sinh môn 1 cách hệ thống

# Kết quả (2/3)

Mẫu: 94,5% ca cắt TSM

**Table 1: Univariate analysis of factors associated with episiotomy, Cambodia, Calmette Hospital, 2013, n=365 deliveries**

	no Episiotomy n=20		Episiotomy n=345		Total N=365		Comparison		
	n	%	n	%	N	%	Odd Ratio	CI 95%	P
<b>Parity</b>									
Nulliparous women	3	15,0	192	55,6	195	53,4	7,1	2.0 - 24.7	0,002
Multiparous women	17	85,0	153	44,4	170	46,6	reference		
<b>Term of pregnancy at delivery</b>									0,219
at term	18	90,0	328	95,1	346	94,8	reference	-	-
premature (<37 SA)	1	5,0	14	4,1	15	4,1	0,8	0.1 - 6.2	0,804
very premature (<32 SA)	1	5,0	3	0,9	4	1,1	0,2	0.0 - 1.7	0,126
<b>Newborn birth weight</b>									0,138
normal birth weight	17	85,0	323	93,6	340	93,1	reference	-	-
low birth weight (1500 <2500 g)	3	15,0	22	6,4	25	6,9	0,4	0.1 - 1.4	0,152
very low birth weight (<1500 g)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	omitted	-	-
<b>Type of delivery</b>									0,212
normal	20	100,0	320	92,7	340	93,1	reference	-	-
vacuum extraction	0	0,0	25	7,2	25	6,9	omitted	-	-
<b>Mother's height<sup>1</sup></b>									
median in cm (IQR <sup>2</sup> )	157	154 - 159.5	156	153 - 160	156	153 - 160			0,813
<b>Mother's weight gain</b>									0,879
0 to 9.9 kg	6	30,0	86	24,9	92	25,2	reference	-	-
+ 10 to 15.9 kg	8	40,0	148	42,9	156	42,7	1,3	0.4 - 3.8	0,647
+ 15 kg	6	30,0	111	32,2	117	32,0	1,3	0.4 - 4.1	0,668

**Notes**

1: n=300 women with episiotomy

2: IQR: interquartile range

# Kết quả (2/3)

Mẫu: 94,5% ca cắt TSM

**Table 1: Univariate analysis of factors associated with episiotomy, Cambodia, Calmette Hospital, 2013, n=365 deliveries**

	no Episiotomy n=20		Episiotomy n=345		Total N=365		Comparison		
	n	%	n	%	N	%	Odd Ratio	CI 95%	P
<b>Parity</b>									
Nulliparous women	3	15,0	192	55,6	195	53,4	7,1	2.0 - 24.7	0,002
Multiparous women	17	85,0	153	44,4	170	46,6	reference		
<b>Term of pregnancy at delivery</b>									0,219
at term	18	90,0	328	95,1	346	94,8	reference	-	-
premature (<37 SA)	1	5,0	14	4,1	15	4,1	0,8	0.1 - 6.2	0,804
very premature (<32 SA)	1	5,0	3	0,9	4	1,1	0,2	0.0 - 1.7	0,126
<b>Newborn birth weight</b>									0,138
normal birth weight	17	85,0	323	93,6	340	93,1	reference	-	-
low birth weight (1500 <2500 g)	3	15,0	22	6,4	25	6,9	0,4	0.1 - 1.4	0,152
very low birth weight (<1500 g)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	omitted	-	-
<b>Type of delivery</b>									0,212
normal	20	100,0	320	92,7	340	93,1	reference	-	-
vacuum extraction	0	0,0	25	7,2	25	6,9	omitted	-	-
<b>Mother's height<sup>1</sup></b>									
median in cm (IQR <sup>2</sup> )	157	154 - 159.5	156	153 - 160	156	153 - 160			0,813
<b>Mother's weight gain</b>									0,879
0 to 9.9 kg	6	30,0	86	24,9	92	25,2	reference	-	-
+ 10 to 15.9 kg	8	40,0	148	42,9	156	42,7	1,3	0.4 - 3.8	0,647
+ 15 kg	6	30,0	111	32,2	117	32,0	1,3	0.4 - 4.1	0,668

