



# ALEXANDRE DUMONT

## GIÁO SƯ

*Giám đốc nghiên cứu –  
Viện nghiên cứu phát triển  
Đại học Paris Descartes  
Pháp*

HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA  
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á - THÁI BÌNH DƯƠNG  
LẦN THỨ  
TP. HỒ CHÍ MINH, 19 & 20/5/2016





# Vấn đề sức khỏe bà mẹ trẻ em toàn cầu

## Cách thức phân tích sự gia tăng mỡ lấy thai trên toàn cầu

Alexandre Dumont, giám đốc Viện Nghiên Cứu Về Phát Triển Y Tế (IRD) -  
Đại Học Paris Descartes

Clémence Schantz, học vị Tiến Sĩ , Viện Nghiên Cứu Về Phát Triển Y Tế  
(IRD) – Đại Học Paris Descartes

*Hội Nghị Sản Phụ Khoa Việt – Pháp – Châu Á – Thái Bình Dương lần thứ 16*

# Định nghĩa Sức Khỏe Toàn Cầu

- **Lĩnh vực học tập, nghiên cứu, thực hành** phù hợp với việc ưu tiên đổi mới trong y tế và tác động đến sự bình đẳng về mặt chăm sóc y tế đối với tất cả mọi người trên Thế Giới.
- Khái niệm “toàn cầu” nói đến tầm quan trọng của vấn đề hơn là nói về địa lý.
- Nhấn mạnh về những **thử thách giữa các quốc gia về sức khỏe**, những hạn định và những giải pháp.
- Sự cần thiết tham gia của nhiều chuyên ngành trong và ngoài lĩnh vực Khoa học Y tế, cũng như sự phối hợp của các chuyên ngành.
- Việc sử dụng nguồn lực, kiến thức và kinh nghiệm của nhiều tổ chức khác nhau nhằm vượt qua những thử thách toàn cầu về sức khỏe.

