BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG
National Hospital of Obstetrics and Gynecology

cesaria
BÉNIN • FRANCE • MALI
CAMBODGE • VIỆT NAM

Mổ lấy thai có thể tránh được ở một bệnh viện tại Việt Nam: Quan điểm của người cung cấp dịch vụ y tế

Pascale FAGGIANELLI MD
Consultant for UNFPA

Mục tiêu

Đánh giá thực hành mổ lấy thai tại BV Phụ sản Trung Ương

- Hiểu và mô tả tổ chức chăm sóc
- Phân tích thực hành và chỉ định mổ lấy thai

➢ *Hiểu được lý do tỷ lệ mổ lấy thai cao từ quan điểm của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe*

Phương pháp:

Nguồn dữ liệu

Các trường hợp mổ lấy thai từ 1/4 – 19/4/2017

Khai sinh và quan sát

Phân tích tổ chức chăm sóc

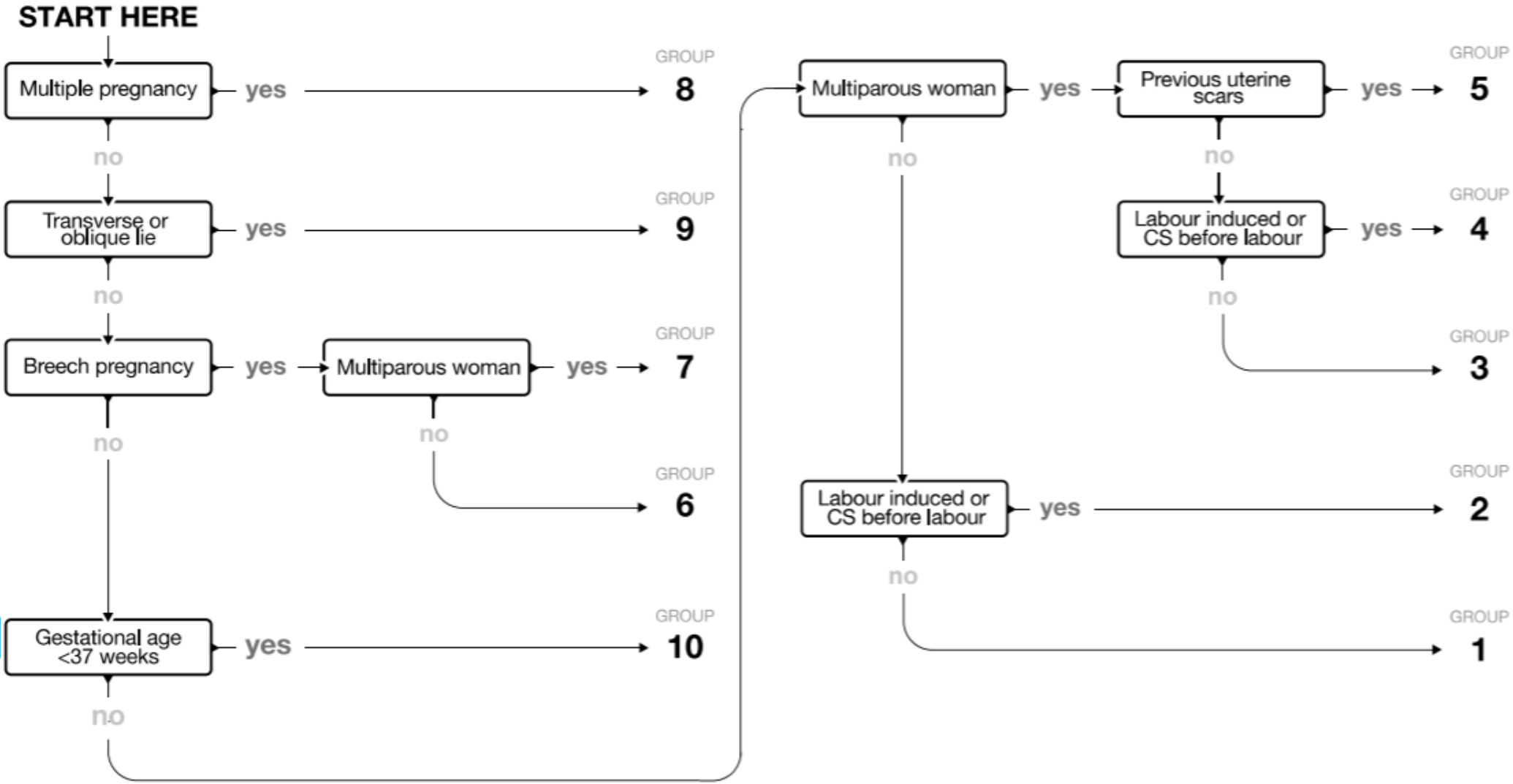
Phỏng vấn và quan sát

Phân tích thực hành và chỉ định mổ lấy thai

Phân loại Robson

Kiểm tra chỉ định mổ lấy thai (flow chart)

