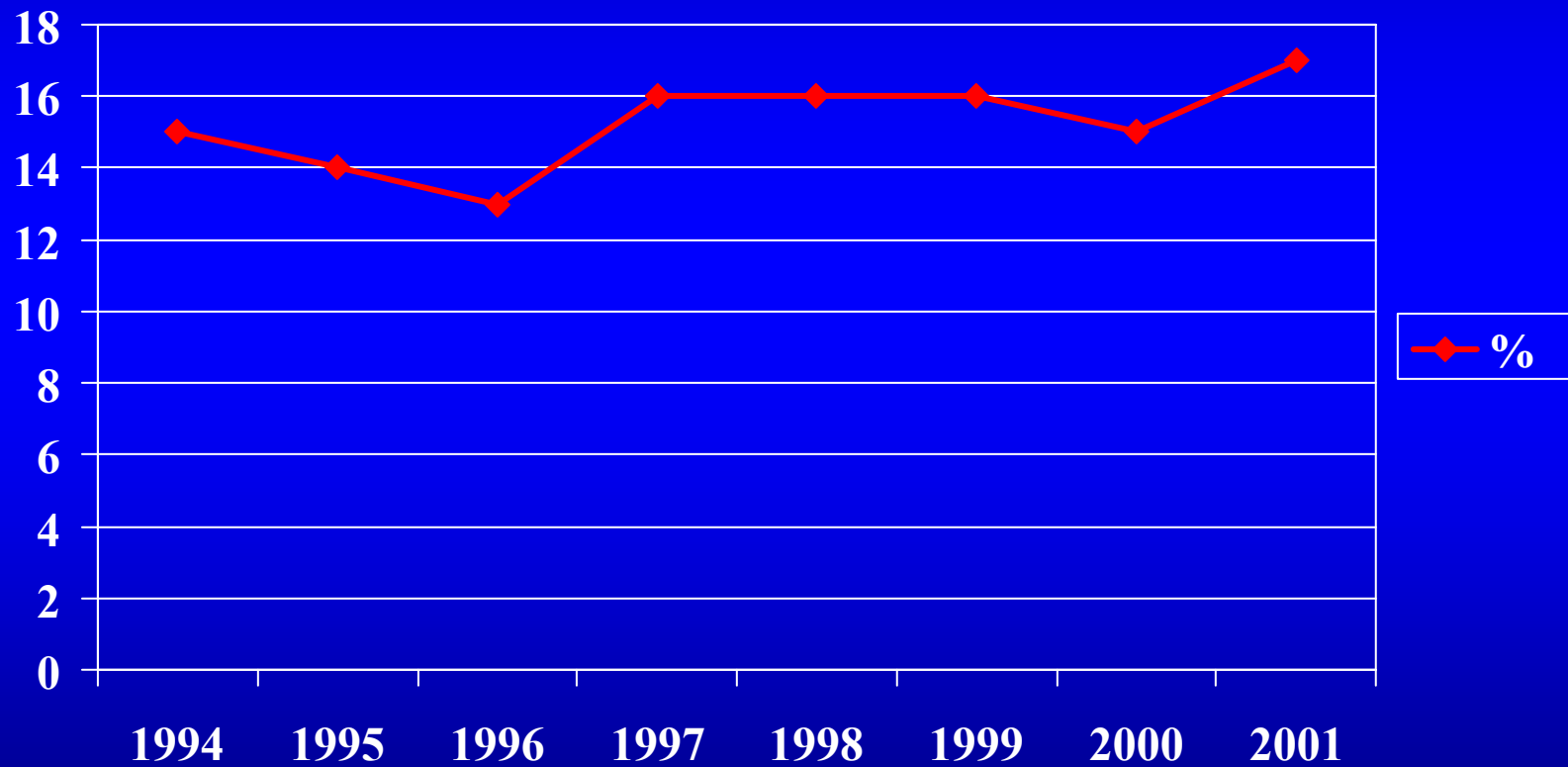


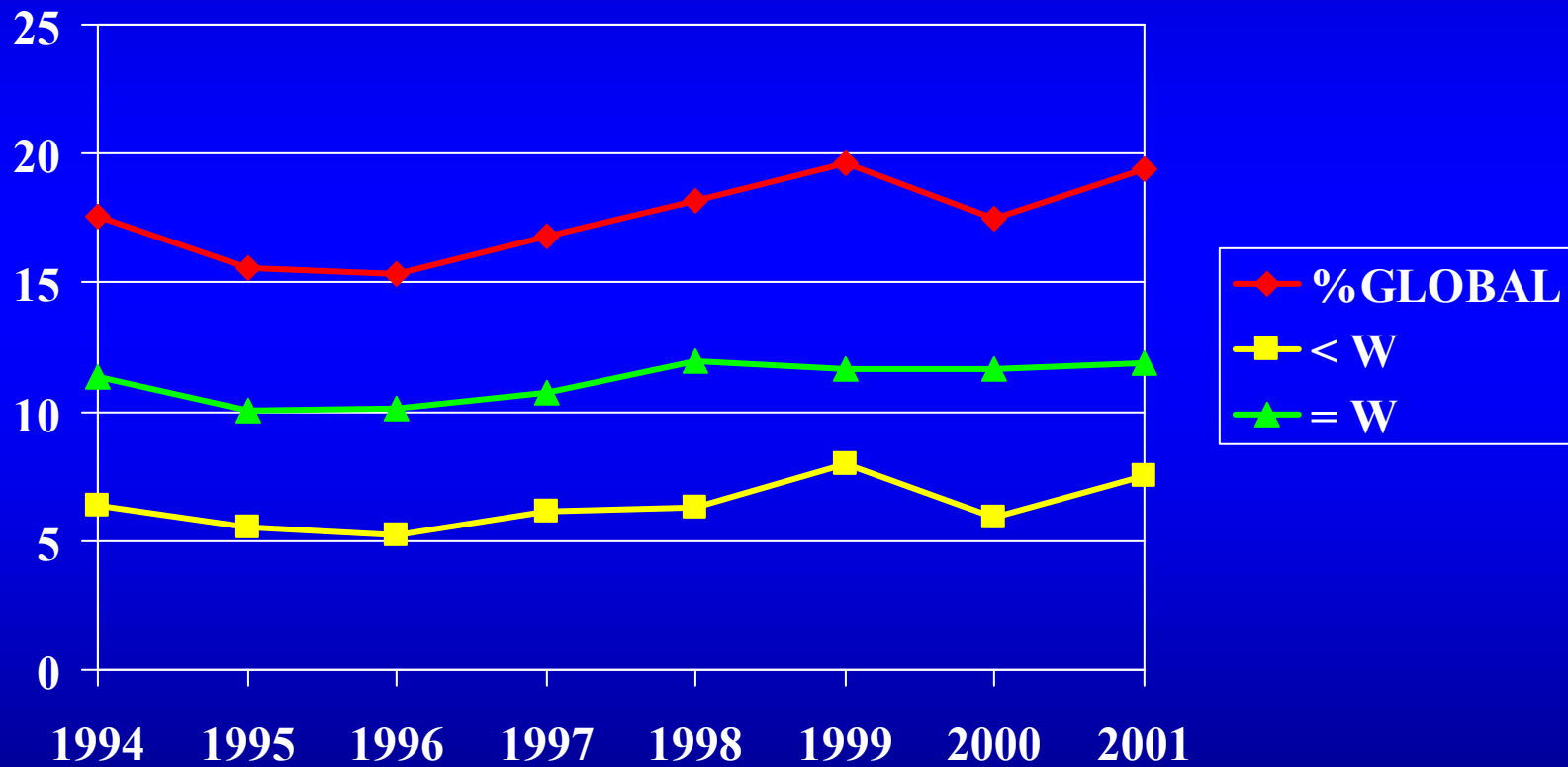
# Tỷ lệ sinh mổ cho phép (Taux admissible de césarienne)

Docteur Stéphane Saint Léger, MD, MBA

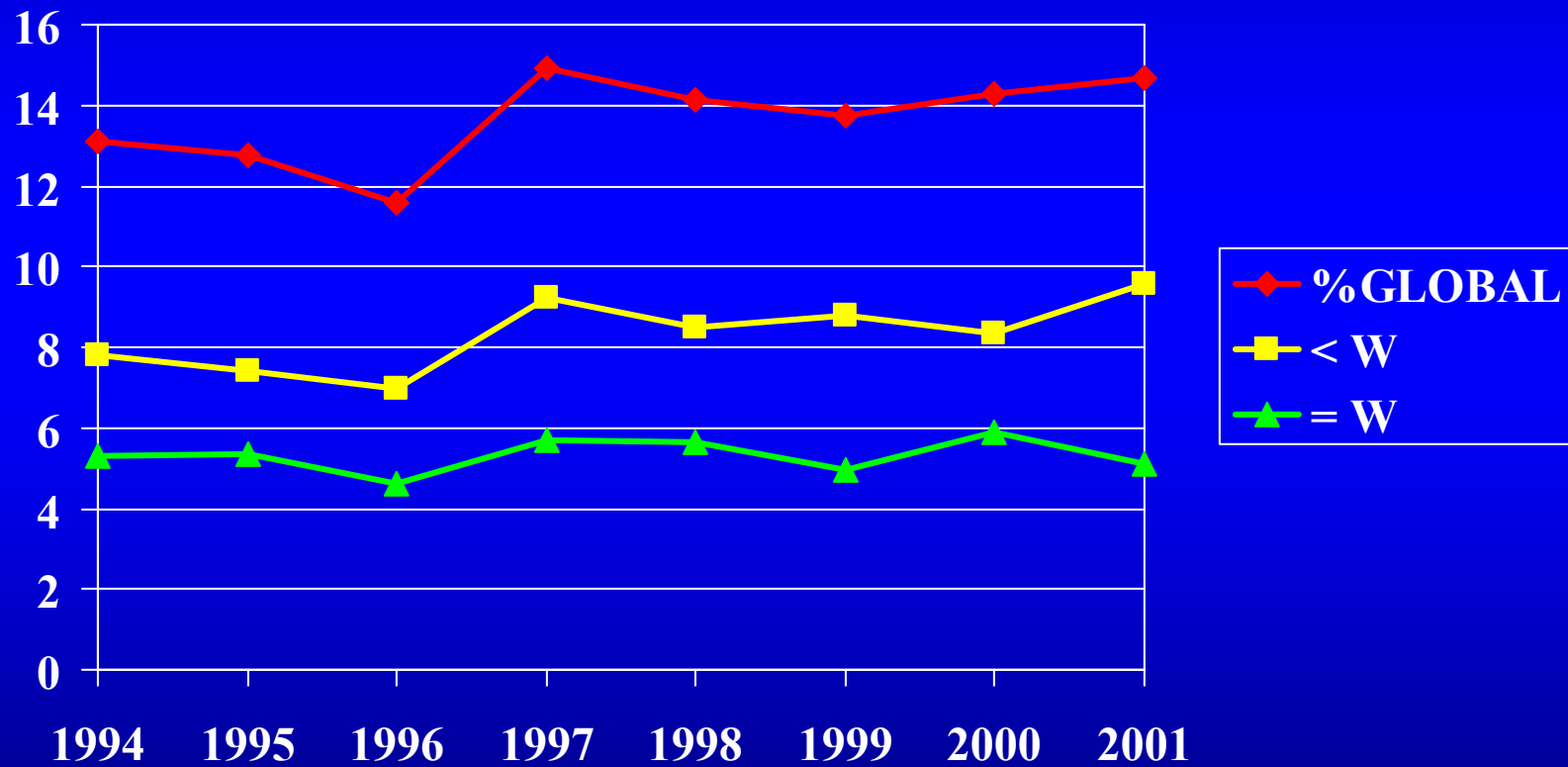
# Tổng quan tỷ lệ sinh mổ



# SANH MỎ (CON SỐ)



# SANH MÔ ( Con rạ)



# Tăng tỷ lệ sanh mổ

## Lạm phát hay chỉ là biện pháp?

- Lợi ích và bất lợi ở mẹ và sức khỏe chu sanh khi sanh mổ?
- Có sự thay đổi các yếu tố nguy cơ và chỉ định mổ lấy thai?
- Dân số phụ nữ khác nhau dẫn đến có sự khác biệt về tỷ lệ MLT giữa các nước và các bác sĩ sản khoa?
- Các yếu tố cho phép làm giảm hoặc duy trì tỷ lệ MLT?
- Hậu quả của nguy cơ pháp lý?
- Người phụ nữ mong muốn gì cho cuộc sanh?