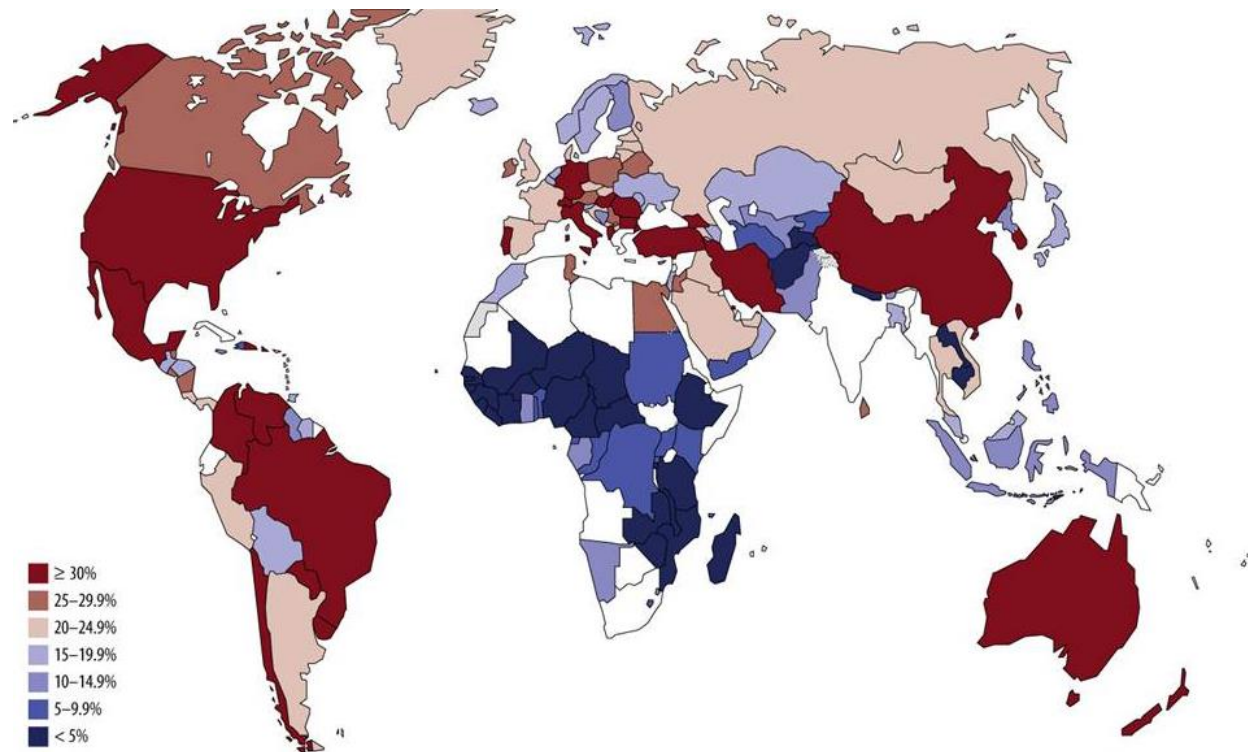
# Những thử thách về vấn đề MLT

*Không nên chỉ tập trung vào 1 tỷ lệ nhất định nào, mà nên nhìn tổng thể để vận dụng việc MLT cho tất cả các sản phụ thực sự cần đến. (Khuyến cáo của Tổ chức Y Tế Thế Giới – 2015)*

- MLT thực sự hiệu quả trong việc cứu sống, nhưng chỉ khi lựa chọn MLT được chấp nhận về mặt y học.

- Tỷ lệ MLT > 10 % không liên quan đến việc giảm tử suất của bà mẹ và trẻ sơ sinh .