**Notes**

1: n=300 women with episiotomy

2: IQR: interquartile range

# Kết quả (2/3)

Mẫu: 94,5% ca cắt TSM

**Table 1: Univariate analysis of factors associated with episiotomy, Cambodia, Calmette Hospital, 2013, n=365 deliveries**

	no Episiotomy n=20		Episiotomy n=345		Total N=365		Comparison		P
	n	%	n	%	N	%	Odd Ratio	CI 95%	
<b>Parity</b>									
Nulliparous women	3	15,0	192	55,6	195	53,4	7,1	2,0 - 24,7	0,002
Multiparous women	17	85,0	153	44,4	170	46,6	reference		
<b>Term of pregnancy at delivery</b>									0,219
at term	18	90,0	328	95,1	346	94,8	reference	-	-
premature (<37 SA)	1	5,0	14	4,1	15	4,1	0,8	0.1 - 6.2	0,804
very premature (<32 SA)	1	5,0	3	0,9	4	1,1	0,2	0.0 - 1.7	0,126
<b>Newborn birth weight</b>									0,138
normal birth weight	17	85,0	323	93,6	340	93,1	reference	-	-
low birth weight (1500 <2500 g)	3	15,0	22	6,4	25	6,9	0,4	0.1 - 1.4	0,152
very low birth weight (<1500 g)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	omitted	-	-
<b>Type of delivery</b>									0,212
normal	20	100,0	320	92,7	340	93,1	reference	-	-
vacuum extraction	0	0,0	25	7,2	25	6,9	omitted	-	-
<b>Mother's height<sup>1</sup></b>									
median in cm (IQR <sup>2</sup> )	157	154 - 159.5	156	153 - 160	156	153 - 160			0,813
<b>Mother's weight gain</b>									0,879
0 to 9.9 kg	6	30,0	86	24,9	92	25,2	reference	-	-
+ 10 to 15.9 kg	8	40,0	148	42,9	156	42,7	1,3	0.4 - 3.8	0,647
+ 15 kg	6	30,0	111	32,2	117	32,0	1,3	0.4 - 4.1	0,668