# Số liệu khoa học và nguy cơ liên quan đến phương pháp sanh

- Tăng tỷ lệ tử vong mẹ liên quan trực tiếp đến sanh mổ :
  - Tăng từ 3 đến 10 lần so với sanh ngã âm đạo (Schuitemaker 1997, Welsch 1994, Bouvier-Colle 1998)
- Bệnh nặng (nhiễm trùng, thuyên tắc phổi, rủi ro trong gây mê. vv)
  - Cao gấp nhiều lần so với sanh ngã âm đạo (Baille 1995, Langer 1998)
- Nguy cơ khi sanh ngã AD :
  - Bí tiểu hoặc bón
  - Vấn đề về tình dục

# Tử vong mẹ dựa theo pp sanh(GB)

*(Hall and Bewley, Lancet 1999)*

	> 100000	RR	KTC 95 %
- Sanh ngã AD	2,1	1,0	
- Mổ trước khi vào CD	5,9	2,8	[5,6-13,9]
- Mổ trong CD	18,2	8,8	[3,9-9,9]
- Tổng mổ	12,8	6,2	

# Tử vong mẹ (3)

- **Nguy cơ tử vong trong sanh mổ** (*Subtil 2000 d 'après Hall 1999*) :
  - **Thuyên tắc mạch** : 7,9 [3,3-18,8]
  - **Xuất huyết** : 21,0 [2,3-188,0]
  - **Nhiễm khuẩn** : 0,95 [0,2-4,3]
- **Tử vong do mổ ở Hà Lan**  
**= 13 / 100 000 mổ lấy thai** (*Shuitemaker, Acta OGS 1996*)
  - **Tỷ lệ MLT ở Mỹ = Hà Lan : 130 tử vong mẹ có thể tránh khỏi**



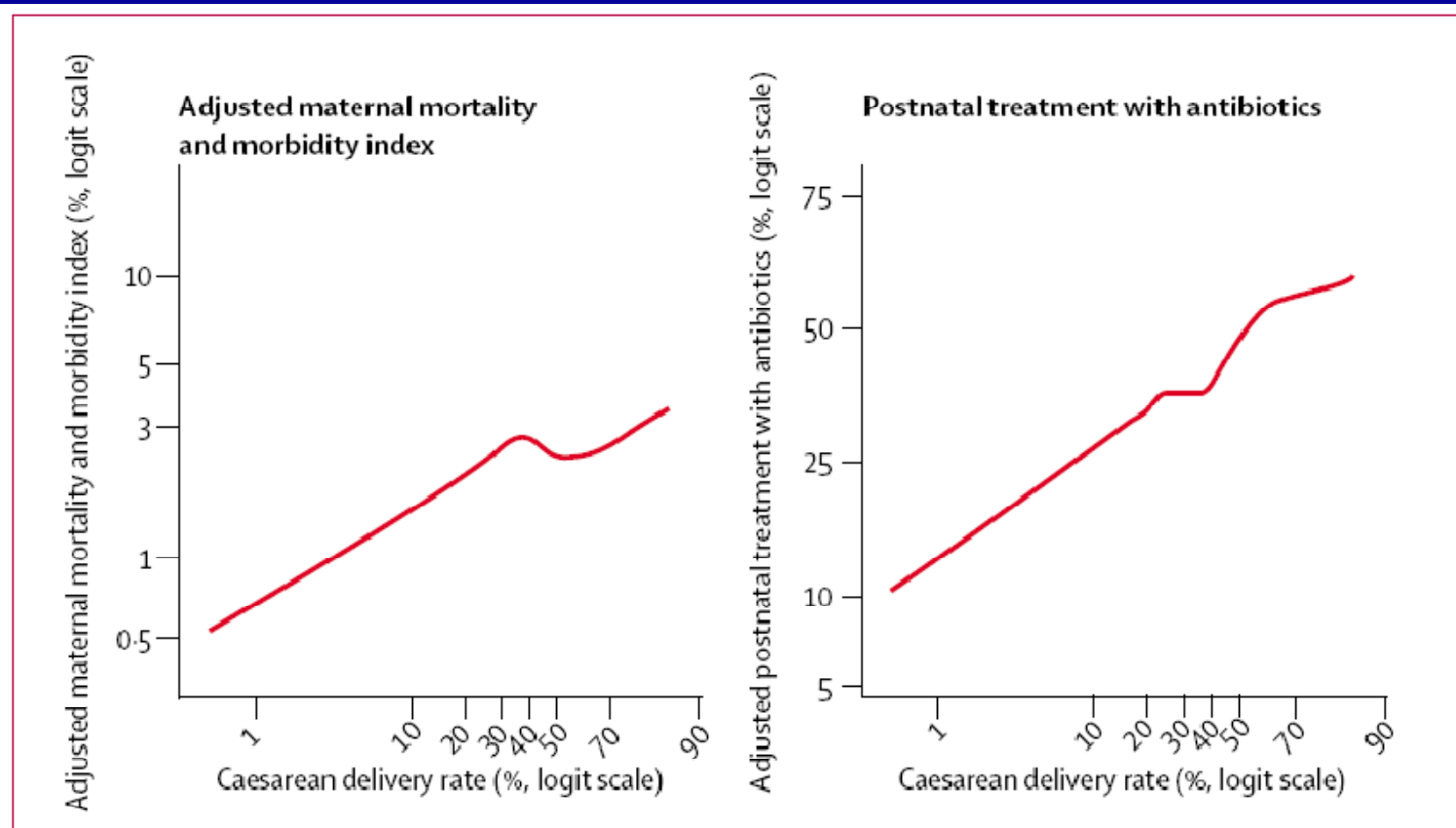
# **Nghiên cứu bệnh chứng trong dân số Pháp (1996-2000)**

*(Deneux C et al, Obstet Gynecol 2006)*

- **Nguy cơ tử vong mẹ liên quan đến phương pháp sanh :**
  - **OR hiệu chỉnh : 3,64 (2,15-6,19). 65 trường hợp bệnh, 10000 ca chứng. Tăng vượt đôi với các ca mổ trước và trong chuyển dạ**
  - **Loại trừ các trường hợp có bệnh hoặc phải nhập viện trước khi mang thai**
  - **Sự gia tăng quá mức các trường hợp tử vong chủ yếu do nhiễm trùng, thuyên tắc mạch và do gây mê. Không có sự khác biệt về nguy cơ gây tử vong do băng huyết sau sanh.**

## Villar et al, WHO study, Lancet 2006

8 pays d'Amérique Latine – 24 régions – 120/410 maternités tirées au sort –  
Données individuelles pour 106 000 accouchements sur 3 mois consécutifs



**Figure 3: Association between rate of caesarean delivery and maternal morbidity and mortality index and postnatal treatment with antibiotics**

Rates of outcomes adjusted by proportions of: primiparous women, previous caesarean delivery, gestational hypertension or pre-eclampsia or eclampsia during current pregnancy, referral from other institution for pregnancy complications or delivery, breech or other non-cephalic fetal presentation, and epidural during labour, along with complexity index for institution and type of institution in multiple linear regression analysis. Curves based on LOWESS smoothing applied to scatterplot of logit of rates of caesarean delivery versus logit of adjusted probability of each outcome.

## Nguyên nhân tử vong mẹ dựa theo phương pháp sinh ở Anh

*Why mothers die. Report on confidential enquiries into maternal deaths in the UK 1994-1996 London; Stationery Office 1998*

Nguyên nhân tử vong	Sanh ngã AD N=1845957	Sanh mổ <sup>2</sup> N=351610	RR tử vong do sanh mổ <sup>2</sup>
Thuyên tắc	10	15	7,9[3,3-18,8]
Xuất huyết tử cung	1	4	21,0[2,3-188,0]
Nhiễm khuẩn	11	2	0,95[0,2-4,3]
Tai biến của gây mê	--	1	--
Tổng	22	22	5,2[2,8-9,8]

# SO SÁNH ẢNH HƯỞNG TRÊN MẸ GIỮA SANH GIÚP VÀ SANH MỔ

	Vaginal delivery (n = 184)	Caesarean section (n = 209)	Adjusted odds ratio (95 % CI)
Blood loss > 1L	6 (3 %)	20 (10%)	2.82 (1.10-7.62)
Transfusion	6 (3%)	16 (8 %)	2.40 (0.82-6.47)
Opiates required	29 (16 %)	139 (67%)	10.93 (6.44-18.61)
Urinary catheter > 24 h	9 (5%)	33 (16 %)	3.09 (1.39-6.88)
Wound infection	3 (2%)	2 (1%)	0.54 (0.09-3.38)
Hospital stay			
0-2 days	119 (65 %)	8 (4 %)	0.02(0.01-0.04)
≥ 6 days	10 (5%)	33 (16%)	3.47 (1.58-7.62)
Breastfeeding			
Intended	142 (77 %)	171 (82 %)	1.07 (0.77-1.49)
At discharge	125/142 (88 %)	148/171 (87%)	1.04 (0.80-1.40)
Third-degree tear	15 (8 %)	0	
Extension of uterine incision	0	50 (24%)	

# Biến chứng trên mẹ khi phẫu thuật

- Gây mê:

- Gây tê ngoài màng cứng
  - » Tê tủy sống: 0,12 / 1000
  - » Động kinh: 0,1 / 1000
  - » Viêm màng não: 0,01 / 1000
  - » Ngừng tim: 0,005 / 1000
- Tê tủy sống:
  - » Ngừng tim: 0,6 / 1000
  - » Tử vong: 0,1 / 1000
  - » Di chứng thần kinh nặng: 0,06 / 1000
- Gây mê toàn thân
  - » Hạ thân nhiệt (trường hợp báo cáo)
  - » Giảm thông khí ( 9%)
  - » Hội chứng Mandelson: estomac plein
  - » Tử vong ( RR: X 16/ ALR; *Hawkins 1997*)
  - » Lỗi trong điều trị ( CNE mortalité maternelle 95-01)

# Biến chứng trên mẹ khi phẫu thuật

- **Xuất huyết**

- Lượng máu mất trung bình: 400cc (> sanh ngã AD)
- 10% trường hợp mổ: Mổ cấp cứu > Mổ chương trình
- Nguyên nhân chính gây tử vong mẹ
- Cắt tử cung: RR = 7,96( *Association between method of delivery ,..., and post partum hysterectomy, Simoes, 2004*)

- **Tổn thương**

- Cơ quan sinh dục: rách cơ ngay đoạn thấp hay trên âm đạo
- Bàn quang: 1 - 2 / 1000 (↑khi vết mổ cũ nằm cao)
- Niệu quản: ( 0,03%)
- Ống tiêu hóa

- **Thuyên tắc ối**: 1/80000 : Mổ sanh > sanh ngã AD

# Biến chứng mẹ sau khi sanh

- **Thuyên tắc mạch**
  - 0,5 à 1%; RR: X 4 (Vs AVB)
- **Nhiễm trùng** → 20 %
  - Viêm nội mạc tử cung: 6%
  - Nhiễm trùng tiêu: Khoảng 3% : đến 10 % (đối với trường hợp đặt sonde tiêu)
  - Áp xe thành bụng: 1,6% ( đến 8 %)
  - Viêm phổi: 0,5%
- **Thiếu máu** (Hậu quả của băng huyết sau sanh hoặc chảy máu thứ phát sau sanh)
- **Táo bón**
- **Tâm lý** (Ảnh hưởng xấu đến mối quan hệ mẹ con))
- **Sự tiết sữa**
  - Giảm tiết sữa ( RR: 0,62)
  - Cho bú ít

# Biến chứng ở trẻ sơ sinh sau mổ

- **Gây mê**

- Gây mê vùng: giảm huyết áp mẹ
  - 20 - 80%
  - ↑ toan máu ở trẻ sơ sinh (APGAR thấp)
- Mê toàn thân: Thuốc qua nhau
  - Morphine > thuốc ngủ = ức chế hô hấp
  - Curares: 0

- **Phẫu thuật**

- Liệt đám rối thần kinh cánh tay, Gãy xương cánh tay
- Vết thương do vết cắt

- **Cơ học**

- Thiếu sức ép vào lồng ngực → Nước ối được giữ lại trong phổi trẻ: hô hấp khó khăn

- **Chưa trưởng thành**

- Mổ chương trình vào tuần lễ thứ 38 đối với mẹ bị tiểu đường: trẻ bị bệnh màng trong
- Non tháng (26 đến 32 tuần)



# Nguy cơ xuất huyết nội sọ dựa trên phương pháp và kỹ thuật sanh

*Towner et al Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury N Eng J Med 1999*

	Nguy cơ xuất huyết nội sọ
	OR [KTC 95%]
Sanh thường	1
Mổ trong chuyển dạ	2,1 [ 1,6 ; 2,7 ]
Mổ trước chuyển dạ	0,7 [ 0,4 ; 1,3 ]
Sanh giác hút	2,2 [ 1,7 ; 2,9 ]
Sanh forceps	2,9 [ 1,8 ; 4,4 ]

# Bệnh tật về lâu dài (1)

- **Hậu quả trên đường niệu và hậu môn: sanh ngã âm đạo**
  - **Bí tiểu :**
    - Yếu tố nguy cơ = trọng lượng của đứa trẻ, số lần sanh của mẹ, phương pháp sanh
    - 10 % kéo dài ?
  - **Tổn thương hậu môn**
    - Lần sanh đầu, sanh forceps, trọng lượng của đứa trẻ
    - 5 % kéo dài đến 6 tháng [*McMahon 1996, Chaliha 1999, Benifla 2000*]
- **Phương thức và phương pháp phòng ngừa hiện chưa rõ ràng.**
- **Seul essai randomisé = « term breech trial »**  
(*Hannah et al, Am J OG 2004*)

## Bệnh tật về lâu dài (2)

- **Hậu quả về sản khoa của sanh mổ**
  - **Vỡ tử cung,**
  - **Nhau cài răng lược,**
  - **Nhau tiền đạo**
    - **RR = 2,6 nếu VMC 1 lần, 45 nếu VMC 4 lần**  
*(Ananth, Am J Obstet Gynecol 1997)*
  - **Vô sinh**
  - **Thai ngoài tử cung, máu tụ sau nhau ?**
- **Tâm lý, tình dục và thẩm mỹ** [*Garel 1990, Ryding 1997, Garel 1987, Klein 1994*]

## Association of caesarean delivery for first birth with placenta praevia and placental abruption in second pregnancy

Q Yang,<sup>a,b</sup> SW Wen,<sup>a,b,c</sup> L Oppenheimer,<sup>b</sup> XK Chen,<sup>a,b</sup> D Black,<sup>b</sup> J Gao,<sup>a,b</sup> MC Walker<sup>a,b</sup>

Nghiên cứu hồi cứu trên 5 triệu phụ nữ đơn thai mang thai lần 2 (USA) (BJOG, 2007)

Nhau tiền đạo và máu tụ sau nhau:  
Nguy cơ (40 à 50 %) ở thai kỳ lần 2

**Table 2.** The association of placenta praevia and placental abruption in following second pregnancies after previous caesarean delivery

Complications in second pregnancy and mode of previous delivery	Number (%) of outcomes	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)*
<b>Placenta praevia</b>			
Vaginal delivery	11 831 (0.27)	Reference	Reference
Caesarean delivery	3301 (0.44)	1.66 (1.59, 1.72)	1.47 (1.41, 1.52)
<b>Placental abruption</b>			
Vaginal delivery	21 263 (0.48)	Reference	Reference
Caesarean delivery	5038 (0.68)	1.41 (1.37, 1.45)	1.40 (1.36, 1.45)

OR and 95% CI with adjustment for maternal age, race, education, marital status, maternal drinking and smoking during pregnancy, adequacy of prenatal care, and fetal gender.