## Césarienne dans le monde en 2013



# Những hạn định giữa các quốc gia

Tỷ lệ thấp của các trợ cấp cùng với những khó khăn trong việc can thiệp hệ thống y tế, ngược lại với sự gia tăng của những chỉ số khác.

Đối với các quốc gia có các chỉ số gia tăng hoặc đang tăng dần :

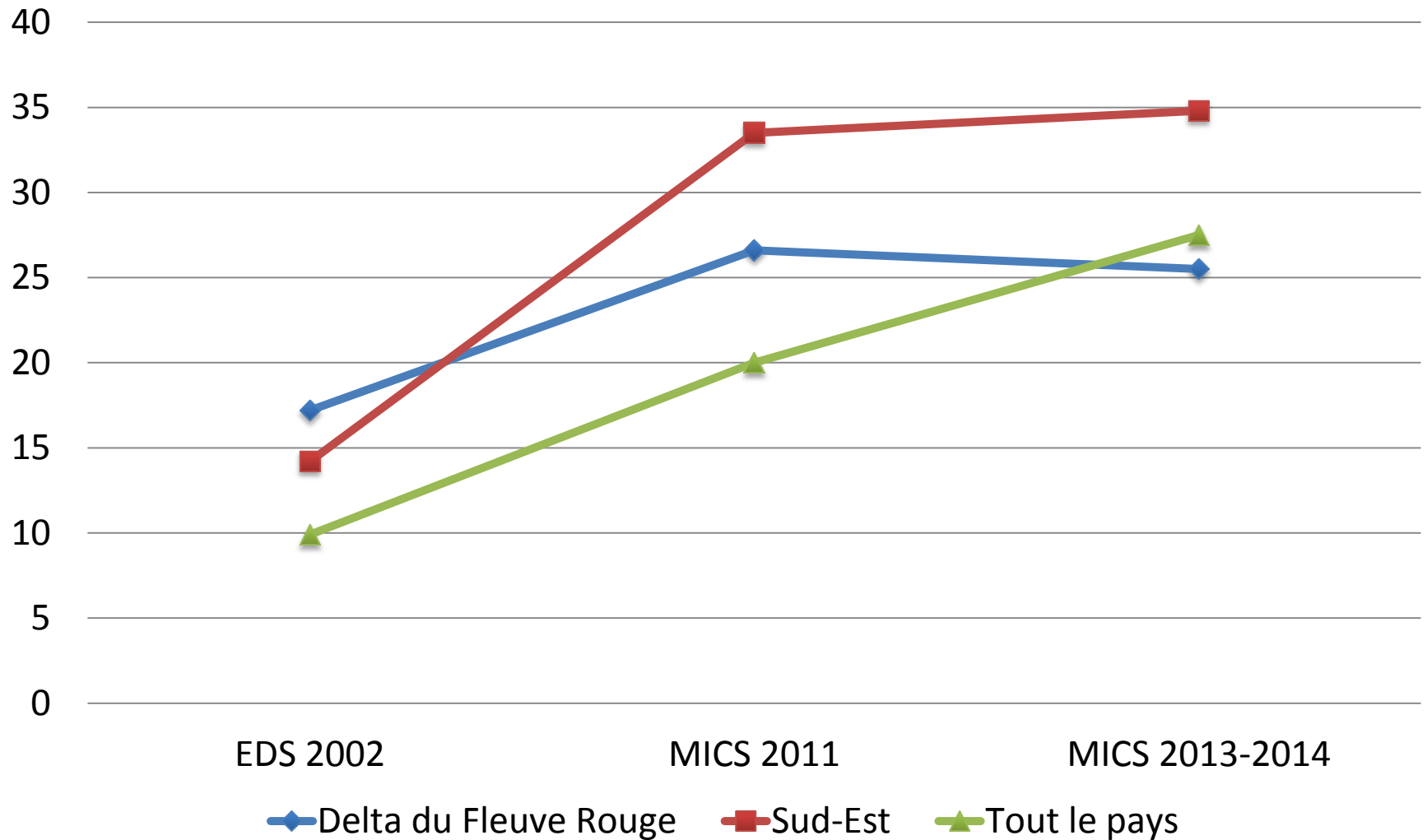
- Những giới hạn liên quan đến Nhân viên y tế: NHS và BS Sản Phụ Khoa tác động đến bệnh nhân trong quyết định chọn lựa MLT hay không.
- Những giới hạn liên quan đến bệnh nhân : MLT được chọn lựa do yêu cầu hoặc do việc gây áp lực từ phía bệnh nhân và gia đình.