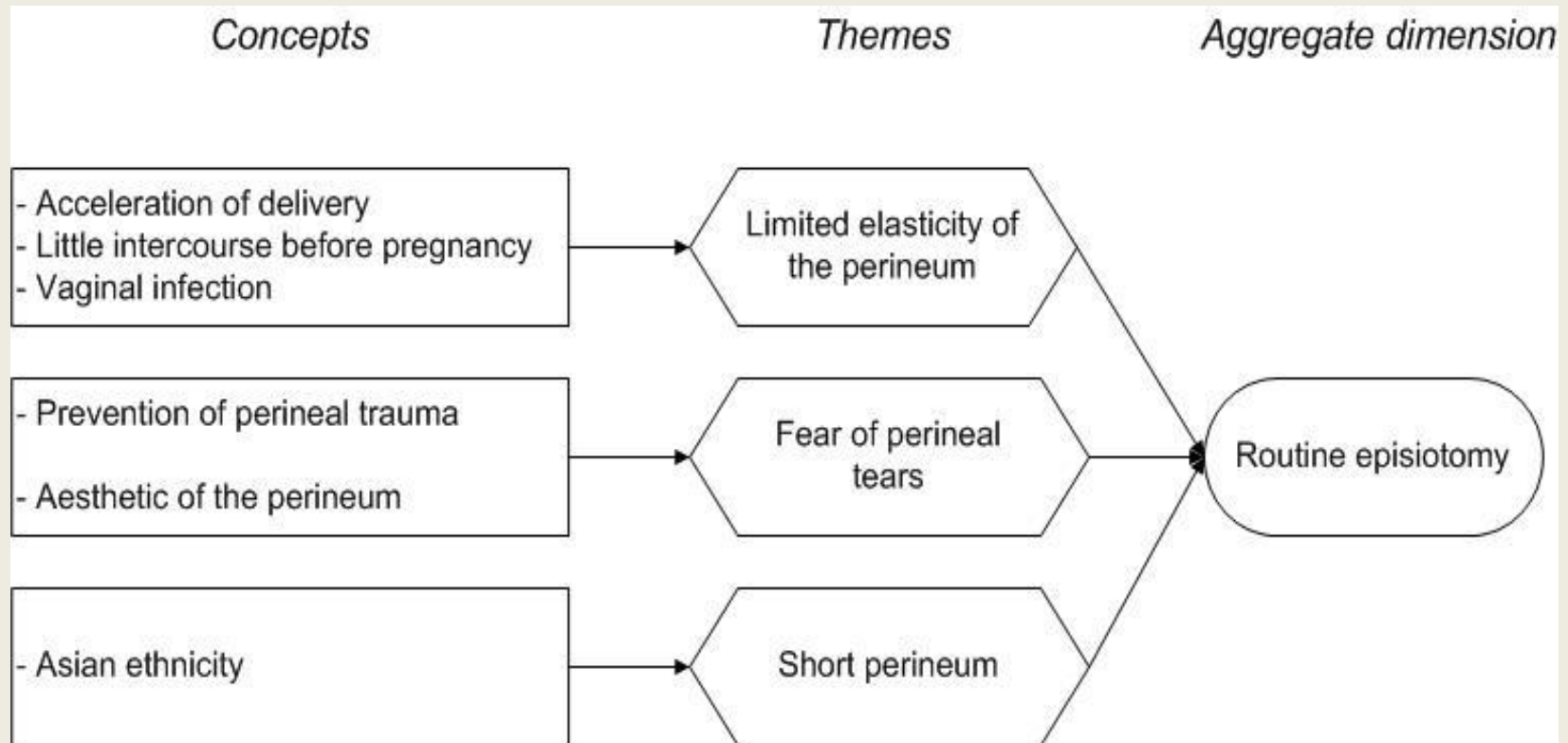
**Notes**

1: n=300 women with episiotomy

2: IQR: interquartile range



# Những lý do cần cắt TSM 1 cách hệ thống



Schantz, Clémence, Kruey Leang Sim, Ek Meng Ly, Hubert Barennes, So Sudaroth, et Sophie Goyet. 2015. « Reasons for Routine Episiotomy: A Mixed-Methods Study in a Large Maternity Hospital in Phnom Penh, Cambodia ». *Reproductive Health Matters* 23 (2015): 68-77. doi:10.1016/j.rhm.2015.06.012.

# Tỷ lệ cắt TSM trên thế giới 2000

- 9,7% ở Suède// 100% ở Đài Loan
- Tại châu á:
  - 82% ở Trung Quốc
  - > 85% ở Việt Nam
  - 91% ở Népal (Con so); 98% ở Hong Kong

# Đặt câu hỏi

- Từ 1996, việc cắt TSM 1 cách hệ thống được đặt câu hỏi
- **Publication Cochrane en 2009** (Nghiên cứu tổng hợp)  
→ Cắt TSM 1 cách hệ thống (so với hạn chế cắt):
  - Rò
  - Tăng mất máu
  - Tụ máu
  - Đau
  - Phù nề
  - Nhiễm trùng
  - Giao hợp đau
  - Chi phí kinh tế

# Khuyến nghị quốc tế

- HẠN CHẾ cắt tầng sinh môn có nhiều lợi ích hơn so với cắt 1 cách HỆ THỐNG
- **OMS 2003** (Organisation Mondiale de la Santé)
- **CNGOF 2005** (Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France)
- **RCOG 2012** (Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, UK)

# OMS 2003

« Hạn chế việc cắt tầng sinh môn trong chỉ định nghiêm ngặt có một số lợi ích: giảm chấn thương vùng tầng sinh môn sau sinh, sự cần thiết phải khâu và các biến chứng. **Cắt tầng sinh môn không làm giảm đau hoặc chấn thương nghiêm trọng đường âm đạo và đáy chậu**, nhưng có thể làm giảm nguy cơ chấn thương đáy chậu trước »

- Liljestrand, J. 2003. « Episiotomy for vaginal birth: RHL commentary (last revised: 20 Octobre 2003) ». The WHO Reproductive Health Library.

## CNGOF 2005

- « Cần phải có một chính sách khuyến khích để dần dần hạ thấp tỷ lệ cắt tầng sinh môn ở Pháp **dưới 30%** »
- Không có chỉ định 1 cách hệ thống
- « Trong những tình huống sản khoa cụ thể, cắt tầng sinh môn có thể hữu ích dựa trên **chuyên môn lâm sàng của bác sĩ sản khoa** »

CNGOF. 2005. « L'épisiotomie. Recommandations pour la pratique clinique ».

Cắt TSM hạn chế có thể phổ thông ở  
Cambodge?

- Lý do của những nhân viên y tế Campuchia: đáy chậu ngắn hơn, cứng hơn, kém đàn hồi, vv
- Huyền thoại về người phụ nữ Châu Á / Campuchia hay trên thực tế?

→ Trình bày 3 nghiên cứu



# 1/ Đo khoảng cách hậu môn – âm hộ

Int Urogynecol J (2009) 20:1361–1364

DOI 10.1007/s00192-009-0959-x

---

ORIGINAL ARTICLE

## **Perineal length: norms in gravid women in the first stage of labour**

**Anupreet Dua · Melissa Whitworth · Annette Dugdale ·  
Simon Hill**

Received: 12 January 2009 / Accepted: 23 June 2009 / Published online: 1 August 2009

© The International Urogynecological Association 2009

- 984 phụ nữ; 2005-2007; UK
- So sánh những phụ nữ caucasiennes với phụ nữ châu á (nút thớ trung tâm)
- Pha 1 chuyển dạ
  
- Caucasiennes ( $n=734$ ): **3,7 +/- 0,9 cm**
- Asiatiques ( $n=250$ ): **3,6 +/- 0,9 cm**

→ **Khác biệt không có ý nghĩa**

Dua, Anupreet, Melissa Whitworth, Annette Dugdale, et Simon Hill. 2009.  
« Perineal Length: Norms in Gravid Women in the First Stage of Labour ». *International Urogynecology Journal* 20 (11): 1361-64.