## Maternal Morbidity Associated With Multiple Repeat Cesarean Deliveries

Robert M. Silver, MD, Mark B. Landon, MD, Dwight J. Rouse, MD, Kenneth J. Leveno, MD,

Nghiên cứu tiền cứu ở 19 trung tâm (USA)  
MLT trước chuyển dạ  
(Obstet Gynecol, 2006)

**Nguy cơ nhau tiền đạo, nhau cài răng lược và cắt tử cung tăng vượt với số lần MLT trước đó**

**Table 3. Odds Ratios With 95% Confidence Intervals for Placenta Accreta and Hysterectomy by Number of Cesarean Deliveries Compared With First Cesarean Delivery**

Cesarean Delivery	Accreta [n (%)]	OR (95% CI)	Hysterectomy [n (%)]	OR (95% CI)
First*	15 (0.2)	—	40 (0.7)	—
Second	49 (0.3)	1.3 (0.7–2.3)	67 (0.4)	0.7 (0.4–0.97)
Third	36 (0.6)	2.4 (1.3–4.3)	57 (0.9)	1.4 (0.9–2.1)
Fourth	31 (2.1)	9.0 (4.8–16.7)	35 (2.4)	3.8 (2.4–6.0)
Fifth	6 (2.3)	9.8 (3.8–25.5)	9 (3.5)	5.6 (2.7–11.6)
≥ 6	6 (6.7)	29.8 (11.3–78.7)	8 (9.0)	15.2 (6.9–33.5)

OR, odds ratio; CI, confidence interval.

\* Primary cesarean delivery.

**Table 4. Placenta Previa and Placenta Accreta by Number of Cesarean Deliveries**

Cesarean Delivery	Previa	Previa <sup>+</sup> :Accreta <sup>†</sup> [n (%)]	No Previa <sup>±</sup> :Accreta <sup>†</sup> [n (%)]
First <sup>§</sup>	398	13 (3.3)	2 (0.03)
Second	211	23 (11)	26 (0.2)
Third	72	29 (40)	7 (0.1)
Fourth	33	20 (61)	11 (0.8)
Fifth	6	4 (67)	2 (0.8)
≥ 6	3	2 (67)	4 (4.7)

## Maternal Morbidity Associated With Multiple Repeat Cesarean Deliveries

Robert M. Silver, MD, Mark B. Landon, MD, Dwight J. Rouse, MD, Kenneth J. Leveno, MD,

Nghiên cứu tiền cứu ở 19 trung tâm (USA)  
Mô trước chuyển dạ.  
(Obstet Gynecol, 2006)

## Bệnh tật liên quan đến nhau cài răng lược và cắt tử cung

**Table 5. Placenta Accreta and Comorbidity**

Morbidity	No Accreta (%)	Accreta (%)	P
Cystotomy	0.15	15.4	< .001
Ureteral injury	0.02	2.1	< .001
Pulmonary embolus	0.13	2.1	.001
Ventilator	0.3	14	< .001
Intensive care unit	0.8	26.6	< .001
Reoperation	0.26	5.6	< .001
Endometritis	3.34	3.50	.81

**Table 6. Hysterectomy and Comorbidity**

Morbidity	No Hysterectomy (%)	Hysterectomy (%)	P
Cystotomy	0.14	12.04	< .001
Ureteral injury	0.01	2.31	< .001
Pulmonary embolus	0.13	1.85	< .001
Ventilator	0.32	12.5	< .001
Intensive care unit	0.74	23.15	< .001
Reoperation	0.21	11.6	< .001
Endometritis	3.33	4.17	.50

# Số liệu khoa học sẵn có

- Chưa có nghiên cứu tiền cứu nào so sánh giữa thử thách sanh ngã âm đạo và MLT trước chuyển dạ cho phụ nữ có thai kì nguy cơ thấp
  - Trong các nghiên cứu hồi cứu cho thấy sanh ngã âm đạo « không có lợi » khi mẹ có yếu tố nguy cơ
- Thai kỳ không có chỉ định mổ trước chuyển dạ = Thai kỳ có nguy cơ MLT thấp trong chuyển dạ
  - Nguy cơ MLT trong chuyển dạ = 5-10 %

# Vấn đề trong giải thích số liệu (Problèmes méthodologiques pour l'interprétation des données)

- So sánh chiến lược trên các phương pháp sanh: « cố gắng sanh ngã âm đạo » đối với « mổ lấy thai chương trình » (**Comparer les stratégies et non les voies d'accouchement : « tentative de voie basse » vs « césarienne programmée »**)
  - Trong nghiên cứu hồi cứu, các số liệu cho thấy hậu quả nặng nề và về lâu dài
  - Những sai lệch nghiêm trọng (sai lệch trong chỉ định)
    - Sản giật trước chuyển dạ : trong nhóm mổ chương trình
    - Phụ nữ có điều kiện theo dõi kém : « cố gắng sanh ngã âm đạo » (vỡ tử cung với sẹo mổ cũ 3 lần)



Liu et al, Can Med Ass J, 2007

Cohorte rétrospective en population (Canada).

Comparaison chez des femmes à bas risque césarienne programmée (Siège) versus TVB

Table 2: Morbidity rates, adjusted odds ratios\* and adjusted absolute risk differences\* associated with low-risk planned cesarean delivery† compared with planned vaginal delivery among healthy women in Canada, 1991-2005

Type or cause of illness or death	Type of planned delivery; no. (%)		Value (95% confidence interval)	
	Cesarean n = 46 766	Vaginal n = 2 292 420	Adjusted odds ratio*	Absolute risk difference* per 1000 deliveries
Overall severe morbidity	1279 (27.3)	20 639 (9.0)	3.1 (3.0 to 3.3)	19.3 (17.7 to 21.0)
Hemorrhage requiring hysterectomy	12 (0.3)	254 (0.1)	2.1 (1.2 to 3.8)	0.1 (0.02 to 0.3)
Hemorrhage requiring transfusion	11 (0.2)	1 500 (0.7)	0.4 (0.2 to 0.8)	-0.4 (-0.5 to -0.1)
Any hysterectomy	27 (0.6)	367 (0.2)	3.2 (2.2 to 4.8)	0.4 (0.2 to 0.6)
Uterine rupture	7 (0.2)	660 (0.3)	0.5 (0.2 to 1.0)	-0.2 (-0.2 to 0.0)
Anesthetic complications	247 (5.3)	4 793 (2.1)	2.3 (2.0 to 2.6)	2.7 (2.2 to 3.4)
Obstetric shock	3 (0.1)	435 (0.2)	0.4 (0.1 to 1.1)	-0.1 (-0.2 to 0.02)
Cardiac arrest	89 (1.9)	887 (0.4)	5.1 (4.1 to 6.3)	1.6 (1.2 to 2.1)
Acute renal failure	2 (0.04)	45 (0.02)	2.2 (0.5 to 9.0)	0.02 (-0.01 to 0.2)
Assisted ventilation or intubation	6 (0.1)	133 (0.05)	2.0 (0.9 to 4.5)	0.1 (0.0 to 0.2)
Puerperal venous thromboembolism	28 (0.6)	623 (0.3)	2.2 (1.5 to 3.2)	0.3 (0.1 to 0.6)
Major puerperal infection	281 (6.0)	4 833 (2.1)	3.0 (2.7 to 3.4)	4.3 (3.6 to 5.1)
In-hospital wound disruption	41 (0.9)	1 151 (0.5)	1.9 (1.4 to 2.5)	0.4 (0.2 to 0.8)
Obstetric-wound hematoma	607 (13.0)	6 263 (2.7)	5.1 (4.6 to 5.5)	11.1 (10.0 to 12.3)
In-hospital deaths‡	0	41 (0.02)		
Hospital stay				
Length, d [standard deviation]	3.96 [1.36]	2.56 [1.36]		
Adjusted mean difference,* d				1.47 (1.46 to 1.49)

Note: ‰ = per thousand.

\*Adjusted for maternal age, year of birth, province of hospital delivery, elderly primigravida (first pregnancy at  $\geq 35$  yr of age) and grand multiparity ( $\geq 5$  previous viable pregnancies).

†Healthy women with singleton gestation and no previous cesarean sections who underwent cesarean delivery with breech presentation were used as a surrogate for a low-risk planned cesarean delivery group; see Methods section, for details.

‡ $p = 0.87$  with 2-tailed Fisher's exact test.

# Chứng cứ khoa học về nguy cơ trên thai nhi

- Không có bằng chứng về việc giảm tử vong chu sinh và ngạt sơ sinh khi gia tăng tỷ lệ MLT (Bergso 1983, Joffe 1994, Eckerlund 1999)
- Tăng tỷ lệ mổ lấy thai không cải thiện được tình trạng chu sinh (Villar 2006)
- Mắc bệnh hô hấp tăng khi MLT trước chuyển dạ giữa tuần lễ 37 đến 39. (Morrison 1995)

# Hô hấp

*(Morrisson, 1995 Br J OG)*

Nghiên cứu trên hơn 33 000 trẻ sinh ra;  
nguy cơ về hô hấp ở trẻ MLT so với sanh ngã âm đạo

**RR KTC 95 %**

---

<b>37 SA</b>	<b>14.3 [8.9 – 23.1]</b>
<b>38 SA</b>	<b>8.2 [5.5 – 12.3]</b>
<b>39 SA</b>	<b>3.5 [1.7 – 7.1]</b>

# Nguy cơ thai chết trong tử cung không giải thích được ở lần có thai sau trong trường hợp mô lấy thai

*(Smith et al, Lancet, Nov 2003)*

- Scotland

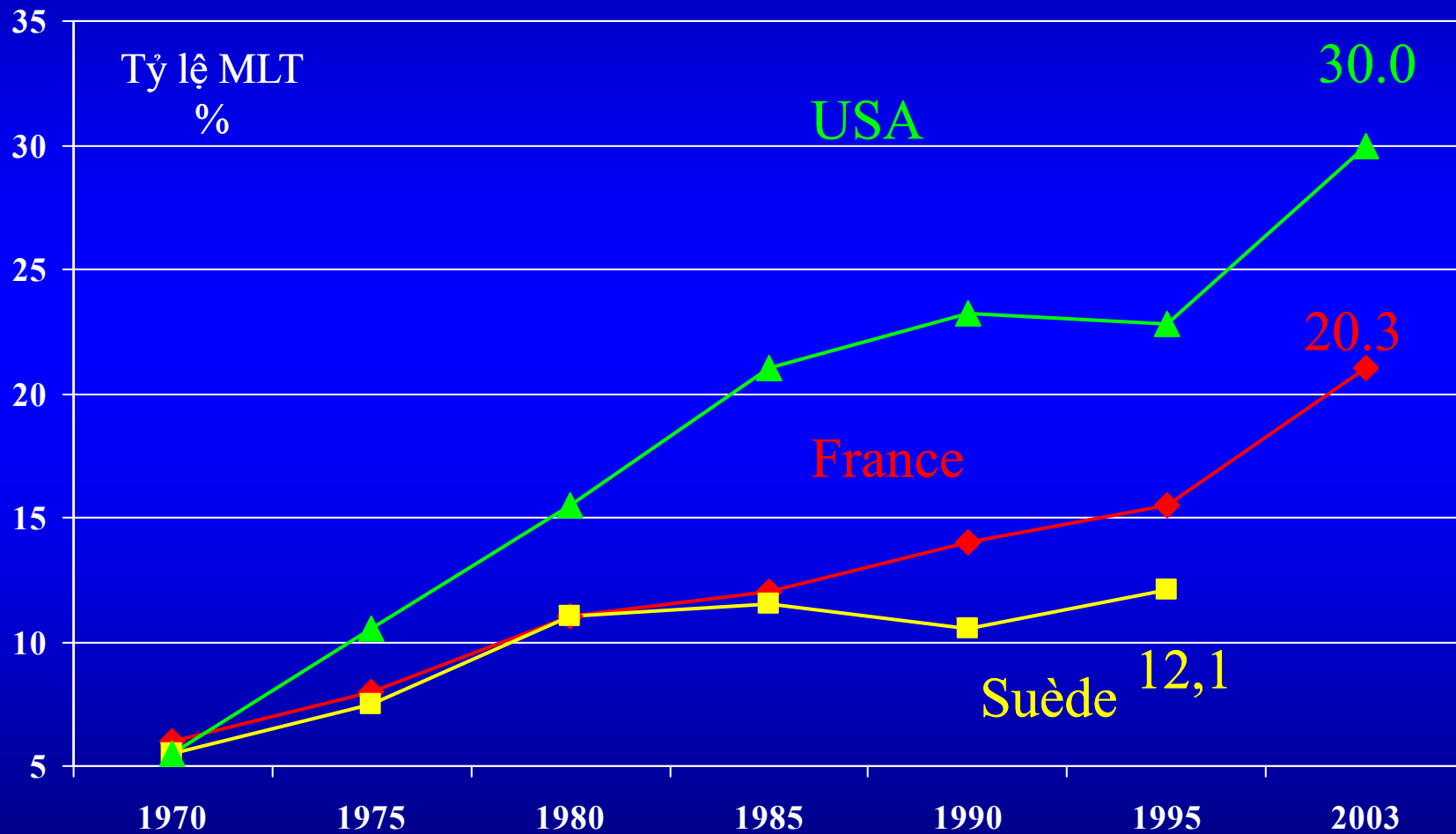
- 120 633 đơn thai (**2ème BB**) trong đó 17 754 có sọ mô cũ
- Đã loại trừ DTBS và bất đồng yếu tố Rhésus

- Nguy cơ thai chết trong tử cung  $\geq 34$  SA liên quan đến tiền căn MLT

- Không rõ nguyên nhân : OR hiệu chỉnh : 2,74 [1,74-4,30]
- Hiệu chỉnh = tuổi, chiều cao, **conditions SE**, hút thuốc lá, bệnh lý trong thai kỳ đầu, khoảng cách giữa 2 lần mang thai.
- Nguy cơ thai chết trong tử cung sau tuần lễ thứ 39 (sọ mô cũ so với không có sọ mô cũ) : 1,1/1 000 so với 0,5/1 000

