

Nghiên cứu thực trạng tử vong mẹ và một số yếu tố liên quan đến tử vong mẹ tại tỉnh An Giang giai đoạn 2016 - 2020

Trần Võ Huỳnh Nghĩa Nhân¹, Dương Anh Linh¹, Nguyễn Thị Minh Triết¹, Từ Lan Vy¹

¹Trung tâm Kiểm soát bệnh tật An Giang

doi: 10.46755/vjog.2022.3.1483

Tác giả liên hệ: (Corresponding author): Trần Võ Huỳnh Nghĩa Nhân, email: nghianhan1176411@gmail.com

Nhận bài (received): 8/9/2022 - Chấp nhận đăng (accepted): 25/9/2022

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Mang thai và sinh đẻ là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, bệnh tật và tàn tật cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.

Mục tiêu: (1) Xác định các chỉ số về tử vong mẹ và những nguyên nhân gây tử vong mẹ tại tỉnh An Giang; (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến nguyên nhân tử vong mẹ trực tiếp và gián tiếp tại tỉnh An Giang giai đoạn 2016 - 2020.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu, trên 42 đối tượng tử vong mẹ tại tỉnh An Giang giai đoạn 2016 - 2020.

Kết quả: Tỷ lệ tử vong mẹ chung là 25/100.000 trẻ sơ sinh sống, tỷ lệ tử vong mẹ giai đoạn sau sinh chiếm 42,8%. Tỷ lệ tử vong do "chậm 1" chiếm 46,8%, "chậm 3" là 43,5% và "chậm 2" chiếm 9,7%. Tỷ lệ tử vong mẹ trực tiếp có mối liên quan đến giai đoạn thai kỳ chuyển dạ/sinh ($p = 0,013$).

Kết luận và kiến nghị: Nâng cao truyền thông đến đối tượng phụ nữ mang thai phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường trong giai đoạn thai kỳ để được quản lý và chăm sóc thai tốt hơn; nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, công tác giám sát hoạt động chuyên môn tại tuyến cơ sở.

Từ khóa: tử vong mẹ, An Giang.

The study on maternal mortality rate and some factor to maternal deaths in An Giang province, 2016 - 2020

Tran Vo Huynh Nghia Nhan¹, Duong Anh Linh¹, Nguyen Thi Minh Triet¹, Tu Lan Vy¹

¹ Centers for Disease Control of An Giang

Abstract

Background: Pregnancy and childbirth are two of the leading causes of death, diseases and disabilities among women of childbearing age.

Objectives: (1) To identify indicators of maternal mortality and causes of maternal mortality in An Giang province, 2016 - 2020; (2) To identify some factors related to direct and indirect causes of maternal death in An Giang province, 2016 - 2020.

Materials and methods: A retrospective study with 42 maternal deaths in An Giang province, 2016 - 2020.

Results: The maternal mortality rate was 25 deaths per 100.000 live births, the postpartum maternal deaths is 42.8%, The delays in seeking care rate was 46.8%, the delay in receiving adequate care was 43.5% and the delay access to medical services was 9.7%. Direct obstetric deaths related to pregnancy, labour and delivery ($p = 0.013$).

Conclusions and request: Improve communication for pregnant women to detect early signs of abnormalities in pregnancy for good pregnancy care and management; It is necessary to improve the quality of reproductive health services, supervision of professional activities and the work of media education at the grassroots medical level.

Keywords: maternal deaths, An Giang.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mang thai và sinh nở là những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, bệnh tật và tàn tật ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2010, ước tính có 287.000 ca tử vong mẹ (TVM) trên toàn cầu, chiếm 85% gánh nặng toàn cầu [1]. Ở Việt Nam, tỷ số TVM giảm hơn 3 lần so với năm 1990, nhưng

có sự chênh lệch lớn giữa các vùng miền [2].

Những yếu tố ảnh hưởng đến tử vong mẹ là: thiếu kiến thức, khó tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế, thiếu thuốc thiết yếu và trang thiết bị cấp cứu sản khoa... Bên cạnh đó, phong tục tập quán lạc hậu trong chăm sóc bà mẹ trong và sau khi sinh, tình trạng phụ nữ đẻ tại nhà không được nhân viên y tế đỡ còn phổ biến ở khu

vực miền núi, đồng bào các dân tộc thiểu số. Cơ sở vật chất, trang thiết bị, đặc biệt ở các bệnh viện tuyến huyện chưa đáp ứng được nhu cầu chăm sóc, điều trị cấp cứu sản khoa. Nhân lực chuyên ngành sản phụ khoa còn rất thiếu, nhất là tuyến huyện.