# 2/ Hạn chế cắt TSM và phụ nữ Trung Quốc

*The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, December 2009; 22(12): 1116–1121

**informa**  
healthcare

## **Is the policy of restrictive episiotomy generalisable? A prospective observational study**

CHIT YING LAI, HIU WAH CHEUNG, TERENCE TZU HSI LAO, TZE KIN LAU, & TAK YEUNG LEUNG

*Department of Obstetrics and Gynaecology, Prince of Wales Hospital, The Chinese University of Hong Kong, Shatin, Hong Kong, China SAR*

- Nghiên cứu tiến cứu 2007-2008 / 429 phụ nữ
- Bệnh viện đại học Hong Kong
  
- Đo khoảng cách ano-vulvaire ở 3 thời điểm:
  - Đầu pha 1 chuyển dạ: 38,8 mm (+/- 7,9)
  - = tương tự nghiên cứu ở USA, Israël et Turquie
  - Đầu pha 2 chuyển dạ: 49,4 mm (+/- 8,1)
  - Trong khi rặn: 59,4 mm (+/- 9,4)

# Tỷ lệ cắt TSM năm 2006

- Hong Kong: 85,5%
- Bệnh viện đại học: 73,3% → 26,8%

**Không rách độ 3 hoặc độ 4**

Lai, Chit Ying, Hiu Wah Cheung, Terence Tzu Hsi Lao, Tze Kin Lau, et Tak Yeung Leung. 2009. « Is the Policy of Restrictive Episiotomy Generalisable? A Prospective Observational Study ». *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 22 (12): 1116-21.

# 3/ Hạn chế cắt TSm và phụ nữ Việt Nam

Research

## Episiotomy rate in Vietnamese-born women in Australia: support for a change in obstetric practice in Viet Nam

Anh T Trinh,<sup>a</sup> Amina Khambalia,<sup>b</sup> Amanda Ampt,<sup>b</sup> Jonathan M Morris<sup>c</sup> & Christine L Roberts<sup>b</sup>

**Objective** To describe the use of episiotomy among Vietnamese-born women in Australia, including risk factors for, and pregnancy outcomes associated with, episiotomy.

**Methods** This population-based, retrospective cohort study included data on 598 305 singleton, term (i.e.  $\geq 37$  weeks' gestation) and vertex-presenting vaginal births between 2001 and 2010. Data were obtained from linked, validated, population-level birth and hospitalization data sets. Contingency tables and multivariate analysis were used to compare risk factors and pregnancy outcomes in women who did or did not have an episiotomy.

**Findings** The episiotomy rate in 12 208 Vietnamese-born women was 29.9%, compared with 15.1% in Australian-born women. Among Vietnamese-born women, those who had an episiotomy were significantly more likely than those who did not to be primiparous, give birth in a private hospital, have induced labour or undergo instrumental delivery. In these women, having an episiotomy was associated with postpartum haemorrhage (adjusted odds ratio, aOR: 1.26; 95% confidence interval, CI: 1.08–1.46) and postnatal hospitalization for more than 4 days (aOR: 1.14; 95% CI: 1.00–1.29). Among multiparous women only, episiotomy was positively associated with a third- or fourth-degree perineal tear (aOR: 2.00; 95% CI: 1.31–3.06); in contrast, among primiparous women the association was negative (aOR: 0.47; 95% CI: 0.37–0.60).

**Conclusion** Episiotomy was performed in far fewer Vietnamese-born women giving birth in Australia than in Viet Nam, where more than 85% undergo the procedure, and was not associated with adverse outcomes. A lower episiotomy rate should be achievable in Viet Nam.

Australie, nghiên cứu hồi cứu, 2001-2010 đơn thai,  
đẻ đủ tháng, PC (598 305 ca đẻ)

Tổng số: 16,9% cắt TSM

Australiennes: 15,1% // Vietnamiennes: 29,9%

Y văn: Việt Nam: 85% Cắt TSM và 100% với con so

- → Nghiên cứu chỉ ra rằng phụ nữ Việt Nam được cắt TSM nhiều hơn gấp 2 lần phụ nữ Úc, nhưng tỷ lệ rách phức tạp ít hơn 3 lần

Trinh, Anh T, Amina Khambalia, Amanda Ampt, Jonathan M Morris, et Christine L Roberts. 2013. « Episiotomy rate in Vietnamese-born women in Australia: support for a change in obstetric practice in Viet Nam ». *Bulletin of the World Health Organization* 91 (5): 350-56. doi:10.2471/BLT.12.114314.

# Kết luận và triển vọng

- Giảm tỷ lệ cắt TSM là có thể ở khu vực Đông Nam Á
- Thực hiện 1 cách hạn chế tùy từng trường hợp sau khi đánh giá kỹ (SFA++)