# Phân tích tỷ lệ MLT

- Phân tích các số liệu dân số trong các nghiên cứu lớn về dân số xã hội học : giảm dần các xu thế
- Thực hiện các nghiên cứu định tính và định lượng trong các cơ sở y tế công và tư nhân :
  - Phân tích hoạt động của các khoa Sản để đánh giá thực tế lâm sàng.
  - Phỏng vấn các đối tượng khác nhau và quan sát sự tham gia của đối tượng để tìm hiểu sự phát triển.
- Thực hiện các nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên các thai phụ trong suốt thai kỳ và cuộc sanh để xác định các giới hạn chính.

**Sự cần thiết trong phối hợp thực hiện giữa các nhà nghiên cứu và các nhà lâm sàng .**

# Phân tích các số liệu dân số học tại Viet Nam



# Phân tích tỷ lệ MLT trong các bệnh viện

## Nhiều cách phân loại được đề nghị :

Theo thời điểm ?

Trước hay trong chuyển dạ (rất ít thông tin)

Mức độ cấp cứu (chủ quan)

Theo nguyên nhân ?

Chỉ định, phía mẹ và phía thai (rất khó mã hoá, tính chủ quan)

Chỉ định hợp lý hay không (tính chủ quan, khó khăn về sau)

Theo đối tượng ?

Các đặc điểm của sản phụ/thai kỳ



# Phân loại theo Robson

- Nhóm 1:** Con so, đơn thai, ngôi đầu,  $\geq 37$  tuần, chuyển dạ tự nhiên.
- Nhóm 2:** Con so, đơn thai, ngôi đầu,  $\geq 37$  tuần, KPCD hoặc MLT theo chương trình.
- Nhóm 3:** Con rạ, tử cung lành lặn, đơn thai, ngôi đầu,  $\geq 37$  tuần, chuyển dạ tự nhiên.
- Nhóm 4:** Con rạ, tử cung lành lặn, đơn thai, ngôi đầu,  $\geq 37$  tuần, KPCD hoặc MLT theo chương trình.
- Nhóm 5:** Sẹo mổ TC, đơn thai, ngôi đầu,  $\geq 37$  tuần.
- Nhóm 6:** Tất cả các TH con so, ngôi mông.
- Nhóm 7 :** Tất cả các TH con rạ, ngôi mông.
- Nhóm 8:** Tất cả các TH đa thai (bao gồm cả TH sẹo mổ TC)
- Nhóm 9 :** Tất cả các TH ngôi bất thường (bao gồm cả TH sẹo mổ TC)
- Nhóm 10 :** Đơn thai, ngôi đầu,  $< 37$  tuần (bao gồm cả TH sẹo mổ TC)

*(Robson et al. Fetal Matern Med Rev 2001)*

# Phân loại theo Robson

## Ưu điểm :

Các nhóm bao gồm tất cả các trường hợp.  
Mỗi nhóm chuyên biệt riêng  
Ít có nguy cơ nhầm lẫn/phân loại khác biệt  
Số liệu luôn sẵn có.