Biểu đồ lưu lượng để phân loại phụ nữ trong phân loại Robson



Adapted from Nassar LF, Sancho HD. Instrucción de Robson . v.0.1-1. 2015/06/08. Caja Costarricense de Seguro Social)

GROUP 6

- Nulliparus
- Singleton
- Breech pregnancy

GROUP 7

- Multiparous
- Singleton
- Breech pregnancy
- Including women with previous uterine scar

This Classification System for Caesarean Sections is a tool to assist facilities and countries to study caesarean sections in more homogeneous groups of women and in an action-oriented manner.

LEGEND

- Spontaneous labour
- Missing data
- CS Caesarean section
- C Previous caesarean section

GROUP 1

- Nulliparous
- Singleton
- Cephalic
- Term
- Spontaneous labour

GROUP 1

- Nulliparous
- Singleton
- Cephalic
- Term
- Spontaneous labour

GROUP 10

- Singleton
- Cephalic
- Preterm
- Including women with previous uterine scar

GROUP 99

- Women with missing data

GROUP 4

- Multiparous (without previous CS)
- Singleton
- Cephalic
- Term
- Induced labour or pre-labour CS

GROUP 5

- Multiparous
- Singleton
- Cephalic
- Term
- Previous uterine scar

FLOWCHART for C-section making decision: Degree of contraindications to a vaginal birth

Sources Recommandations: NICE/ CNGOF/ ACOG/ OMS

Vaginal birth is a contraindication

- Previous Vertical Corporeal Hystérotomy
- Previous Polymyomectomy
- Previous utérine ruptured
- Previous strictly more than 2 C-sections
- Présentation transverse, oblique
- Triplet or more
- Abnormal placenta with no possibility for a vaginal delivery
- Macrosomia > 5000 gr without diabete
- Macrosomia > 4500 gr with diabète
- Previous shoulder dystocia with plexus injury AND macrosomia
- HIV > 400 copies VIH/ml
- ColnfectionVIH/VHC (accord expert)
- Previous primo infection HSV AFTER 33 WG

To be discuss on a case by case basis:

- Some fœtal malformations
- Some maternal deseases such avec neuro vascular hemorrhage (malformation)
- Previous fistula OR 3rd or 4th degree perineal tears OR perineal surgery

→ Not avoidable

Vaginal birth is possible on specific circumstances

- Previous C-section less than 6 months before new pregnancy
- No report available of the previous C-section
- TWINS with T1 in breech P
- Breech presentation
- Macrosomia > 4500 gr without diabète
- Macrosomie > 4250 gr wtih diabète
- Previous shoulder dystocia with plexus injury WITHOUT macrosomia
- Asymmetric pelvis (polio, traumatism...)
- Uterovaginal Anatomic anomaly
- Previous uterine septum with resection

→ Potentially avoidable

Vaginal birth is not contra-indicated

→ Avoidable

C-section during labor Not included in the analyze

29. FHR anomalies
30. Obstructed labor
31. No progression
32. Failed induction

→ Exclusion

FLOWCHART for C-section making decision: Degree of contraindications to a vaginal birth

Sources Recommandations: NICE/ CNGOF/ ACOG/ OMS

Vaginal birth is a contraindication

- Previous Vertical Corporeal Hystérotomy
- Previous Polymyomectomy
- Previous utérine ruptured
- Previous strictly more than 2 C-sections
- Présentation transverse, oblique
- Triplet or more
- Abnormal placenta with no possibility for a vaginal delivery
- Macrosomia > 5000 gr without diabete
- Macrosomia > 4500 gr with diabète
- Previous shoulder dystocia with plexus injury AND macrosomia
- HIV > 400 copies VIH/ml
- ColnfectionVIH/VHC (accord expert)
- Previous primo infection HSV AFTER 33 WG