# Mặc cho các số liệu hiện tại: tỷ lệ MLT vẫn tiếp tục tăng

(Langer JGOBR 1998; Guihard JGOBR 2001, Blondel JGOBR 2007)



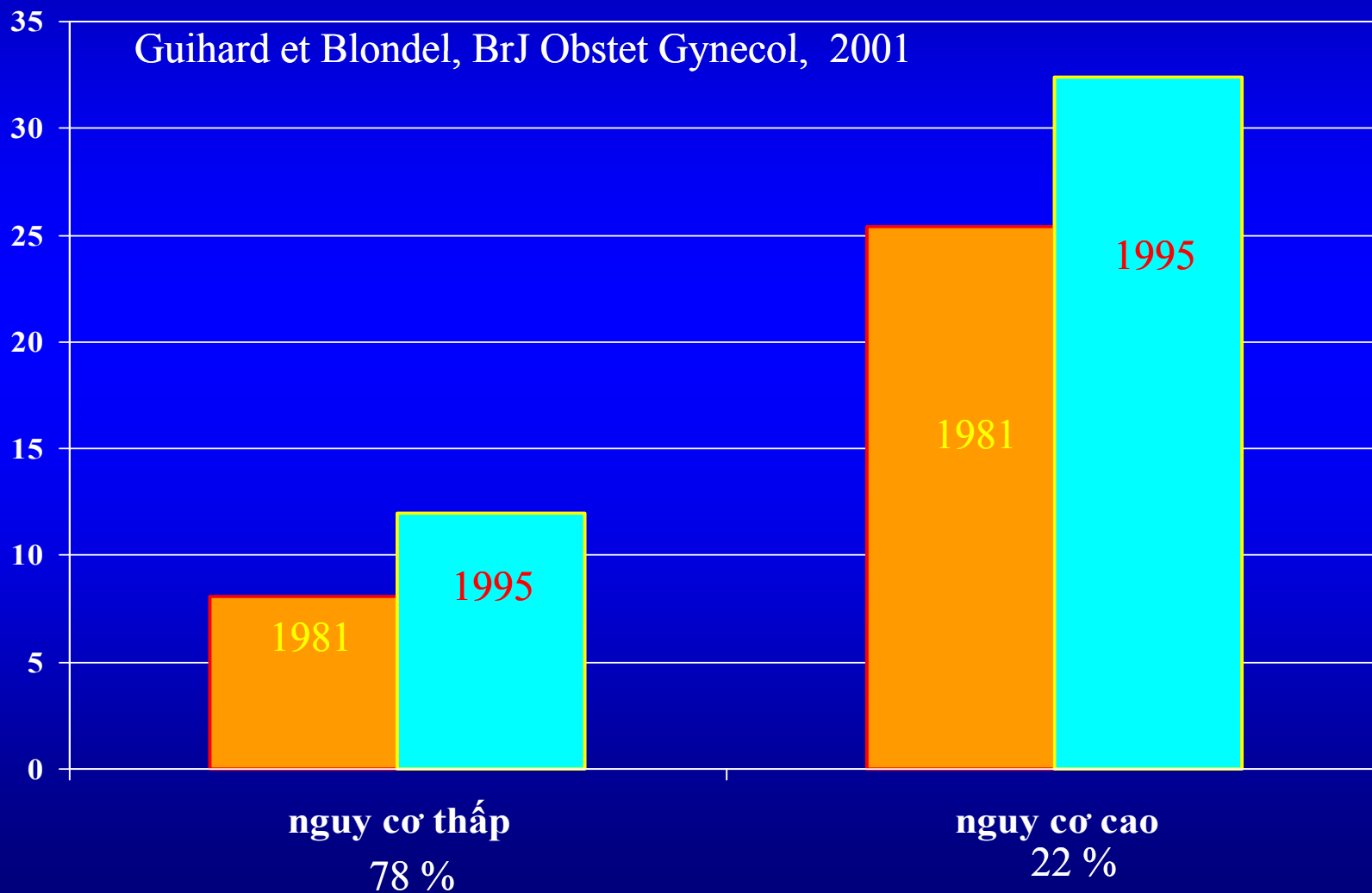
Enq périnatale française 1998 : tỷ lệ MLT = 17,5 % (Blondel và cs 2001)

# Sự gia tăng có hợp lý ?

- Những thuận lợi và bất lợi của mẹ về sức khỏe: số liệu có sẵn
- Có sự thay đổi yếu tố nguy cơ và chỉ định mổ theo thời gian ?
- Sự khác nhau về tỷ lệ giữa các nước, khu vực, các bác sĩ sản khoa và các bệnh viện phụ sản: dân cư có nguy cơ khác nhau ? Hậu quả chu sinh ?
- Những yếu tố làm giảm hoặc duy trì tỷ lệ MLT
- Chỉ định mổ và mổ theo yêu cầu