Tại tỉnh An Giang, những năm gần đây số ca tử vong mẹ hằng năm từ năm 2016 đến nay có xu hướng tăng. Do đó, nghiên cứu thực trạng tử vong mẹ và một số yếu tố liên quan đến tử vong mẹ tại tỉnh An Giang giai đoạn 2016 - 2020 với các mục tiêu sau: (1) Xác định các chỉ số về tử vong mẹ và những nguyên nhân gây tử vong mẹ tại tỉnh An Giang giai đoạn 2016 - 2020; (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến nguyên nhân tử vong mẹ trực tiếp và gián tiếp tại tỉnh An Giang giai đoạn 2016 - 2020.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các trường hợp tử vong mẹ được thu thập thông qua công tác thẩm định TVM được thực hiện trong tỉnh khoảng thời gian từ 2016 - 2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ các trường hợp TVM giai đoạn 2016 – 2020;

Cỡ mẫu: 42 trường hợp.

Nội dung nghiên cứu bao gồm: đặc điểm chung của thai phụ/sản phụ tử vong (tuổi, dân tộc, học vấn, nghề

ng nghiệp, kinh tế, nơi sống...); các nguyên nhân tử vong (trực tiếp, gián tiếp...); các yếu tố liên quan. Trong đó:

- **Chậm trễ 1:** Chậm phát hiện và quyết định tìm đến dịch vụ y tế (bao gồm: không biết hay chậm nhận ra các dấu hiệu bất thường; Không nhận thức được mức độ nguy hiểm của các dấu hiệu bất thường; Không biết cần phải làm gì khi có các dấu hiệu bất thường; Không biết phải đi đến cơ sở y tế nào để nhận dịch vụ điều trị; Giá của dịch vụ cao so với khả năng chi trả của gia đình; Chưa tin vào chất lượng dịch vụ y tế của địa phương; Các nguyên nhân khác).

- **Chậm trễ 2:** chậm tiếp cận dịch vụ y tế (khi đã có quyết định tìm kiếm dịch vụ y tế thì các yếu tố sau làm chậm trễ quá trình tiếp cận với dịch vụ y tế: Khoảng cách xa từ nhà đến cơ sở y tế; Tình trạng đường xá khó khăn; Không có sẵn phương tiện vận chuyển; Thiếu sự hỗ trợ của cộng đồng trong việc vận chuyển phụ nữ đến cơ sở y tế; Các nguyên nhân khác)

- **Chậm trễ 3:** chậm chăm sóc và điều trị thích hợp (bao gồm: sự có mặt của cán bộ y tế chưa kịp thời; Trình độ cán bộ y tế không đáp ứng trong việc xử lý các tai biến sản khoa; Không có sẵn thuốc thiết yếu cần thiết; Không có sẵn trang thiết bị, máy móc hoặc các trang thiết bị này không hoạt động; Thiếu việc điều phối, kết hợp giữa các nhân viên, các khoa/phòng tại cơ sở y tế trong tổ chức dịch vụ cấp cứu sản khoa; Các nguyên nhân khác).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm văn hoá - xã hội của đối tượng nghiên cứu

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi (tuổi)	15 - 19	1
	20 - 35	27
	> 35	14
Trình độ học vấn	Mù chữ	6
	Tiểu học	15
	THCS	13
	THPT	4
	> THPT	4
Dân tộc	Kinh	39
	Khác	10
Nghề nghiệp	CNVC	2
	Buôn bán/nội trợ	26
	Nông dân/CN	13
	Khác	1
Địa bàn sinh sống	Nông thôn	31
	Thành thị	8
	Miền núi	3

Có 64,3% đối tượng từ 20 - 35 tuổi, chủ yếu là dân tộc kinh chiếm 92,9% và sinh sống tại nông thôn chiếm 73,8%. Trình độ học vấn tiểu học là 35,7% và THCS là 31% chiếm đa số. Hầu hết các bà mẹ có công việc buôn bán/nội trợ chiếm 61,9%.