To be discuss on a case by case basis:

- Some fœtal malformations
- Some maternal deseases such avec neuro vascular hemorrhage (malformation)
- Previous fistula OR 3rd or 4th degree perineal tears OR perineal surgery

Not avoidable

Vaginal birth is possible on specific circumstances

- Previous C-section less than 6 months before new pregnancy
- No report available of the previous C-section
- TWINS with T1 in breech P
- Breech presentation
- Macrosomia > 4500 gr without diabète
- Macrosomie > 4250 gr wtih diabète
- Previous shoulder dystocia with plexus injury WITHOUT macrosomia
- Asymmetric pelvis (polio, traumatism...)
- Uterovaginal Anatomic anomaly
- Previous uterine septum with resection

Potentially avoidable

Vaginal birth is not contra-indicated

Avoidable

C-section during labor Not included in the analyze

29. FHR anomalies
30. Obstructed labor
31. No progression
32. Failed induction

Exclusion

FLOWCHART for C-section making decision: Degree of contraindications to a vaginal birth

Sources Recommandations: NICE/ CNGOF/ ACOG/ OMS

Vaginal birth is a contraindication

- Previous Vertical Corporeal Hystérotomy
- Previous Polymyomectomy
- Previous utérine ruptured
- Previous strictly more than 2 C-sections
- Présentation transverse, oblique
- Triplet or more
- Abnormal placenta with no possibility for a vaginal delivery
- Macrosomia > 5000 gr without diabete
- Macrosomia > 4500 gr with diabète
- Previous shoulder dystocia with plexus injury AND macrosomia
- HIV > 400 copies VIH/ml
- CoInfection VIH/VHC (accord expert)
- Previous primo infection HSV AFTER 33 WG

To be discuss on a case by case basis:

- Some fœtal malformations
- Some maternal deseases such avec neuro vascular hemorrhage (malformation)
- Previous fistula OR 3rd or 4th degree perineal tears OR perineal surgery

Not avoidable

Vaginal birth is possible on specific circumstances

- Previous C-section less than 6 months before new pregnancy
- No report available of the previous C-section
- TWINS with T1 in breech P
- Breech presentation
- Macrosomia > 4500 gr without diabète
- Macrosomie > 4250 gr wtih diabète
- Previous shoulder dystocia with plexus injury WITHOUT macrosomia
- Asymmetric pelvis (polio, traumatism...)
- Uterovaginal Anatomic anomaly
- Previous uterine septum with resection

Potentially avoidable

Vaginal birth is not contra-indicated

Avoidable

C-section during labor Not included in the analyze

29. FHR anomalies
30. Obstructed labor
31. No progression
32. Failed induction

Exclusion

Kết quả: Robson (1)

Robson « modified » with birth between 01 to 19 April 2017(n=837)

Groups	C-sections (n)	Women delivered (n)	Relative group size to overall facility (%)	CS rate in each group (%)	Absolute group contribution to overall CS rate (%)	Relative contribution of each of the 10 groups to overall CS rate (%)
1 & 2 Primipara LR*	105	250	29,87	42,00	12,54	22,53
3 & 4 Multipara LR*	56	214	26,57	26,17	6,69	12,02
5 Previous scar	166	166	19,83	100,00	19,83	35,62
6 Primipara breech	19	22	2,63	86,36	2,27	4,08
7 Multipara breech	22	26	3,11	84,62	2,63	4,72
8 Twins	55	59	7,05	92,22	6,57	11,80
9 Transverse	11	11	1,31	100,00	1,31	2,36
10 Under 37 LMP	32	89	10,63	35,96	3,82	6,87
Total	466	837	100	55,68	55,68	100,00

* LR : Low risk

Tỷ lệ toàn cầu

Kết quả: Robson (2)

Robson « modified » with birth between 01 to 19 April 2017(n=837)

Groups	C-sections (n)	Women delivered (n)	Relative group size to overall facility (%)	CS rate in each group (%)	Absolute group contribution to overall CS rate (%)	Relative contribution of each of the 10 groups to overall CS rate (%)
1 & 2 Primipara LR*	105	250	29,87	42,00	12,54	22,53
3 & 4 Multipara LR*	56	214	26,57	26,17	6,69	12,02
5 Previous scar	166	166	19,83	100,00	19,83	35,62
6 Primipara breech	19	22	2,63	86,36	2,27	4,08
7 Multipara breech	22	26	3,11	84,62	2,63	4,72
8 Twins	55	59	7,05	92,22	6,57	11,80
9 Transverse	11	11	1,31	100,00	1,31	2,36
10 Under 37 LMP	32	89	10,63	35,96	3,82	6,87
Total	466	837	100	55,68	55,68	100,00