# Sự gia tăng bất kể nguy cơ

%



# Những thay đổi ở mẹ ?

Số lần sanh

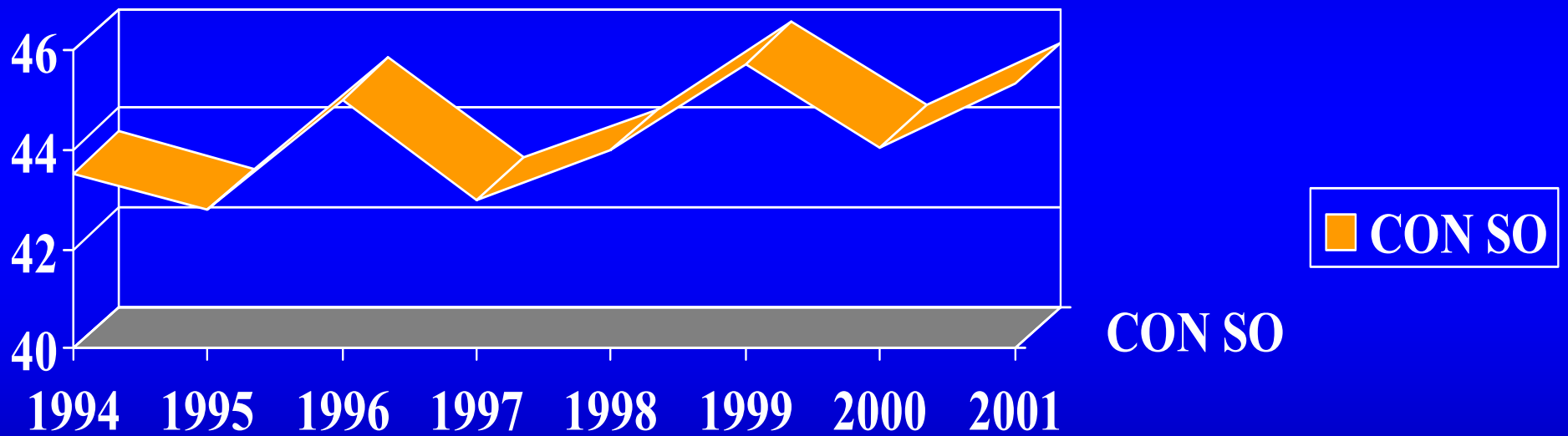
Tuổi

Sẹo mổ ở tử cung

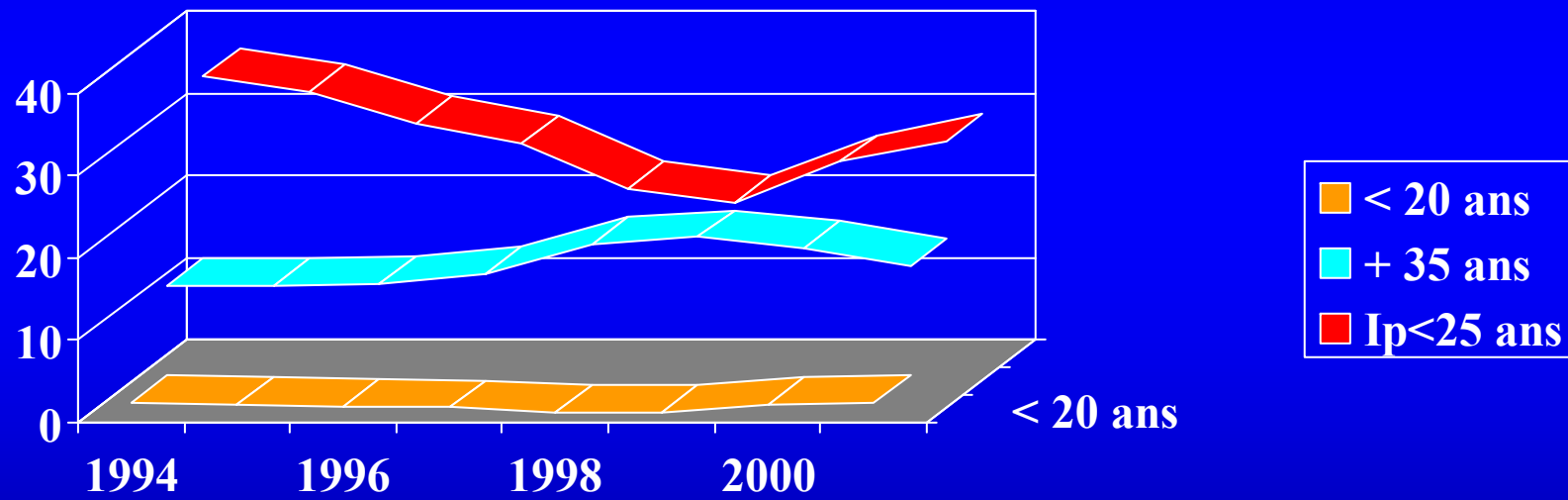
Bệnh lý



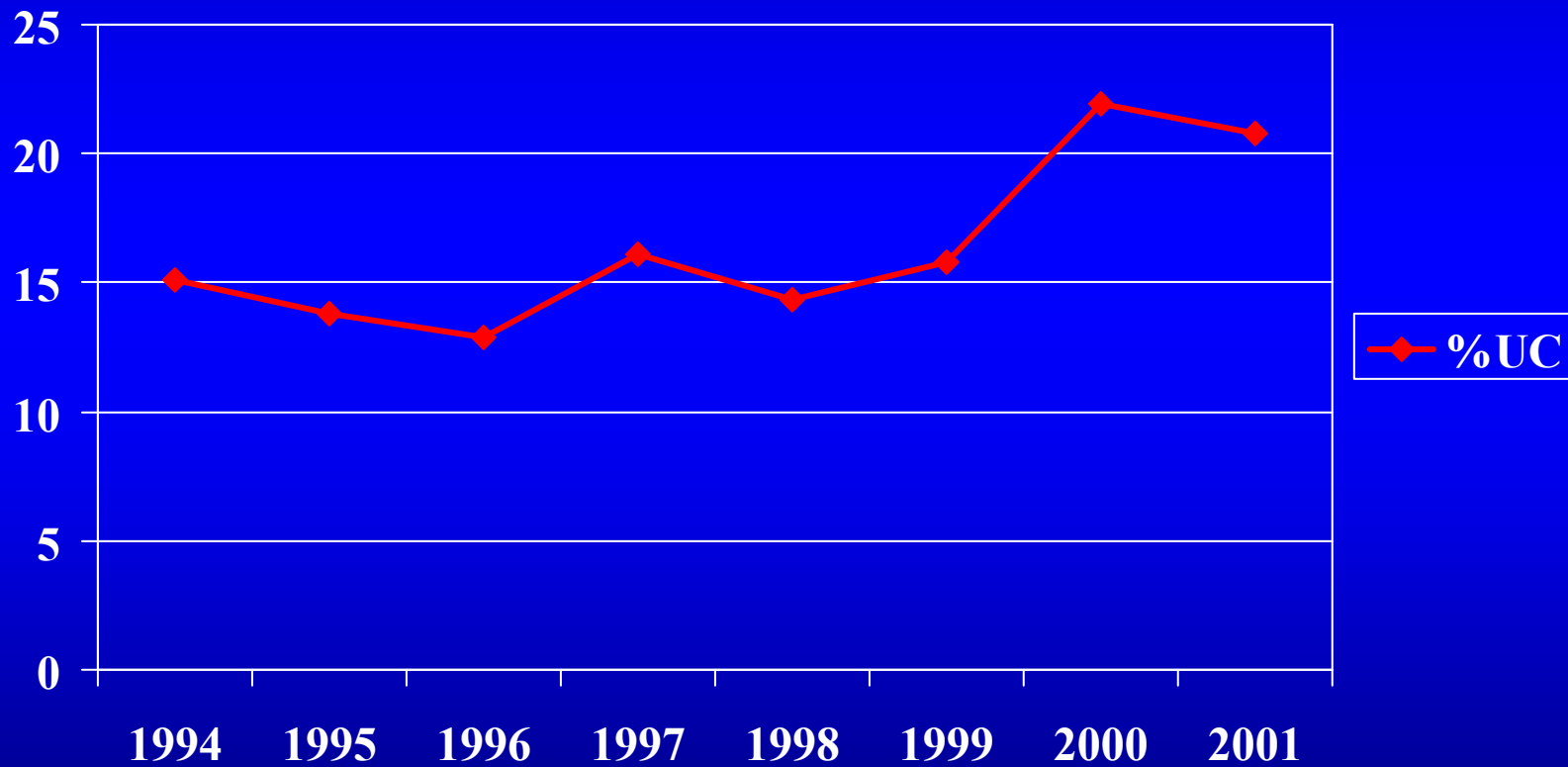
# Số lần sanh



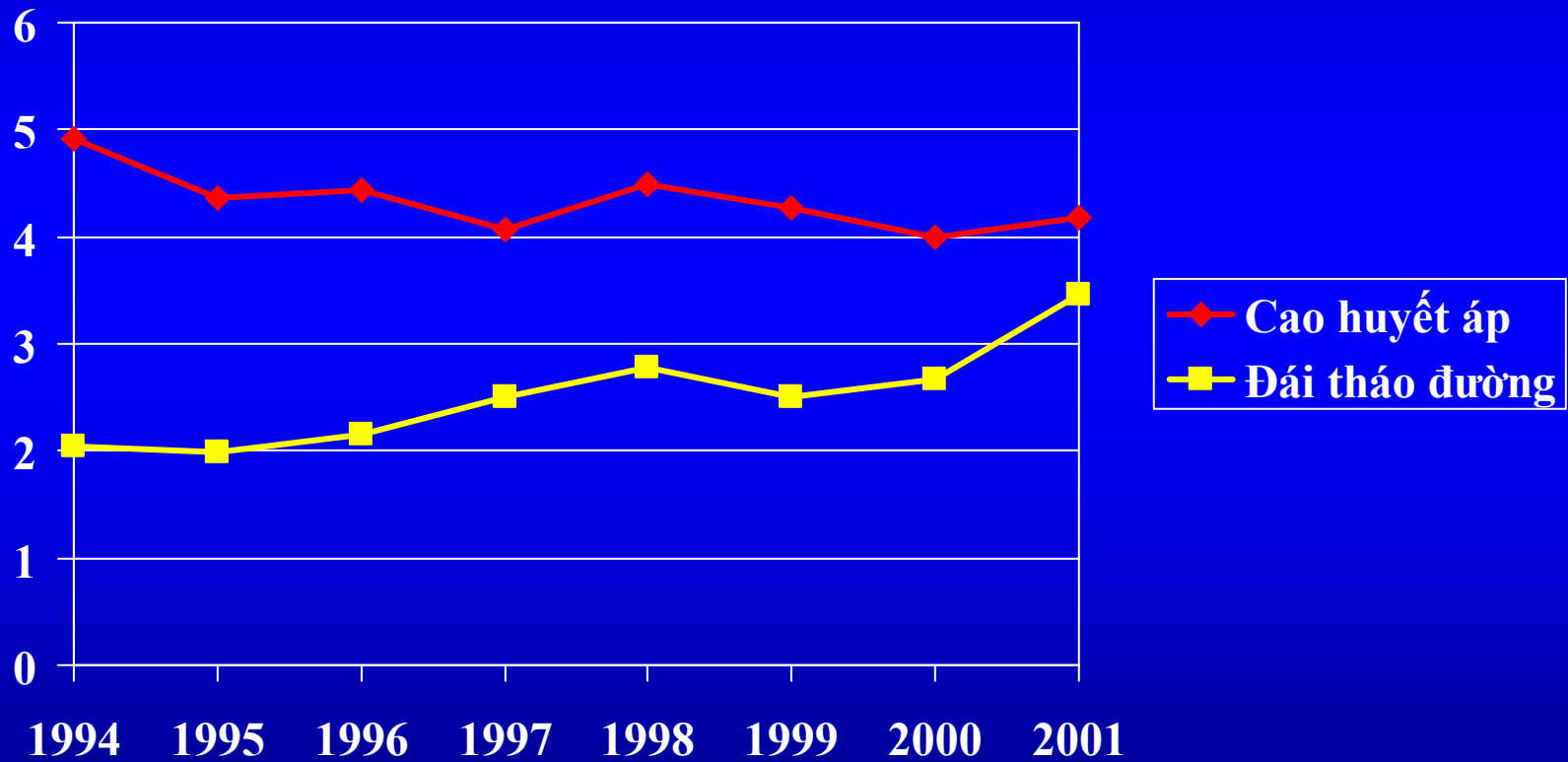
# Tuổi



# Seo mô ở tử cung



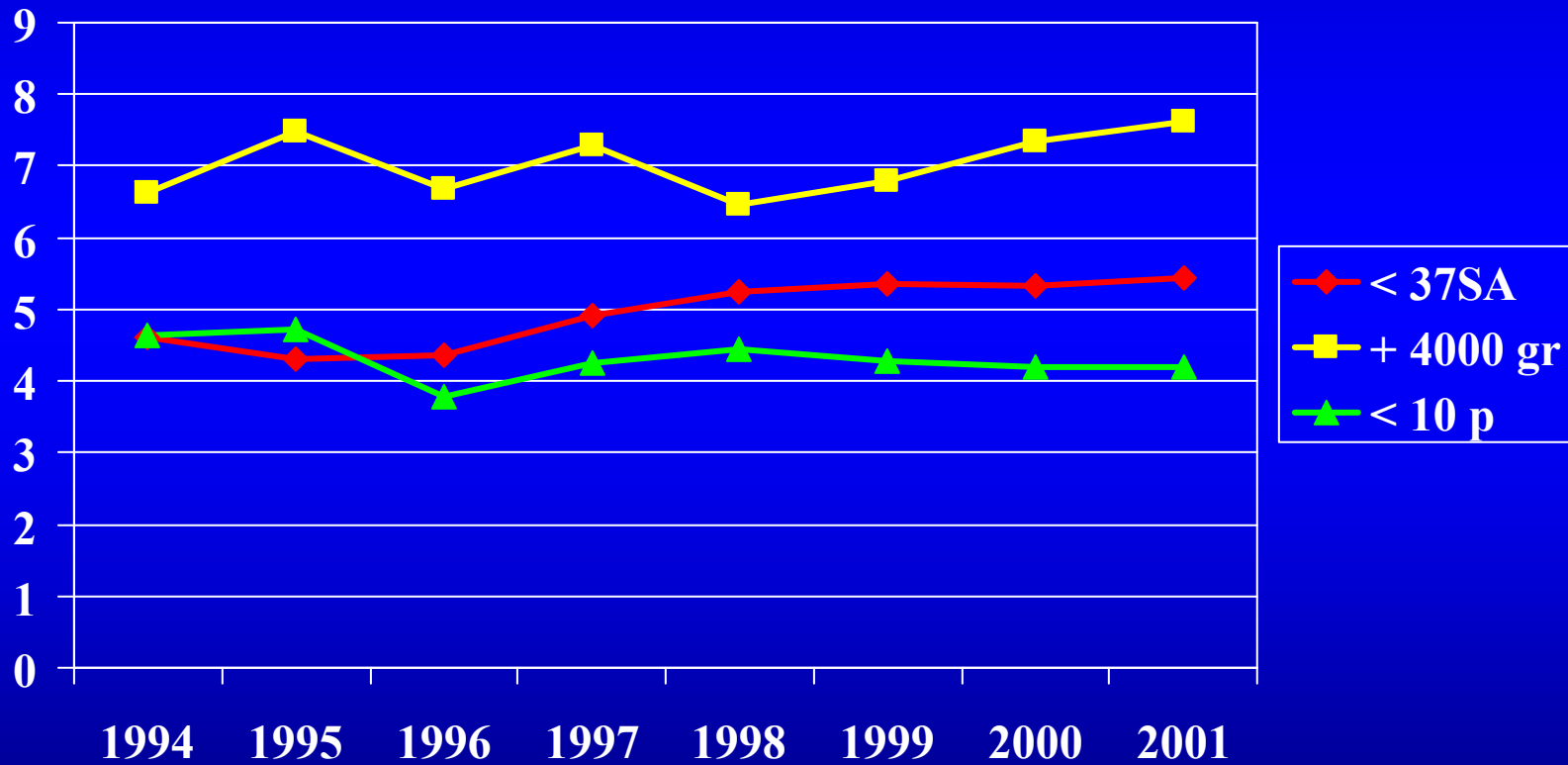
# BỆNH LÝ MẸ



# Những yếu tố thay đổi ở trẻ?

- Cân nặng
- Tuổi thai
- Ngôi thai

# TRẺ SƠ SINH



# NGÔI THAI

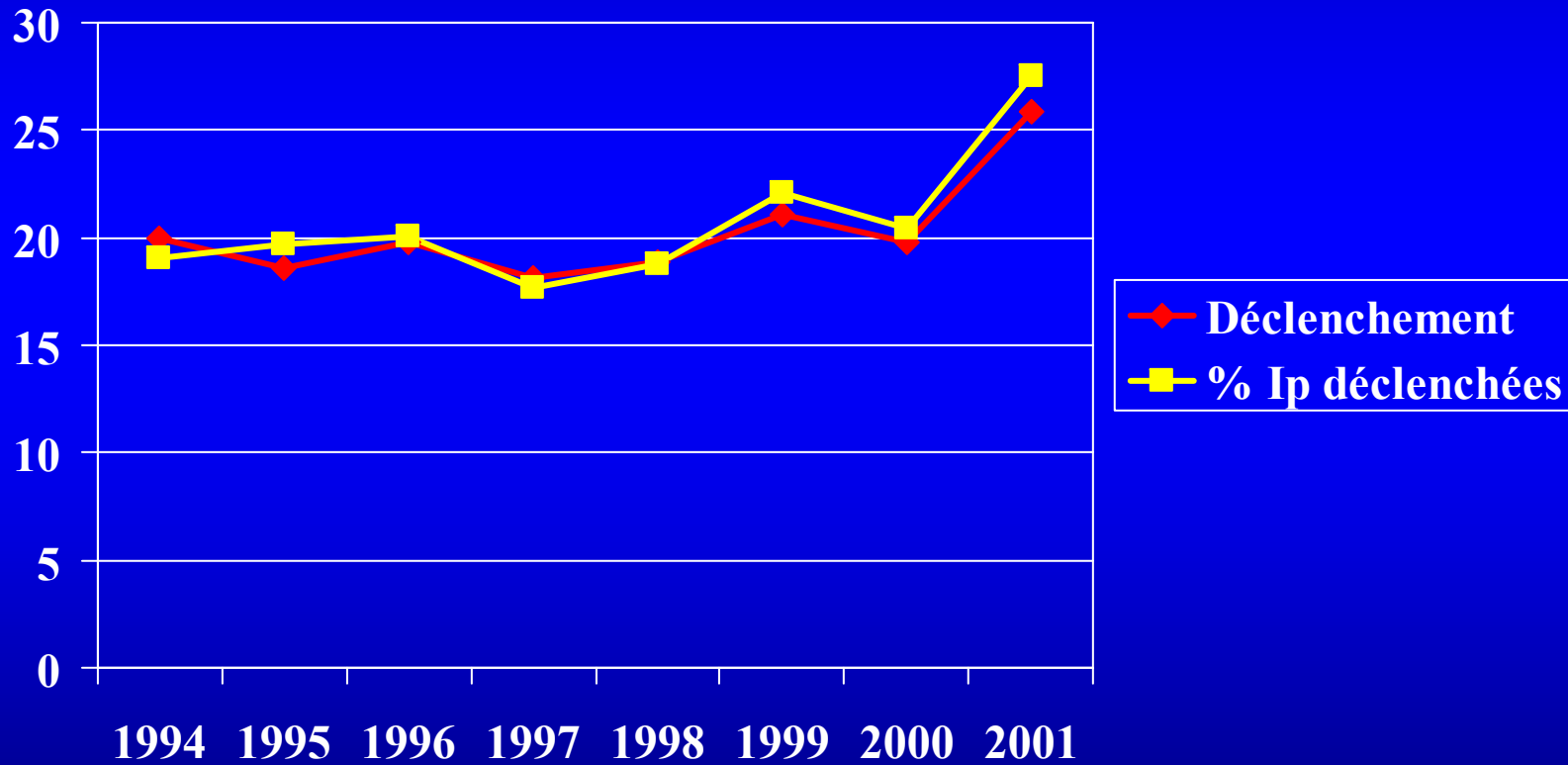


# CÁC YẾU TỐ SẢN KHOA?

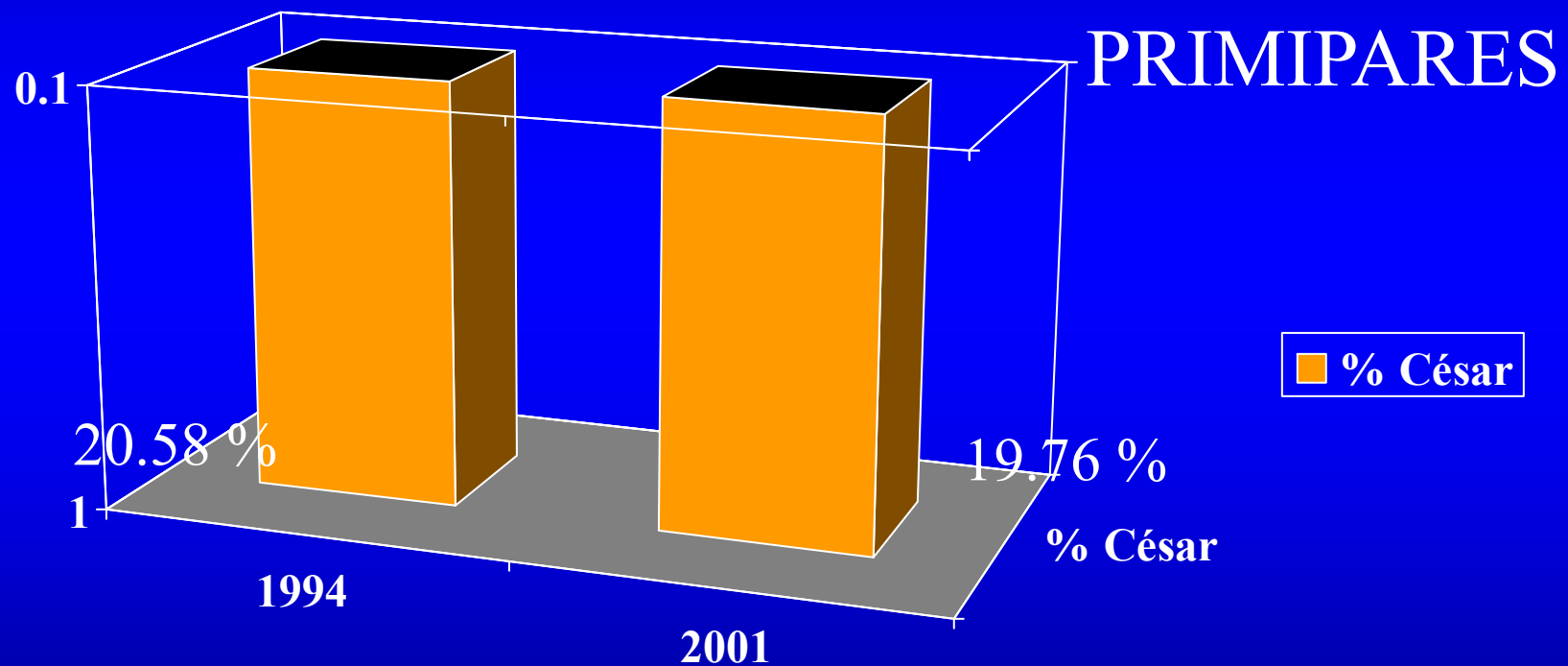
- Khởi phát chuyển dạ
- Giảm đau
- Sẹo mổ cũ ở tử cung
- Ngôi mông