## Nhược điểm :

Chỉ định MLT không được nêu rõ.

**Phân loại này đang dần được sử dụng nhiều.**

*(Chong ActaObstetGynecolScand 201),*

*(Ciriello JMaterFetalNeonatMed 2012)*

*(Delbaeare BMC 2012 et Brennan Obstet Gynecol 2011)*

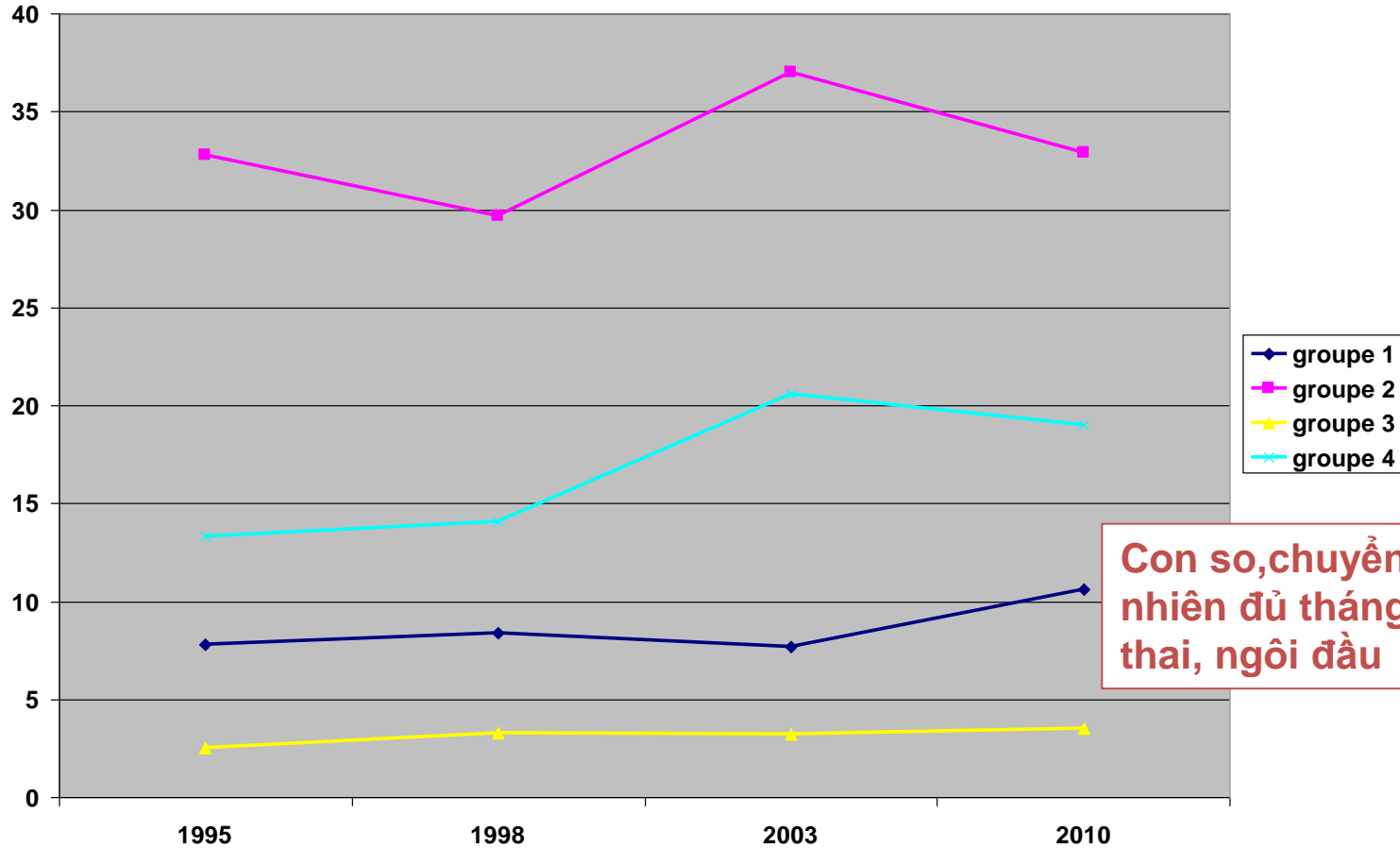
*(Vogel, The Lancet Global Health 2015)*