Bảng 2. Đặc điểm về sức khỏe sinh sản của đối tượng nghiên cứu

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Mang thai	1 lần	9	21,4
	2 lần	16	38,1
	≥ 3 lần	17	40,5
Tuổi thai	< 28 tuần	6	14,3
	≥ 28 tuần	36	85,7
Khám thai	< 3 lần	20	47,6
	≥ 3 lần	22	52,4
Phương pháp sinh	Chưa sinh/lưu	9	21,4
	Sinh thường	4	9,5
	Sinh mổ	29	69,1
Giai đoạn tử vong	Trong lúc mang thai	12	28,6
	Trong lúc chuyển dạ/sinh	12	28,6
	Sau sinh	18	42,8

Qua nghiên cứu trên 42 đối tượng, có 40,5% đối tượng mang thai lần 3 trở lên, 47,6% đối tượng khám thai dưới 3 lần. Phần lớn tử vong giai đoạn sau sinh chiếm 42,8% và có 85,7% đối tượng tử vong giai đoạn tuổi thai từ 28 tuần trở lên.

3.2. Tỷ số tử vong mẹ và nguyên nhân tử vong tại tỉnh An Giang giai đoạn 2016 - 2020

Bảng 3. Tỷ lệ tử vong mẹ và nguyên nhân tử vong mẹ

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Tỷ lệ TVM	Trực tiếp	25	59,5
	Gián tiếp	17	40,5
Nguyên nhân TVM trực tiếp	Chảy máu/BHSS	12	36,4
	Tiền sản giật/sản giật	8	24,2
	Nhiễm trùng	4	12,1
	Thuyên tắc ối	7	21,2
	Khác	2	6,1
Nguyên nhân TVM gián tiếp	Viêm phổi	4	23,5
	Bệnh tim/MMN	9	52,9
	Ung thư	2	11,8
	HIV	1	5,9
	Nhiễm trùng tiêu hoá	1	5,9
TVM liên quan đến "3 chậm trễ"	Chậm 1	29	46,8
	Chậm 2	6	9,7
	Chậm 3	27	43,5
Mối liên quan giữa "3 chậm trễ"	Chậm (1) + Chậm (2)	35	56,3
	Chậm (1) + Chậm (3)	56	90,3
	Chậm (2) + Chậm (3)	33	53,2

Có 59,5% TVM do nguyên nhân trực tiếp và có 40,5% TVM do nguyên nhân gián tiếp. TVM do chảy máu/BHSS chiếm 36,4%, TVM do bệnh tim/MMN chiếm 52,9%. Có 46,8% trường hợp tử vong do chậm 1 và 43,5% tử vong do chậm 3.

Bảng 4. Tỷ số tử vong mẹ giai đoạn 2016 - 2020

TVM	2016	2017	2018	2019	2020	Chung
Sơ sinh sống	34686	33627	32709	32640	32910	166572
Số ca TVM	5	6	12	7	12	42
Tỷ số TVM (/100.000)	14	18	37	21	36	25
	/100.000	/100.000	/100.000	/100.000	/100.000	/100.000

Tỷ số TVM trong 5 năm từ 2016 - 2020 có năm 2018 tỷ số TVM cao nhất là 37/100.000, năm 2020 36/100.000.

3.3. Mối liên quan giữa tử vong mẹ trực tiếp và các yếu tố nguy cơ

Bảng 5. Mối liên quan giữa các yếu tố ảnh hưởng đến tử vong mẹ trực tiếp

Đặc điểm	TVM		Phân tích đơn biến		Hồi qui đa biến	
	Trực tiếp n (%)	Gián tiếp n (%)	OR (KTC 95%)	P	OR (KTC 95%)	P
Tiền sử bệnh						
Có	5 (35,7)	9 (64,3)	-	-	-	-
Không	19 (67,9)	9 (32,1)	3,85 (0,98 - 14,3)	0,047	1,68 (0,33 - 8,50)	0,530
Tuổi thai						
< 28 tuần	1 (16,7)	5 (83,3)	-	-	-	-
≥ 28 tuần	23 (63,9)	13 (36,1)	0,11 (0,01 - 1,08)	0,068*	0,92 (0,04 - 19,6)	0,955
Thời gian tử vong						
Trong lúc mang thai	2 (16,7)	10 (83,3)	-	-	-	-
Giai đoạn chuyển dạ/sinh	11 (91,7)	1 (8,3)	55 (4,3 - 703,4)	0,002*	45,73 (2,3 - 930,4)	0,013
Sau sinh	11 (61,1)	7 (38,9)	7,86 (1,31 - 47,0)	0,024	7,41 (0,7 - 78,56)	0,096