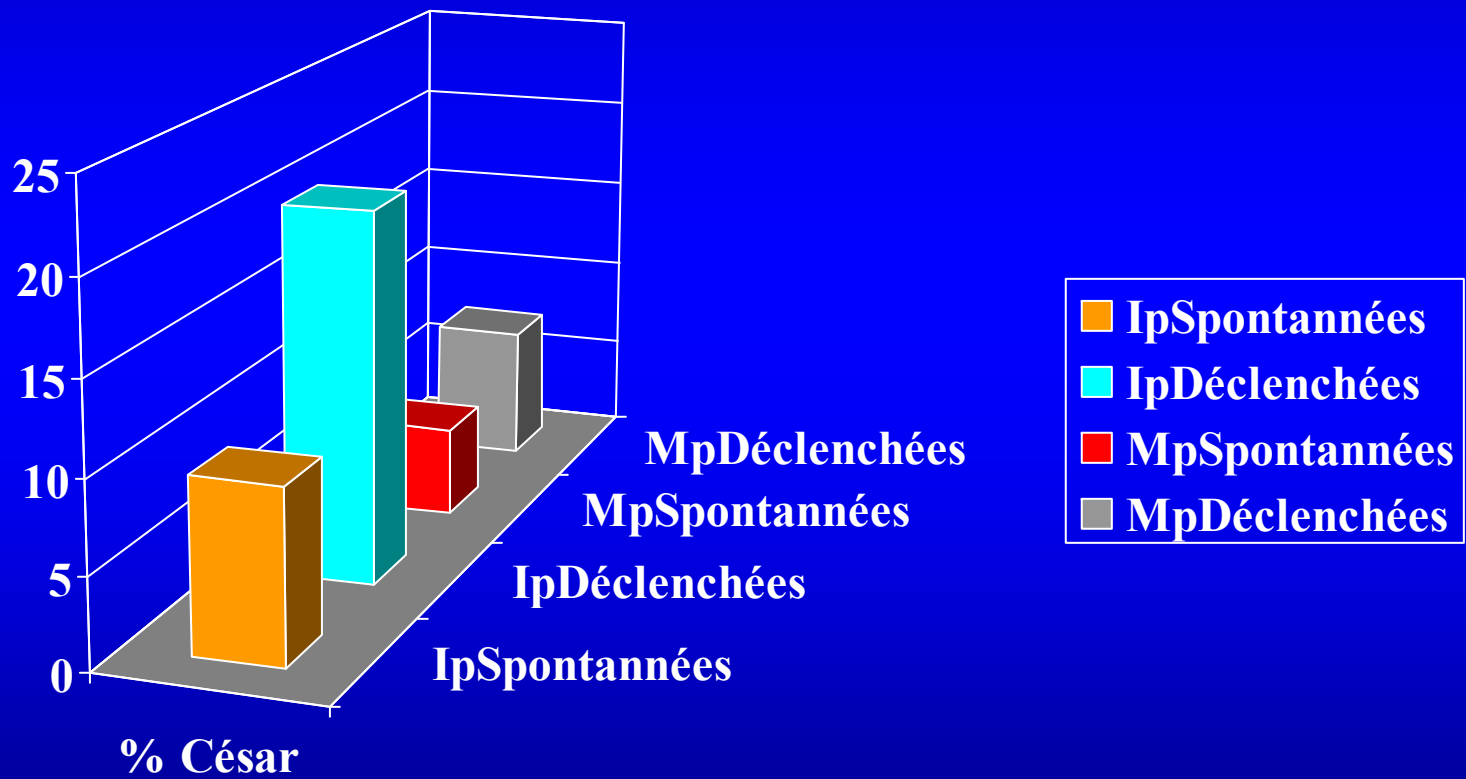


# Khởi phát CD



# Kết quả khởi phát chuyển dạ 1994 / 2001

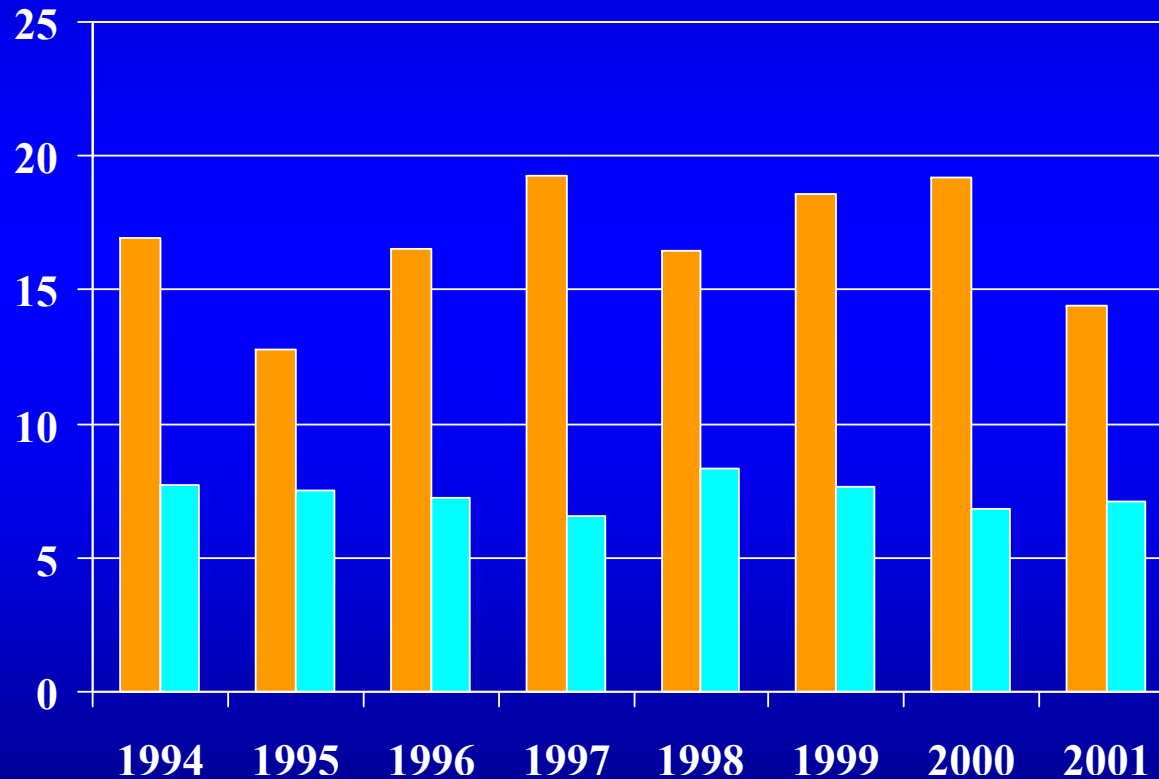




# KPCD ở sản phụ không có bệnh lý

*PRIMIPARES*

%  
*César*



HTA = 0

DIG = 0

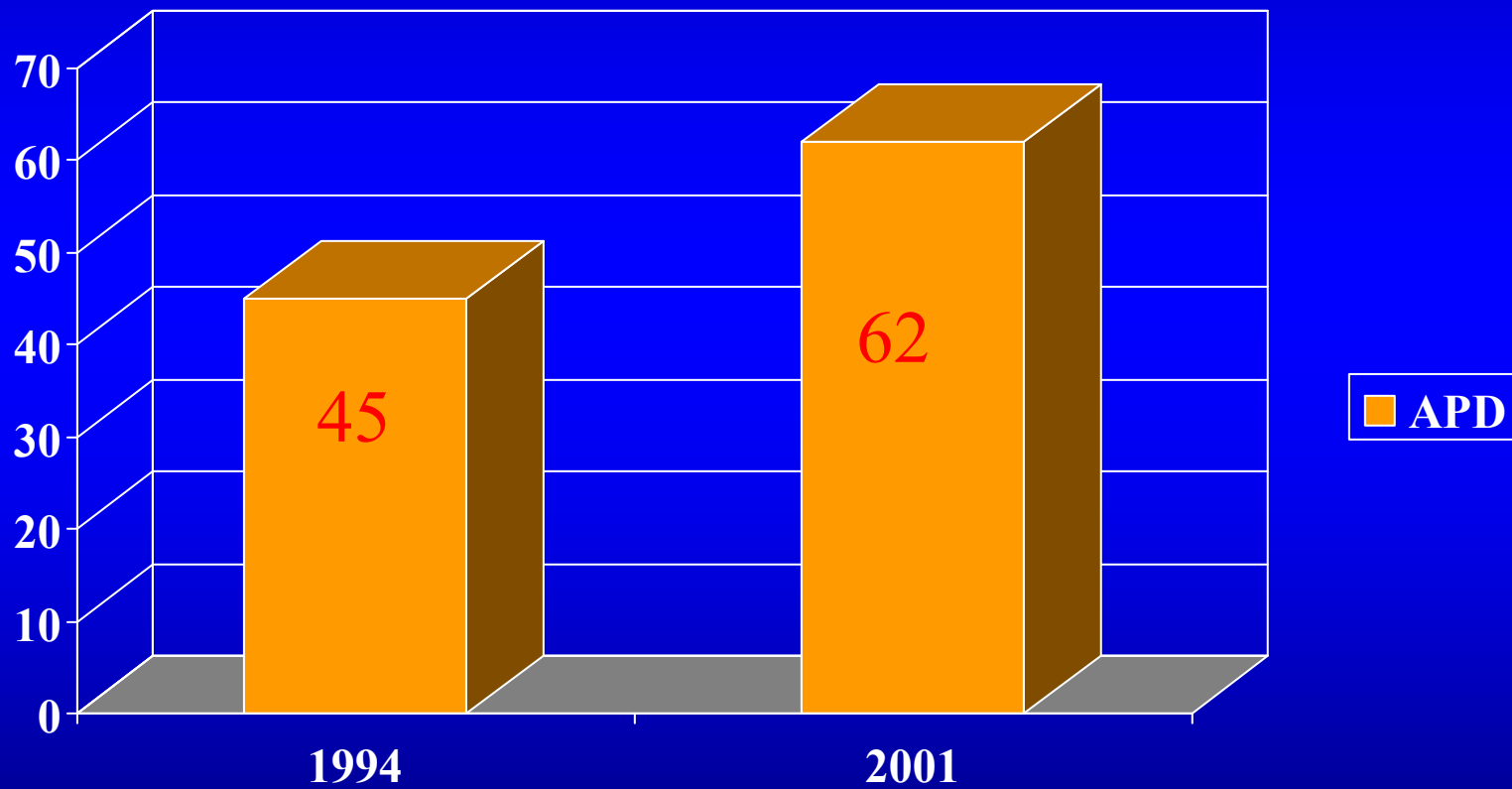
Sommet

39 < < 41

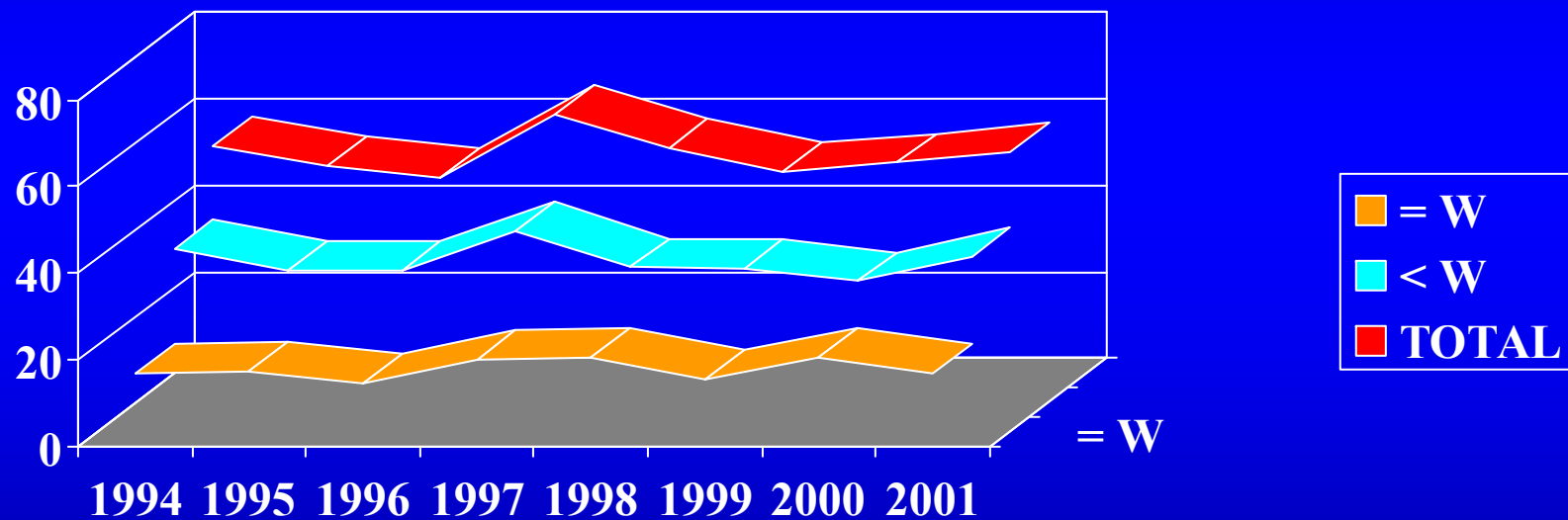
2800 < < 3900

■ Déclenché  
■ Spontané

# GIẢM ĐAU



# SẸO MỔ TỬ CUNG



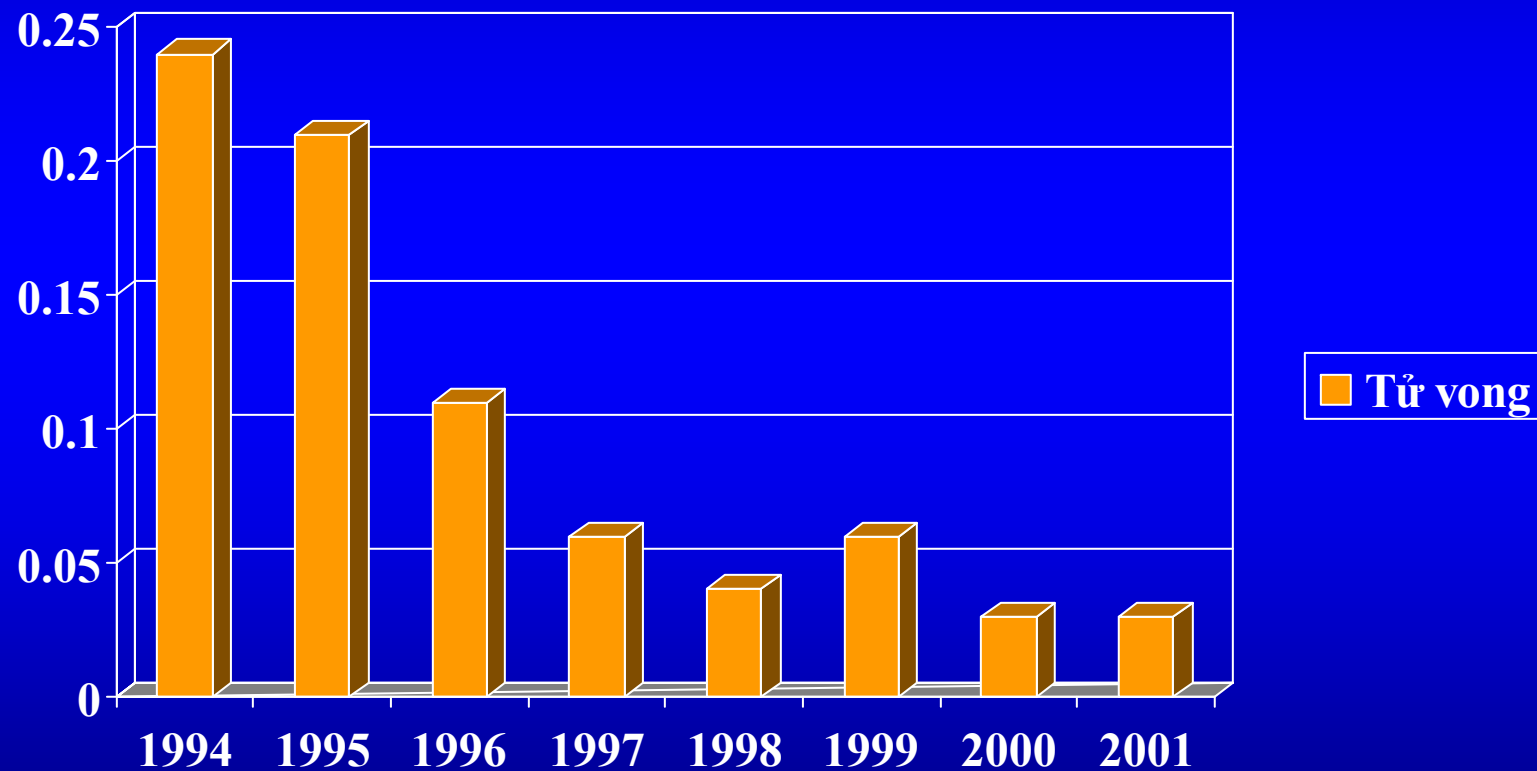
Bảng biến thiên tỷ lệ MLT trên tử cung có VMC 1 lần ở lần mang thai tiếp theo, ngôi đầu

# NGÔI MÔNG TRONG CHUYỂN ĐẠ

---

	94-95	96-97	98-99	2000	2001
<i>% césar Tot</i>	59.7	57	64	67.5	72.4
<i>% césar Primi</i>	62.7	65.4	71.9	75.3	81.4
<i>% césar Multi</i>	57.7	47.3	56	58.4	64.1

# Sức khỏe em bé có tốt hơn? ?





# Sự khác biệt về tỷ lệ ở các nước, dân cư có nguy cơ khác nhau ?

- **172 vùng ở Massachusset**