# Đánh giá tỷ lệ MLT tại Pháp

## Nhóm sản phụ « nguy cơ thấp » (Nhóm 1 đến 4)

Taux de CS

(%)

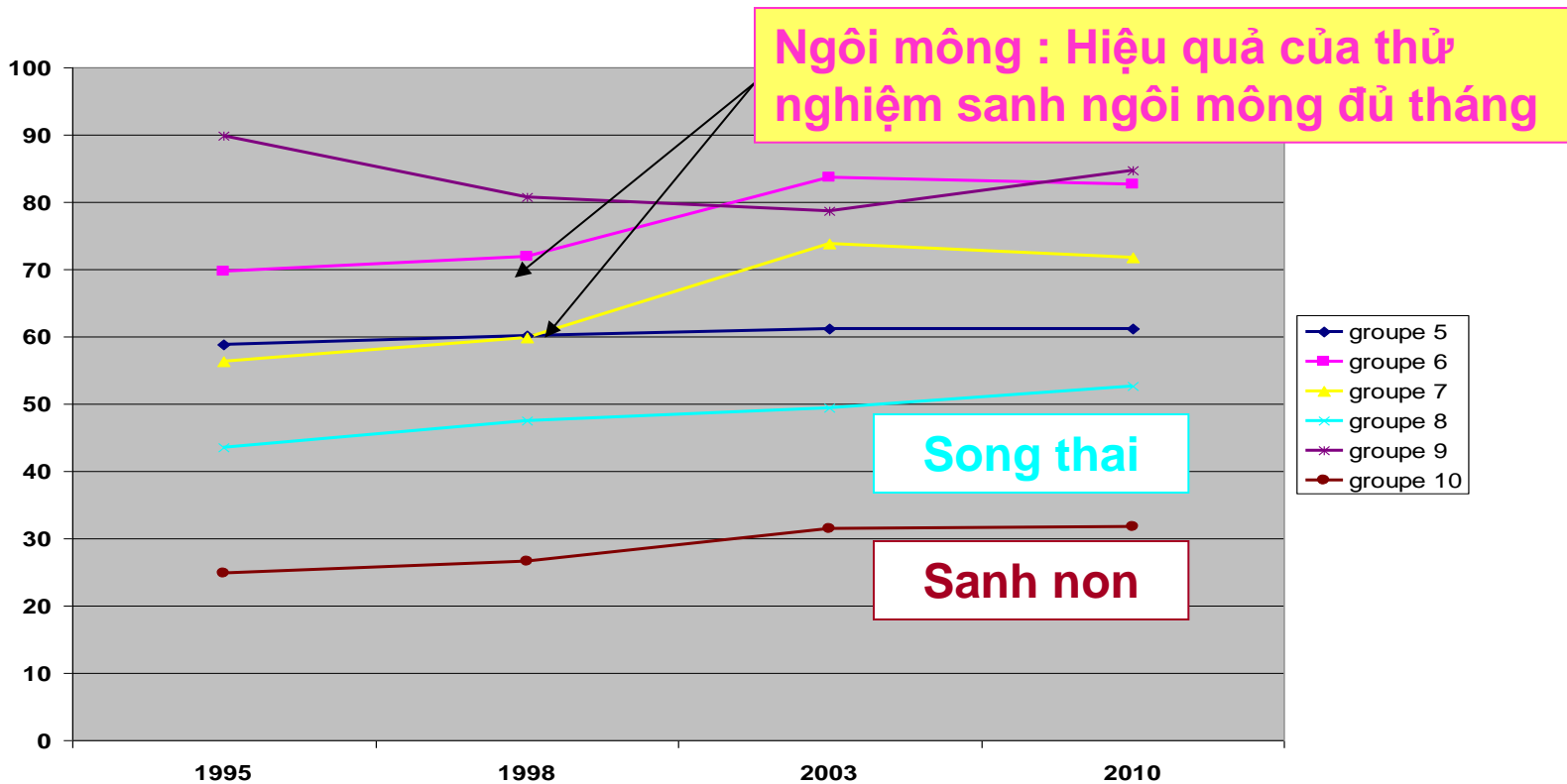


Con số, chuyển dạ tự nhiên đủ tháng, đơn thai, ngôi đầu

# Đánh giá tỷ lệ MLT tại Pháp

## Nhóm sản phụ « nguy cơ cao » (Nhóm 5 đến 10)

Taux de CS  
(%)



# Đánh giá tỷ lệ phân bố trong các nhóm khác nhau

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

# Sự góp phần của mỗi nhóm vào tỷ lệ chung của MLT

**Có lợi hơn tỷ lệ MLT thô**

**Góp phần của mỗi nhóm =  $(n \text{ MLT của nhóm} / N \text{ tổng}) \times 100$**

**Tổng tỷ lệ góp phần của các nhóm = tỷ lệ MLT chung**



**Sự góp phần của các nhóm :**

**Tỷ lệ MLT riêng biệt của mỗi nhóm**

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

Từ 1995 đến 2003,  
Tỷ lệ MLT chung tăng lên trong 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%
<b>Groupe 1</b>	<b>324/3852</b>	<b>27.5</b>	<b>8.4</b>	<b>2.3</b>	<b>403/3795</b>	<b>26.7</b>	<b>10.6</b> 	<b>2.8</b>	<b>2.2</b>	<b>0.5</b>	<b>[0.1 ; 0.9]</b>
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]
<b>Groupe 5</b>	<b>698/1141</b>	<b>8.1</b>	<b>61.2</b>	<b>5.0</b>	<b>817/1334</b>	<b>9.4</b> 	<b>61.2</b>	<b>5.8</b>	<b>0.0</b>	<b>0.8</b>	<b>[0.3 ; 1.3]</b>
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		<b>19.7</b>	14174	100.0		<b>20.5</b>		<b>0.8</b>	[-0.1 ; 1.7]

Từ 2003 đến 2010,  
Tỷ lệ MLT chung ổn định hoặc giảm trong các nhóm, trừ nhóm 1 & 5 lại tăng lên.