* Fisher's exact test

Mô hình phân tích đa biến cho thấy có một yếu tố thật sự có ý nghĩa thống kê là thời gian tử vong mẹ. Nghiên cứu cho thấy, giai đoạn chuyển dạ/sinh có tỷ lệ TVM trực tiếp cao hơn so với trong lúc mang thai với OR = 45,73 (p = 0,013).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ số tử vong mẹ và nguyên nhân tử vong mẹ tại tỉnh An Giang giai đoạn 2016 - 2020

Qua nghiên cứu thu thập số liệu từ năm 2016 đến năm 2020 tại tỉnh An Giang, chúng tôi ghi nhận được tỷ số TVM từ năm 2016 - 2020 lần lượt là 14/100.000, 18/100.000, 37/100.000, 21/100.000 và 36/100.000. Tỷ số tử vong chung cho giai đoạn 2016 - 2020 là 25/100.000 trẻ sơ sinh sống. Qua những kết quả trên có thể thấy được tỷ số tử vong mẹ đang có chiều hướng gia tăng theo thời gian và năm 2020 tăng hơn 157% so với năm 2016. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì thấp hơn nghiên cứu của tác giả Trịnh Hữu Thọ năm 2011 với tỷ số tử vong mẹ trong 2 năm 2010-2011 là 46/100.000 trẻ sơ sinh sống [3] và nghiên cứu của Viện Chiến lược và chính sách y tế giai đoạn 2006-2007 là 46/100.000 [4]. Điều này có thể lý giải là nghiên cứu của chúng tôi mang tính cập nhật hơn và mục tiêu giảm tỷ lệ tử vong mẹ trong chương trình đạt được hiệu quả. Mặt khác, trong 5 năm từ 2016 - 2020 có tăng tỷ số tử vong mẹ tại An Giang, điều này có thể lý giải là việc phát hiện, xử trí và thống kê báo cáo ngày một chặt chẽ hơn. Bên cạnh đó, cũng không thể phủ nhận việc hạn chế trong việc phát hiện kịp thời những đối tượng thai phụ nguy cơ cao vì những đối tượng này thường đi làm ăn xa hoặc lựa chọn

khám thai tại các cơ sở y tế tư nhân. Đây là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến tình hình tai biến và tử vong cho thai phụ, sản phụ.

Về nguyên nhân tử vong, có 59,5% đối tượng tử vong do nguyên nhân trực tiếp và 40,5% đối tượng tử vong do nguyên nhân gián tiếp. Trong những nguyên nhân trực tiếp, có 36,4% đối tượng tử vong do chảy máu hoặc băng huyết sau sinh, 24,2% đối tượng tử vong do tiền sản giật/sản giật, 21,2% đối tượng tử vong do thuyên tắc ối, tử vong do nhiễm trùng hậu sản chiếm 12,5%. Trong các nguyên nhân TVM gián tiếp, phần lớn đối tượng tử vong do bệnh tim/mạch máu não chiếm 52,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Lale Say và cộng sự trong phân tích nguyên nhân tử vong mẹ của WHO ghi nhận được trong năm 2003 đến năm 2009 trên toàn thế giới thì nguyên nhân tử vong mẹ trực tiếp cao hơn so với nguyên nhân tử vong mẹ gián tiếp. Trong các nguyên nhân tử vong trực tiếp thì có 27,1% tử vong do băng huyết là chủ yếu [5].

Về nguyên nhân tử vong mẹ liên quan đến "3 chậm trễ", chúng tôi ghi nhận được có 46,8% là chậm 1, và 43,5% là chậm 3 và chậm 2 chỉ chiếm khoảng 9,7%. Trong các nguyên nhân tử vong do chậm 1, hầu hết các bà mẹ "không biết hay chậm nhận ra các dấu hiệu bất thường" và "không nhận thức được mức độ nguy hiểm của các dấu hiệu bất thường" chiếm chủ yếu. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Hữu Thọ năm 2011 với tỷ lệ tử vong do "Chậm 1" chiếm 46% và "Chậm 3" chiếm 39% [3]; và cũng khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Duy Hiến năm 2011 cũng cho thấy tỷ lệ tử vong mẹ do "Chậm 1" chiếm 38% là chủ yếu