* LR : Low risk

Kết quả: Robson (3)

Robson « modified » with birth between 01 to 19 April 2017(n=837)

Groups	C-sections (n)	Women delivered (n)	Relative group size to overall facility (%)	CS rate in each group (%)	Absolute group contribution to overall CS rate (%)	Relative contribution of each of the 10 groups to overall CS rate (%)
1 & 2 Primipara LR*	105	250	29,87	42,00	12,54	22,53
3 & 4 Multipara LR*	56	214	26,57	26,17	6,69	12,02
5 Previous scar	166	166	19,83	100,00	19,83	35,62
6 Primipara breech	19	22	2,63	86,36	2,27	4,08
7 Multipara breech	22	26	3,11	84,62	2,63	4,72
8 Twins	55	59	7,05	92,22	6,57	11,80
9 Transverse	11	11	1,31	100,00	1,31	2,36
10 Under 37 LMP	32	89	10,63	35,96	3,82	6,87
Total	466	837	100	55,68	55,68	100,00

* LR : Low risk

Thực hành mổ lấy thai

Các chỉ định chính (n tổng = 466 Mổ lấy thai):

- Sẹo mổ lấy thai cũ 45% (206/466)
- IVF 14% (67/466)
- Song thai 13% (59/466)
- Ngôi mông 10% (48/466)

- Chiếm 80% tổng số mổ lấy thai (380/466)
- 4 nhóm chính với100% mổ lấy thai

FLOWCHART for C-section making decision: Degree of contraindications to a vaginal birth

Sources Recommandations: NICE/ CNGOF/ ACOG/ OMS

Vaginal birth is a contraindication

- Previous Vertical Corporeal Hystérotomy
- Previous Polymyomectomy
- Previous utérine ruptured
- Previous strictly more than 2 C-sections
- Présentation transverse, oblique
- Triplet or more
- Abnormal placenta with no possibility for a vaginal delivery
- Macrosomia > 5000 gr without diabete
- Macrosomia > 4500 gr with diabète
- Previous shoulder dystocia with plexus injury AND macrosomia
- HIV > 400 copies VIH/ml
- ColnfectionVIH/VHC (accord expert)
- Previous primo infection HSV AFTER 33 WG

To be discuss on a case by case basis:

- Some fœtal malformations
- Some maternal deseases such avec neuro vascular hemorrhage (malformation)
- Previous fistula OR 3rd or 4th degree perineal tears OR perineal surgery

Not avoidable

Vaginal birth is possible on specific circumstances

- Previous C-section less than 6 months before new pregnancy
- No report available of the previous C-section
- TWINS with T1 in breech P
- Breech presentation
- Macrosomia > 4500 gr without diabète
- Macrosomie > 4250 gr wtih diabète
- Previous shoulder dystocia with plexus injury WITHOUT macrosomia
- Asymmetric pelvis (polio, traumatism...)
- Uterovaginal Anatomic anomaly
- Previous uterine septum with resection

Potentially avoidable

Vaginal birth is not contra-indicated

Avoidable

C-section during labor Not included in the analyze

29. FHR anomalies
30. Obstructed labor
31. No progression
32. Failed induction

Exclusion

Mổ lấy thai trong biểu đồ lưu lượng: Tổng hợp

Một nửa số trường hợp mổ lấy thai là có thể tránh được

Các nhóm nguy cơ thấp (1 to 4) và sẹo mổ lấy thai cũ (5):

- Chiếm phần lớn các trường hợp (85%)

	Nhóm Robson						
Phân loại	1 & 2	3 & 4	5	6 &7	8	9	10
Chống chỉ định tuyệt đối	3 (2.9%)	15 (26.8%)	7 (4.2%)	3 (7.5%)	2 (3.6%)	12 (100%)	12 (37.5%)
Chống chỉ định tương đối	2 (1.9%)	0 (0.0%)	33 (19.9%)	37 (92.5%)	11 (20.0%)	0 (0.0%)	1 (3.1%)
Có thể tránh được	50 (47.6%)	23 (41.1%)	125 (75.3%)	0 (0.0%)	26 (47.3%)	0 (0.0%)	8 (25%)
Trong chuyển dạ	49 (47.6%)	18 (32.1%)	1 (0.6%)	0 (0.0%)	16 (29.1%)	0 (0.0%)	11 (34.4%)
Tổng	105 (100.0%)	56 (100.0%)	166 (100.0%)	40 (100.0%)	55 (100.0%)	12 (100%)	32 (100.0%)