# Phân tích kết quả

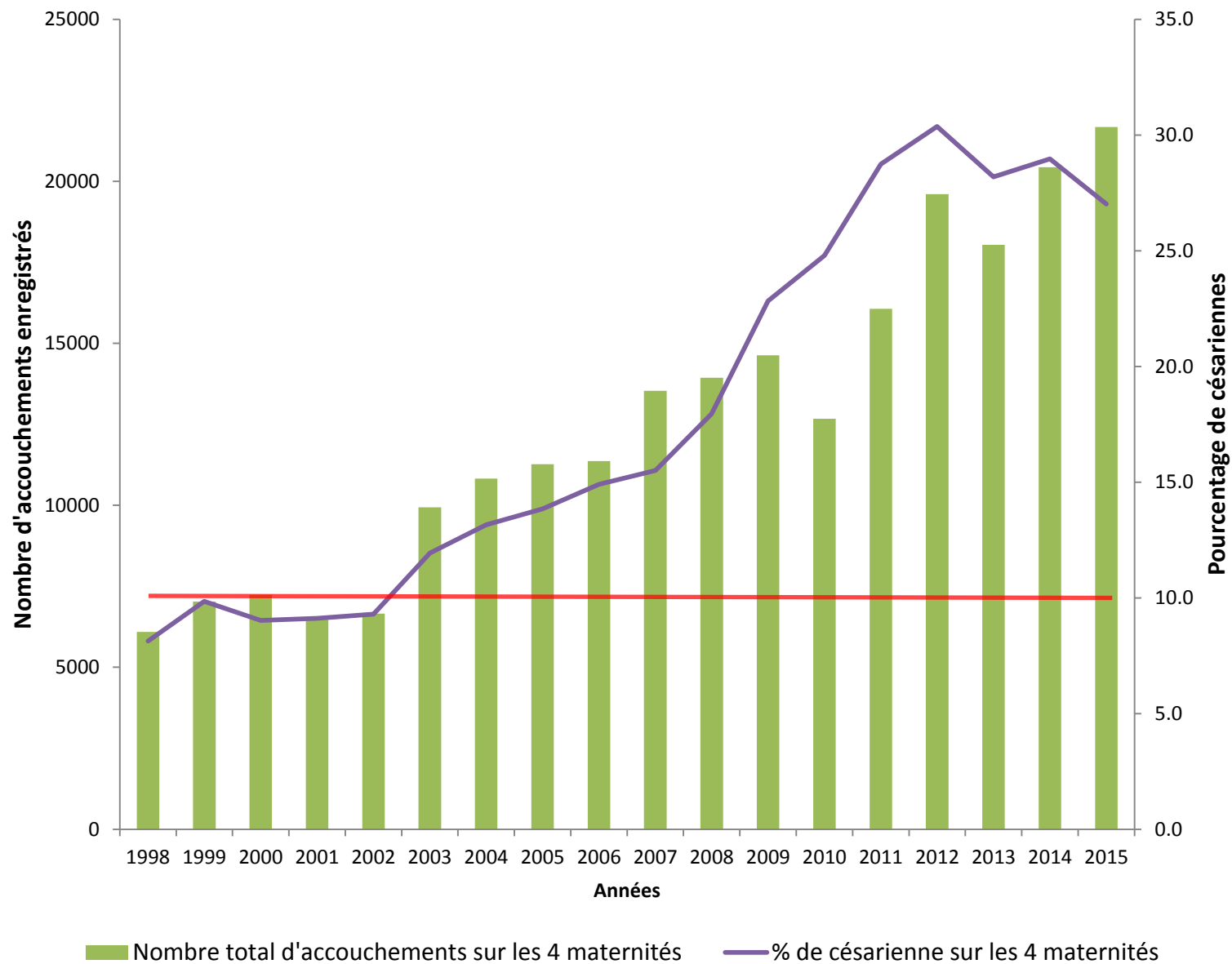
- **Tại Pháp, tỷ lệ MLT tăng đến năm 2003 sau đó ổn định từ năm 2003 đến 2010 trong khoảng 20%**
- **Trong 3 năm nghiên cứu, nhóm 5 (tử cung có sẹo mổ cũ) = góp phần lớn trong tỷ lệ MLT chung. (1/4 các TH MLT)**
- **Từ năm 1995 đến 2003, tỷ lệ MLT tăng trong tất cả các nhóm.**
- **Từ năm 2003 đến 2010, tỷ lệ MLT ổn định hoặc giảm trong tất cả các nhóm trừ nhóm 1&5 lại tăng lên.**
  - Đối với nhóm 1 (con so chuyển dạ tự nhiên), sự gia tăng được giải thích do tăng tỷ lệ MLT trong nhóm này.
  - Đối với nhóm 5 (Sẹo mổ TC), sự gia tăng được giải thích do tăng số lượng đối tượng thuộc nhóm này.

# Đánh giá tỷ lệ MLT ở Phnom Penh- Campuchia

## Lợi ích của sự tiếp cận phối hợp

- Số liệu thống kê trong 4 khoa Sản để ước tính tỷ lệ MLT của thủ đô (n=21 673, chiếm khoảng 50% cas sanh tại Phnom Penh)
- Thực hiện nghiên cứu đoàn hệ **trên 143 sản phụ** tại tam cá nguyệt cuối của thai kỳ và sau đó trong cuộc chuyển dạ để xác định những yếu tố khác nhau ảnh hưởng đến quyết định MLT (yếu tố liên quan y học và xã hội dân số học)
- **31 cuộc phỏng vấn bán trực tiếp được thực hiện** (bao gồm 14 NHS và BS Sản Phụ khoa, 10 phụ nữ mang thai hoặc hậu sản, 7 người chồng)