*(Acker, Am J Obstet Gynecol 1988)*

- **Tỷ lệ hiệu chỉnh theo tuổi so với tỷ lệ trung bình**
- **RR = 0,63 - 1,30 (p < 0,05)**

- **26 000 sản phụ và 21 bệnh viện phụ sản (Ohio)**

*(Aron, JAMA 1988)*

- **Phân tích đa biến (39 yếu tố nguy cơ)**
- **Tỷ lệ hiệu chỉnh : 8,4 à 22 %**

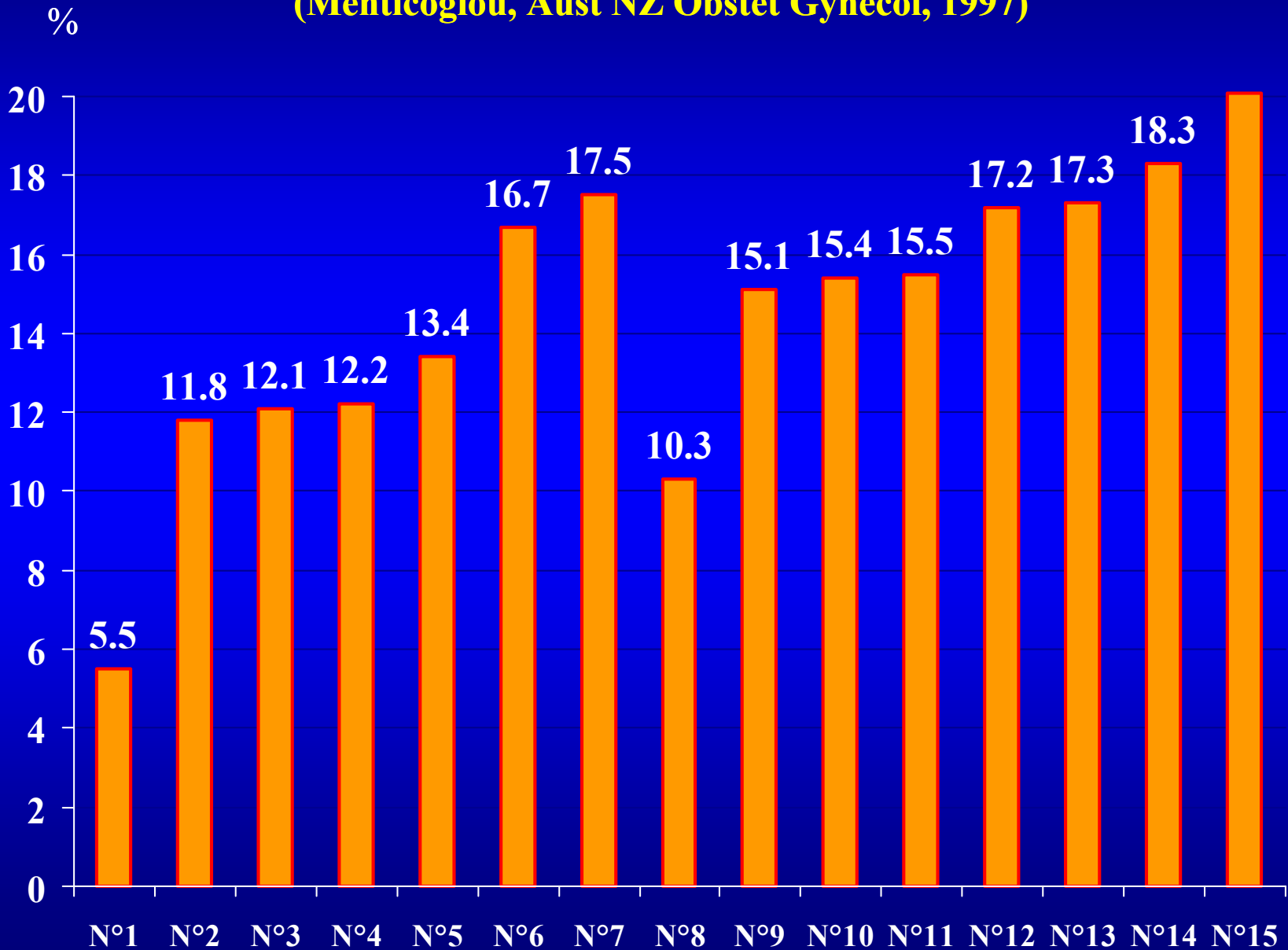
## **Khác biệt về tỷ lệ : dân cư có nguy cơ khác nhau ?**

(Menticoglou, Aust NZ Obstet Gynecol, 1997)

- **Đơn thai,  $\geq 2\ 500$  grs, chưa sinh lần nào, ngôi đầu : n = 6728 (1989-1995)**
- **15 bác sĩ sản khoa trong khoa sản đại học Canada thực hiện hơn 200 trường hợp 1 năm.**
  - So sánh với 1 bệnh viện ở Pháp
  - Tỷ lệ MLT chung = 13,6 %
- **Tỷ lệ sơ sinh chuyển viện theo BS và nguyên nhân chuyển viện :**
  - Trước, trong hay chu sinh

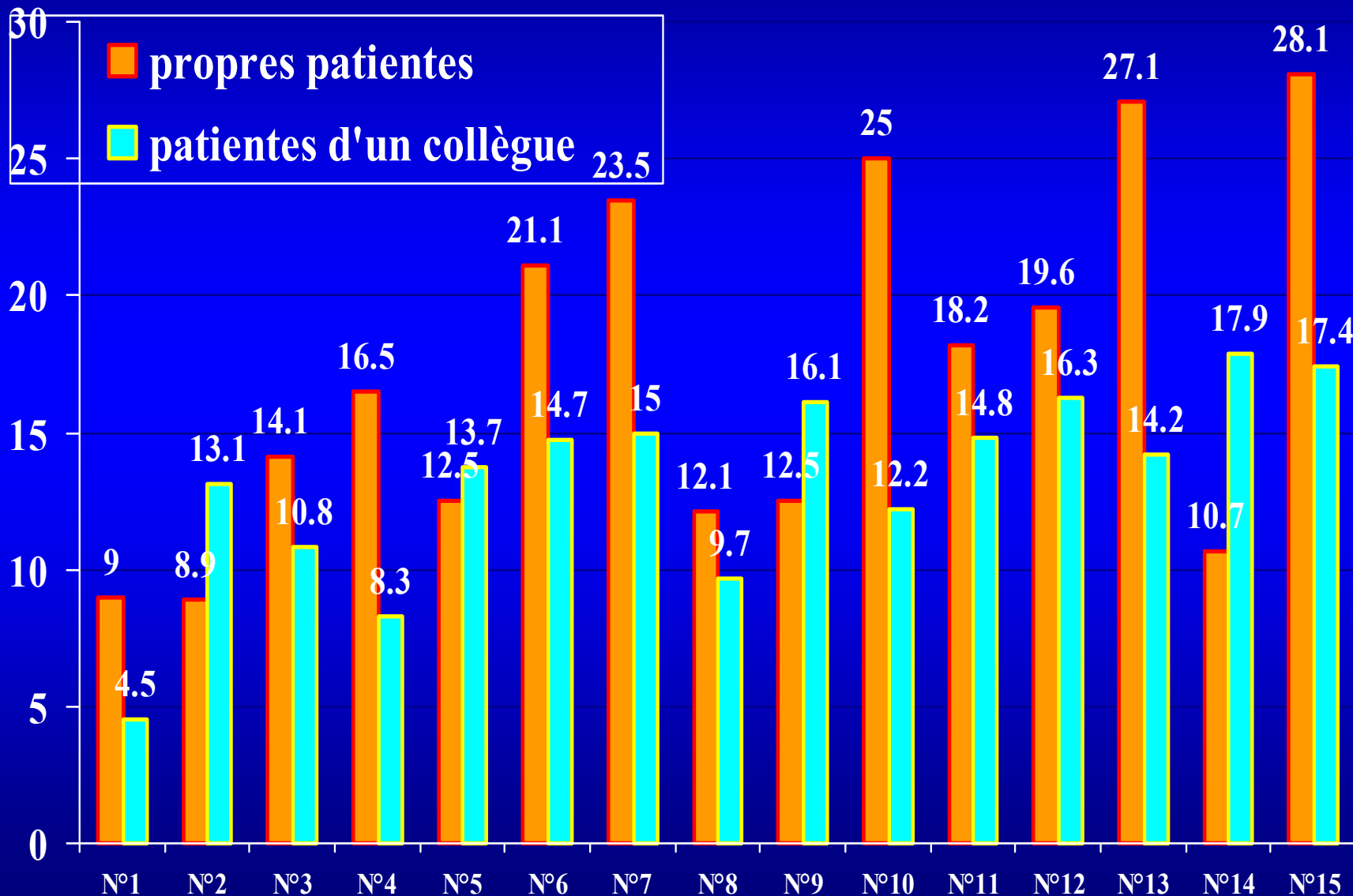
# Sự khác biệt có phải do: Dân số có nguy cơ khác nhau ?