Mổ lấy thai trong biểu đồ lưu lượng: Tổng hợp

Nhóm nguy cơ thấp đơn độc (1 đến 4): 161 trường hợp

➢ Gần như có thể tránh được (n=73)

	Nhóm Robson						
Phân loại	1 & 2	3 & 4	5	6 &7	8	9	10
Chống chỉ định tuyệt đối	3 (2.9%)	15 (26.8%)	7 (4.2%)	3 (7.5%)	2 (3.6%)	12 (100%)	12 (37.5%)
Chống chỉ định tuyệt đối	2 (1.9%)	0 (0.0%)	33 (19.9%)	37 (92.5%)	11 (20.0%)	0 (0.0%)	1 (3.1%)
Có thể tránh được	50 (47.6%)	23 (41.1%)	125 (75.3%)	0 (0.0%)	26 (47.3%)	0 (0.0%)	8 (25%)
Trong chuyển dạ	49 (47.6%)	18 (32.1%)	1 (0.6%)	0 (0.0%)	16 (29.1%)	0 (0.0%)	11 (34.4%)
Tổng	105 (100.0%)	56 (100.0%)	166 (100.0%)	40 (100.0%)	55 (100.0%)	12 (100%)	32 (100.0%)

Mổ lấy thai có thể tránh được giữa nhóm 1 và 4 (Nhóm nguy cơ thấp)

Gần như một nửa số TH có thể tránh được (73/161; 45%)

Nhóm chính

- IVF: 30%
- Thai to: 29%

Chỉ định	Nb
Tuổi mẹ	3
Tiền sử đẻ Forceps	1
Tiền sử thai lưu đủ tháng	4
Theo yêu cầu	5
Đái tháo đường	2
IVF	22
Trĩ	2
Tăng huyết áp	3
Đa ối (ILA 99)	1
U buồng trứng của mẹ	1
Nghi ngờ thai to	21
Rau tiền đạo(> 2cm from the cervix)	1
Thai chậm phát triển trong TC	1
Ối vỡ sớm	1
Mẹ thấp	5
Tổng	73

Phỏng vấn và thảo luận không chính thức với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe

- Sợ hậu quả của sự bất mãn của BN
- Sợ những lời chỉ trích của hệ thống truyền thông
- Sợ rủi ro tư pháp (vấn đề với tình trạng BS)
- Tư vấn không đủ lâu để thiết lập một quyết định được chia sẻ
  - ➢ Dẫn đến quyết định mổ lấy thai có hệ thống

Y học phòng thủ và thái độ của bác sỹ

- Khái niệm xuất hiện ở Mỹ những năm 90
- Chỉ định không cần thiết với mục đích duy nhất là bảo vệ chính mình chống lại các khiếu nại có thể xảy ra từ BN
- Tránh các hành vi có thể có nguy cơ thất bại (hoặc kết quả không chắc chắn)

Y học phòng thủ trên mạng

« Y học phòng thủ »

- Google: 171000 kết quả
- Google Sholar: 17800 kết quả
- Pubmed: 3005 kết quả

«Một lệnh cấm chăm sóc sức khỏe », « Thực hành cách mạng », «Một phương thuốc trị bệnh đáng giá hơn bệnh », « bác sỹ nạn nhân thứ hai của sơ suất y tế », «Các bác sỹ Tunisia làm tê liệt nguy cơ bị sơ suất»…

Y học phòng thủ ở Mỹ

- Gia tăng chi phí y tế tại Hoa Kỳ (Hội nghị toàn quốc)

≈ 34% Chi phí gia tăng

  - ➢ Cải cách luật để bảo vệ thực hành y tế tốt hơn có thể dẫn đến tiết kiệm 11 tỷ đô la