do bà mẹ/người thân kém hiểu biết, dẫn đến chậm trễ trong quyết định lựa chọn đúng đắn các dịch vụ y tế cần thiết [1]. Mối liên quan giữa “3 chậm trễ” trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận rằng khi các yếu tố tác động giữa “Chậm 1” và “Chậm 3” có tỷ lệ TVM chiếm 45,2% cao nhất. Thật vậy, thực tế cho thấy thường có sự kết hợp nhiều “chậm trễ” tác động đến vấn đề TVM. Do vậy, cần kiểm soát tốt các vấn đề liên quan đến “3 chậm trễ” nhằm hạn chế TVM cho phụ nữ mang thai.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tử vong mẹ trực tiếp và gián tiếp tại tỉnh An Giang giai đoạn 2016 - 2020

Về tiền sử bệnh trước khi mang thai, chúng tôi ghi nhận được có 35,7% đối tượng tử vong trực tiếp có tiền sử bệnh và 67,9% đối tượng tử vong trực tiếp không có tiền sử bệnh trước đó với OR = 0,26, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,047$). Để khống chế các yếu tố nhiễu không loại trừ được, chúng tôi đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến để thực hiện thì yếu tố này loại khỏi mô hình nghiên cứu ($p = 0,53 > 0,05$). Mặt khác, có tiền sử bệnh trước khi mang thai có thể tiến triển nặng hơn do thai kỳ, vì vậy tầm soát để phát hiện có tiền sử bệnh trước đó hay không là yếu tố quan trọng để phân nhóm thai kỳ nguy cơ cao, có hướng tư vấn cho thai phụ chọn nơi chăm sóc thai và sinh cho phù hợp.

Về giai đoạn thai kỳ, chúng tôi ghi nhận được tỷ lệ tử vong trực tiếp ở giai đoạn chuyển dạ/sinh chiếm 91,7% cao hơn so với trong lúc mang thai là 16,7% với OR = 55; KTC 95% (4,3 - 703,4), ($p = 0,002$) và tử vong trực tiếp ở giai đoạn sau sinh chiếm 61,1% cao hơn so với trong lúc mang thai 16,7% với OR = 7,86; KTC 95% (1,31 - 47,0), ($p = 0,04$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhằm loại trừ các yếu tố nhiễu chưa khảo sát được, chúng tôi đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến, ghi nhận được còn lại một yếu tố là tử vong trực tiếp ở giai đoạn chuyển dạ/sinh cao hơn so với trong lúc mang thai với OR = 45,73; KTC 95% (2,25 - 930,4) ($p = 0,013$). Kết quả nghiên cứu khá phù hợp với các báo cáo của Vụ sức khỏe bà mẹ trẻ em năm 2020 cho thấy tỷ lệ tử vong do băng huyết sau sinh chiếm cao nhất, nên giai đoạn chuyển dạ/sinh và giai đoạn sau sinh là 2 giai đoạn nguy hiểm có thể xảy ra tai biến ảnh hưởng đến tính mạng của sản phụ.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tử vong mẹ chung giai đoạn 2016 - 2020 là 25/100.000 trẻ sơ sinh sống, tỷ lệ tử vong giai đoạn sau sinh chiếm tỷ lệ tử vong 42,8%. Tỷ lệ tử vong do “Chậm 1” chiếm 46,8%, “Chậm 3” chiếm 43,5% và “Chậm 2” chiếm 9,7%.

Yếu tố thật sự có liên quan đến tử vong mẹ trực tiếp qua mô hình phân tích hồi quy logistic đa biến là tỷ lệ tử vong mẹ do nguyên nhân trực tiếp thuộc giai đoạn thai kỳ chuyển dạ/sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Hiến. Tình hình tử vong mẹ tại khu vực Hà Nội từ năm 2005 - 2011. Viện Y học bản địa Việt Nam 2011.
2. Bộ Y tế. Tăng cường chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh nhằm giảm tử vong mẹ, tử vong sơ sinh, Số 01/CT-BYT, ngày 09/01/2015.
3. Trịnh Hữu Thọ. Nghiên cứu tình hình tử vong mẹ tại tỉnh An Giang năm 2009 - 2010, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2011.
4. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế - Điều tra tử vong mẹ. Điều tra tử vong mẹ, tử vong sơ sinh ở Việt Nam giai đoạn 2006 - 2007. 2011.
5. Lale Say. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health 2014. May 6, 2014. e322-e333.