(Menticoglou, Aust NZ Obstet Gynecol, 1997)



# Sự khác biệt có phải do: Dân số có nguy cơ khác nhau ?

(Menticoglou, Aust NZ Obstet Gynecol, 1997)



## Villar et al, WHO study, Lancet 2006

8 pays d'Amérique Latine – 24 régions – 120/410 maternités tirées au sort –  
Données individuelles pour 106 000 accouchements sur 3 mois consécutifs

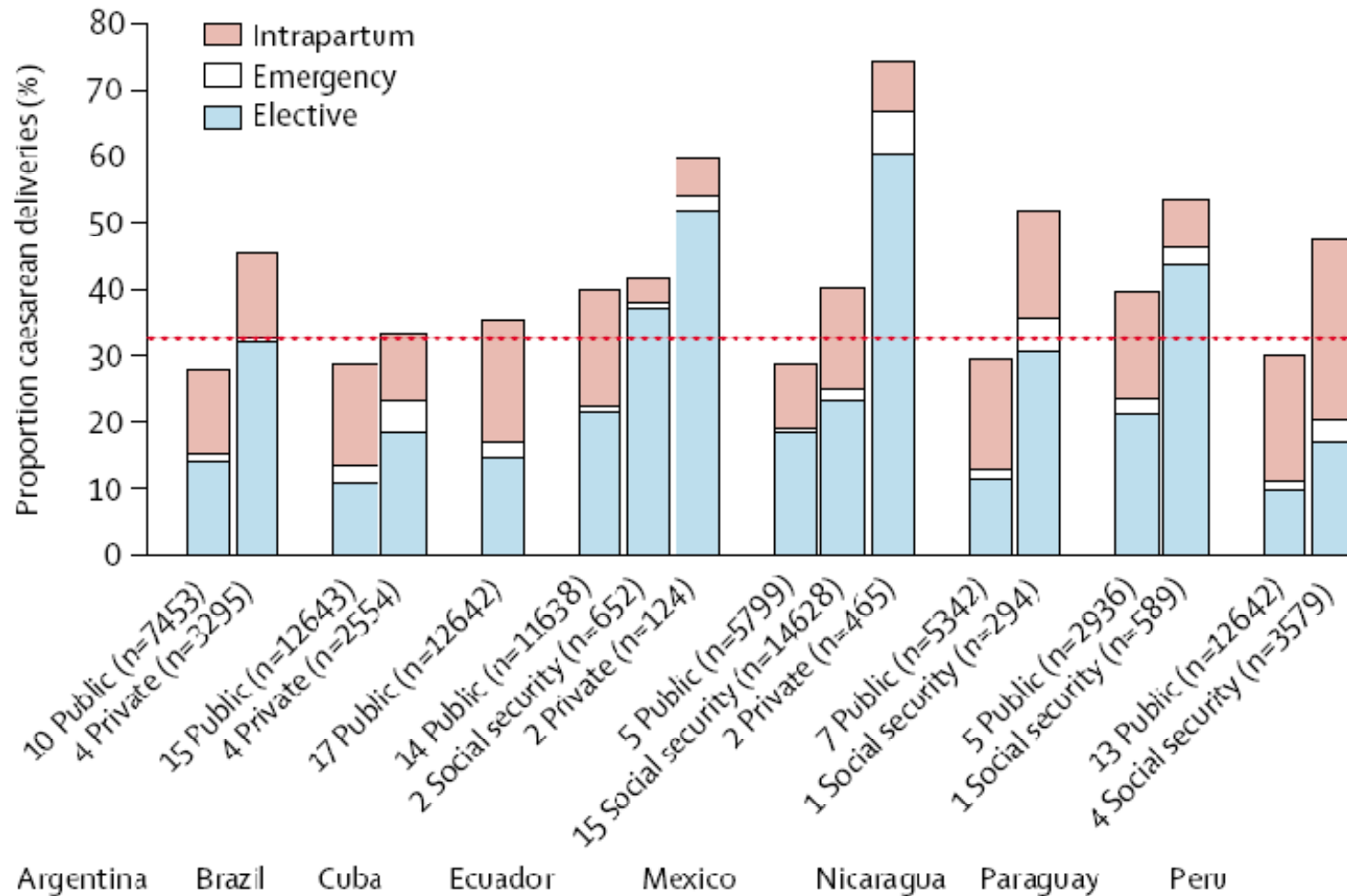


Figure 2: Proportion of elective, emergency, and intrapartum caesarean deliveries done, according to type of institution and country

# Yếu tố nguy cơ không do thuốc

- *Thời gian mổ*
  - Quá tải ca mổ do nguyên nhân thiếu oxy thường trong khoảng thời gian 18 H 00 và 0 H 00 (chuyển dạ < 16 heures) (*Fraser, Am J Obstet Gynecol 1987*)
  - Quá tải ca mổ do **pour SFA** giữa 21g và 3g :  
R = 1,56 [1,06-2,29] après régression  
(*Hueston, J Fam Practice 1996*)
- *Thầy thuốc*
  - Kết quả thay đổi theo tuổi
  - Cách thực hiện (mais USA)
- **Yếu tố tổ chức và cấu trúc (Facteurs organisationnels et de structure)**

# Các yếu tố làm giảm tỷ lệ sanh mổ

- **Audit** trong một quốc gia, khu vực, bệnh viện sản, cho mỗi bác sĩ sản khoa: tỷ lệ chuẩn hóa
- **Yếu tố đầu tiên** = hạn chế sanh mổ ở những phụ nữ chưa có con mà có nguy cơ thấp
- **Yếu tố y khoa :**
  - Ngoại xoay thai trong ngôi mông
  - Hạn chế khởi phát chuyển dạ khi CTC chưa thuận lợi
  - **Examen de 2ème ligne dans la surveillance foetale**
  - Cách tiếp cận khác nhau với các trường hợp sanh khó
  - Chẩn đoán chính xác vào đầu chuyển dạ
  - Thử thách sanh ngã âm đạo với tử cung có sẹo mổ cũ ...

# Những điều chưa biết

- Ảnh hưởng trên sức khỏe khi tỷ lệ MLT trước chuyển dạ ↗↗
  - Bệnh tật và tử vong mẹ ↗ ?
  - Hậu quả sản khoa : nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, tắc ruột, vỡ tử cung ↗
  - ↗ Thai chết trong tử cung ?
  - Vô sinh, ảnh hưởng y khoa khác về lâu dài ?
- Chi phí và chăm sóc ?
  - Mắc gấp x 3 (Clark 1991, Gillette 1996)
- Trước khi đề xuất chiến lược mới :
  - Cần đánh giá đúng lợi ích và hạn chế



## Người phụ nữ muốn gì khi vào chuyển dạ ?

- Xu hướng : sanh mổ theo yêu cầu của sản phụ
  - GB : 9 (1996) - 5.2 % (2006)
- Nhiều dữ liệu cho thấy, những người chăm sóc :  
15 - 30 % mong muốn được sanh mổ (thay đổi tùy theo nghề nghiệp, giới và tuổi )
- Và các sản phụ như thế nào ? Theo nghiên cứu của úc (*Turner et al, BJOG, 2008*)
  - Thông tin trên 17 biến chứng của sanh ngã âm đạo
  - Rủi ro tối đa mà bạn có thể chấp nhận trước khi lựa chọn phương pháp mổ là gì?
  - Câu hỏi được đặt ra cho những phụ nữ chưa có con (n=122), nội trợ (84), các bác sĩ sản (166), các nhà phẫu thuật đại- trực tràng (79) và niệu- sinh dục (12) ...

## Turner et al, BJOG, 2008

	CS systémat.	I Anale	I Urin.	Forceps	épisio
Phụ nữ chưa con	2%	32%	51%	73%	84%
Nữ hộ sinh	10%	15%	23%	63%	77%
Bác sĩ sản	21%	3%	10%	41%	71%
Nhà phẫu thuật	44%	2%	4%	41%	46%
BS niệu-sinh dục	50%	5%	8%	48%	74%

## **MLT không có chỉ định y khoa có phải được gây ra một phần bởi người chăm sóc?**

- **Sanh ngã âm đạo rất là nguy hiểm !**
- **Dự đoán quá mức về nguy cơ khi sinh ngã âm đạo của các bác sĩ sản và tác động dự phòng của mổ lấy thai**
- **Mức độ rủi ro do quyết định MLT của các bs Sản thì thấp hơn so với quyết định của các sản phụ (Niveau de risque entraînant une décision de césarienne chez professionnels très inférieur à celui des femmes)**

# Thông tin cho bệnh nhân

- Xã hội thay đổi và mối quan hệ thầy thuốc- bệnh nhân trở nên bình đẳng hơn
- Người bệnh ngày càng được tham gia nhiều vào các quyết định y khoa có liên quan đến họ
  - Thay đổi tích cực
- Nhận thức của bác sĩ về phương diện pháp lý
  - Chính các bác sĩ là những người cung cấp thông tin đầy đủ cho bệnh nhân của họ (arrêt du 25/02/1997)

# Thông tin cho người bệnh và quyết định y khoa

- Dựa vào những thông tin được cung cấp, có thể dùng những trị liệu thay thế và chúng tương đương nhau trong vấn đề sức khỏe
- Đưa ra những số liệu khoa học để chứng minh cho các trị liệu thay thế
- Những trị liệu thay thế này phải có sự « thấu hiểu từ người bệnh » Ces alternatives sont « compréhensibles » pour le patient et comprises
- Chọn lựa của bệnh nhân là quyết định cuối cùng

# Thông tin và cuộc mổ

- Người phụ nữ thường mong muốn được tham gia vào những quyết định có liên quan đến cuộc sanh của họ
- Sự hài lòng của các sản phụ có liên quan đến mức độ họ tham gia vào việc đưa ra các quyết định (Brown 1994; Geary 1997)
  - Một số tranh luận trái ngược với điều này (Localio 1993, Sakama 1993)
- Scotland 1994 : 7,7 % quyết định MLT trong đơn thai là do yêu cầu của các sản phụ (1 % các trường hợp sanh) (Wilkinson 1998)

# Lý do người bệnh mong muốn MLT

- Yêu cầu của người phụ nữ thường liên quan đến :
  - Niềm tin xã hội và gia đình...
  - Yếu tố tâm lý
  - Những điều sắp xảy ra và sợ cuộc sanh ngã âm đạo
  - « Gây ra » bởi sự lo lắng của các bs sản (theo Turner và cs) ?
- Hiếm khi do một nguyên nhân y khoa rõ ràng
- Chấp nhận yêu cầu của người phụ nữ = để họ tin rằng sanh ngã âm đạo là nguy hiểm

# Thầy thuốc chấp nhận

- Vì người bệnh đã được thông tin một cách rõ ràng lợi ích và nguy cơ về quyết định của họ
  - Cá nhân có quyền quyết định số phận của họ!
  - Những người nghĩ ngược lại là những bác sĩ lỗi thời , cuộc đấu tranh bảo vệ
  - Y khoa « độc đoán » đã sống lại !
- **Glissement normal de la médecine :**  
Bệnh nhân là nhân vật chính đưa ra chọn lựa mà họ đã được thông tin một cách xác đáng



# Hậu quả của quyết định này

- Sự thiếu trách nhiệm và thiếu sự tham gia của các bác sĩ trong các quyết định y khoa
  - Đưa đến những hậu quả không thể chối cãi về lãnh vực sức khỏe
- Đối với một số bác sĩ, sự chiều theo ý người bệnh giúp làm giảm các nguy cơ về pháp lý (**Démagogie pour certains médecins, médecine défensive pour d'autres qui voient dans ce désengagement une manière de diminuer le risque médico-légal**)
- Dần dần, các bác sĩ sẽ thảo luận ít hơn về các « chỉ định » (ít đối thoại hơn)

# Thông tin và thấu hiểu vấn đề được đặt ra

- Người bác sĩ trong tình huống này cần phải biết rằng
  - *Il est hypocrite et démagogique de penser qu 'il n 'a pas de pouvoir ...*
- Hiểu từng phần của vấn đề, những thông tin được truyền đi ?
  - Rõ ràng chưa ?
  - Trung thực ?
  - Thấu đáo ?
  - Vô tư ?
  - ...

# Giải pháp khi bệnh nhân mong muốn được MLT

- **Vấn đề được đặt ra: (Problématique)**
  - **Đối thoại: Nhằm chia sẻ quyết định**
  - **Hiểu được lý do mong muốn của người bệnh**
  - **Thông tin về lợi ích và bất lợi khi MLT**
  - **Gặp và trao đổi với sản phụ nhiều lần trong thai kỳ**

# Kết luận : yêu cầu MLT(1)

- Cần cung cấp thông tin rõ ràng và xem xét lại trong nhiều lần khám.
  - Nhằm hiểu được yêu cầu của người bệnh (« trao đổi thông tin từ hai phía»)
  - Đa số sản phụ sẽ chấp nhận thử sanh ngã âm đạo.

## Kết luận : yêu cầu MLT (2)

- Nếu người sản phụ vẫn khẳng khẳng giữ ý muốn của mình
  - Bác sĩ không nhất thiết phải chấp nhận những yêu cầu phi lý ( yêu cầu mà không có bằng chứng về lợi ích cho người bệnh)
  - **La clause de conscience reste possible avec une orientation de la patiente**

# CONCLUSION

- Cải tiến MLT
  - Kỹ thuật
  - Phương pháp dự phòng
  - → giảm các nguy cơ chính
    - Tuy nhiên nguy cơ của MLT > sanh ngã AD > 0
    - Và tồn tại một số bệnh lý bắt buộc phải MLT

- Nguyên văn y khoa
  - « FIRST, NO HARM »

Trái ngược lại với một số ý nghĩ cho rằng sự gia tăng MLT là một tiên bộ của sản khoa hiện đại

MLT phải được xem là phương pháp sanh đứng thứ 2.

Bệnh nhân cần phải được thông tin về nguy cơ có liên quan đến phương pháp sanh mổ

Mặc dù MLT có tính chất lặp đi lặp lại nhưng các phẫu thuật viên cần cẩn thận, biết phát hiện các biến chứng và giải quyết các biến chứng đó.

# NHẮC LẠI (RPC CNGOF 2000)

- *Sanh ngã âm đạo có nguy cơ tử vong và tàn tật thấp hơn so với mổ lấy thai. (NP2)*
- So với sanh mổ và với tuổi thai như nhau, sanh ngã âm đạo làm giảm nguy cơ bệnh ở trẻ sơ sinh. (NP3)
- *La césarienne en cours de travail est associée à un risque de mortalité et de morbidité maternelle plus élevé que la césarienne pendant le travail*
- *Sanh ngã âm đạo phải được ưu tiên hàng đầu so với MLT khi chưa vào chuyển dạ, tuy nhiên cần phải xem xét lại đối những trường hợp mà nguy cơ mổ trong chuyển dạ là rất cao và ưu tiên. (NP4)*