- Tussing (1997): 6% mổ lấy thai
- Studdert (2005): 6% mổ lấy thai

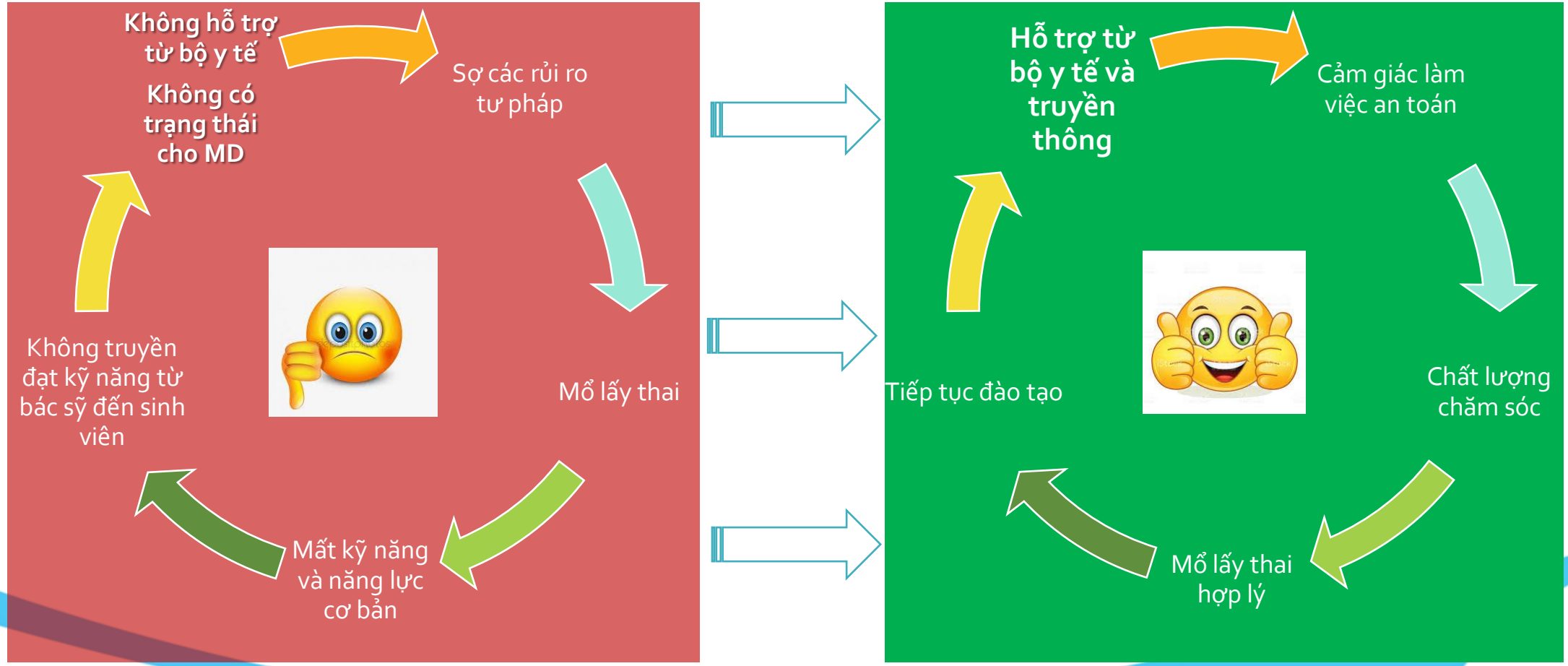
Theo dõi chất lượng chăm sóc

Các cách để theo dõi (Lomas et al):

- Chọn một nhà lãnh đạo có động lực và được công nhận để lãnh đạo nhiệm vụ này
- Thiết lập hướng dẫn phối hợp với các bác sỹ khác
- Lựa chọn nhóm mục tiêu (Mổ lấy thai có thể tránh được ở nhóm 1 đến 4 +++)
- Thiết lập giám sát và đánh giá thường xuyên
- Truyền đạt kết quả cho nhóm và trong các phương tiện truyền thông
- Dựa vào Bộ y tế

→ **Tạo một quy trình năng động cho nhóm**

Từ luẩn quẩn đến vòng tròn đạo đức



Kết luận

- Tìm các giải pháp thúc đẩy và yên tâm
- Quốc gia có tài sản thực sự:
  - Sự lãnh đạo
  - Giáo dục
  - Cơ sở vật chất kỹ thuật tốt
  - Nhân viên có kỹ thuật và được đào tạo tốt
- Hạn chế sự mất kiến thức và tiếp tục truyền tải (đẻ thủ thuật)

Merci
Cảm ơn