# Kết quả 1 : Tỷ lệ MLT ở Phnom Penh-Campuchia



# Kết quả 2: yếu tố liên quan đến chỉ định MLT

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

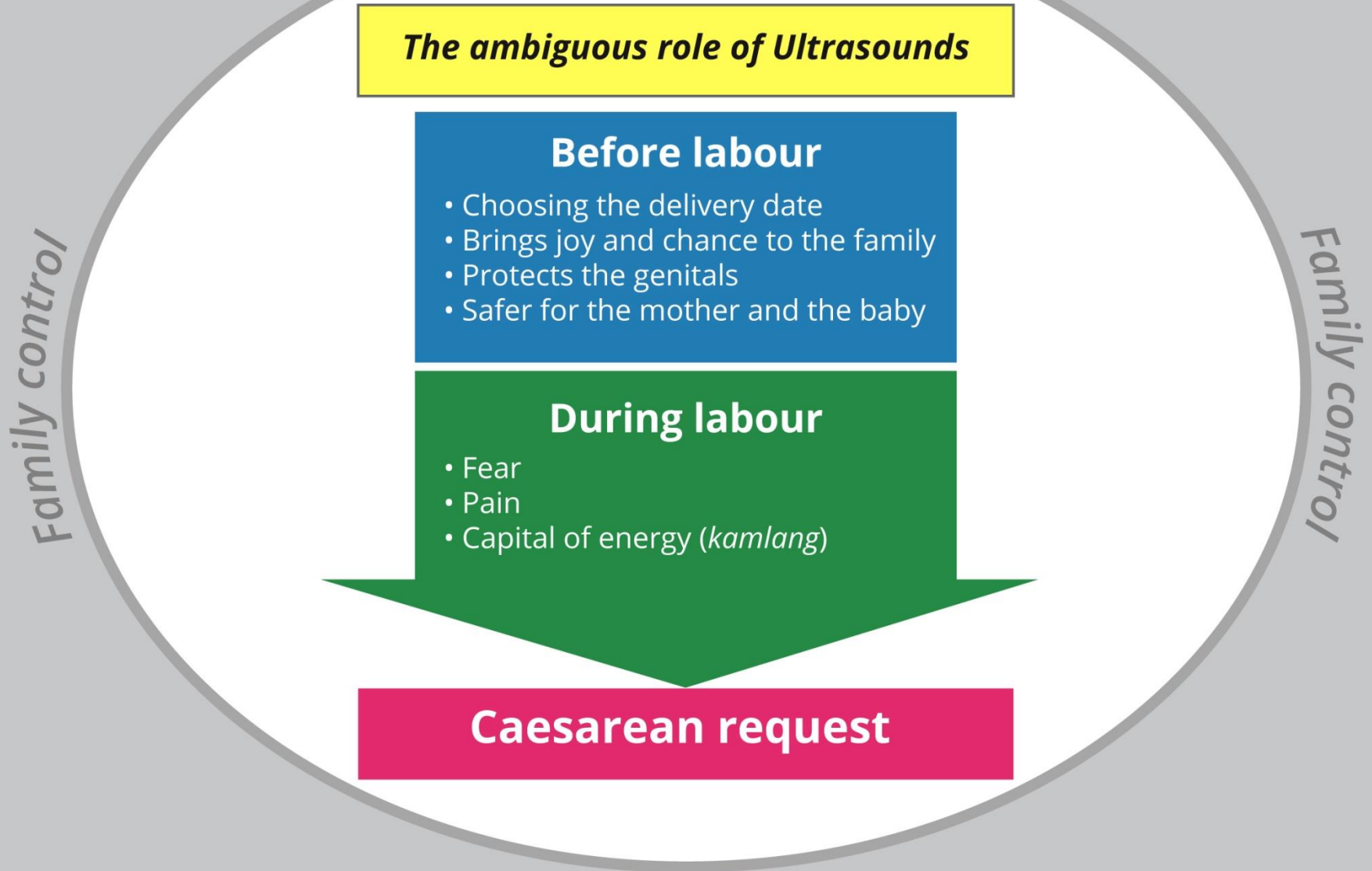
<b>Factors</b>	<b>Odds Ratio [95% IC]</b>		<b>P&gt;</b>
History of c-section	27.1	[4.8 – 152.6]	<0.001
Family covering all or a part of the delivery costs	14.4	[2.5-84.7]	0.003
Delivery in a private facility	3.3	[1.1-10.2]	0.036
Above media age at 1rst intercourse	2.9	[1.1- 7.4]	0.031
Residing in Phnom 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 : nguyên nhân được cho là liên quan đến nhu cầu MLT



Xin cảm ơn !

---