



CHIẾN THUẬT GIẢM TỈ LỆ MỔ LẤY THAI LẦN ĐẦU

BS. CKII. Phan Thị Mai Hoa

Bệnh viện đa khoa Kiên Giang

MỔ ĐẦU

Từ năm 1985, Cộng đồng sức khỏe thế giới (The international healthcare community) đã cho rằng tỉ lệ mổ lấy thai (MLT) lí tưởng là trong khoảng 10-15%. Kể từ đó, tỉ lệ MLT đã tăng dần trong cả các nước và đang tiếp tục phát triển. Cụ thể, từ năm 1970 đến năm 2010, tỉ lệ MLT tại Hoa Kỳ tăng 4,5-32,8% (Cunningham và cs., 2014). Tại Việt Nam, tỉ lệ MLT ngày càng tăng, theo nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương qua các năm, năm 1998 là 34,6%, năm 2000 là 35,1%, năm 2005 là 39,1% (Ma Văn Tùng và cs., 2014). Tại Bệnh viện đa khoa Kiên Giang, tỉ lệ MLT cũng không ngoại lệ, liên tục tăng từ 28,84% (2010) lên 33,45% (2011) và đến cuối năm 2014 thì tỉ lệ MLT là 35,17% (Phan Thị Mai Hoa, 2014). Mặc dù MLT có thể cứu sống được mẹ, trẻ sinh ra hoặc cho cả hai trong một

vài trường hợp, tuy nhiên, sự gia tăng nhanh chóng tỉ lệ MLT từ năm 1996 đến năm 2011 mà không có bằng chứng rõ ràng về việc làm giảm bệnh suất cũng như tử suất của mẹ và con cho thấy việc chỉ định MLT đã quá rộng rãi (ACOG, 2014).

Đã có nhiều tài liệu trong và ngoài nước phân tích và bàn luận về chiến lược giúp giảm tỉ lệ MLT. Những trường hợp đã có sẹo MLT cũ, với tình trạng thường xuyên quá tải trong các bệnh viện sản của nước ta, đặc biệt là các khoa sản tại các tỉnh xa, thiếu nhân viên y tế; nên để có thể phân công theo dõi sát chuyển dạ là điều khó khăn, do đó, phần lớn các bác sĩ sẽ chọn lấy phương án an toàn là chỉ định MLT lại trong đại đa số các trường hợp. Trong phạm vi bài này, chỉ xin phân tích một số yếu tố dựa trên y học chứng cứ mới và giới thiệu cách xử trí trong quá trình chuyển dạ đã được thống nhất giữa

Đại học Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (The American College of Obstetricians and Gynecologists) và Hội Y khoa Mẹ - Thai nhi (Society for Maternal - Fetal Medicine) nhằm giúp các đồng nghiệp có thể tham khảo thêm trước khi ra quyết định MLT trong lần đầu, cũng có nghĩa là giúp giảm tỉ lệ MLT chung.

Theo một nghiên cứu tại Hoa Kỳ vào năm 2011 cho thấy các chỉ định MLT lần đầu thường gặp theo thứ tự giảm dần, bao gồm: chuyển dạ bất thường, biểu đồ tim thai (BDTT) bất thường hoặc không xác định, ngôi bất thường, đa thai và nghi thai to. Trong đó, chuyển dạ đình trệ và BDTT bất thường hoặc không xác định chiếm hơn một nửa các chỉ định MLT lần đầu. Do vậy, để giảm tỉ lệ MLT an toàn trong lần đầu tiên, cần có những tiếp cận khác nhau cho từng chỉ định (ACOG, 2014).

CHUYỂN DẠ BẤT THƯỜNG

Giai đoạn đầu của chuyển dạ

Pha tiềm thời

Định nghĩa kéo dài pha tiềm thời vẫn còn dựa trên số liệu của Friedman, những gợi ý gần đây không còn chú trọng nhiều đến pha tiềm thời nữa. Thai phụ có pha tiềm thời kéo dài đa số cuối cùng vẫn diễn tiến vào pha tích cực một cách tốt đẹp. Trong một vài trường hợp ngoại lệ, việc bấm ối hoặc sử dụng oxytocin (hoặc cả hai) sẽ giúp chuyển dạ diễn tiến vào pha tích cực. Do đó, pha tiềm thời kéo dài (ví dụ: trên 20 giờ với con so và 14 giờ với con rạ) thì không nên chỉ định MLT (ACOG, 2014).

Pha tích cực

Nghiên cứu trên 500 thai phụ cho thấy nếu kéo dài thời gian tăng co từ 2 giờ đến 4 giờ trên những thai phụ được chẩn đoán đình trệ trong pha tích cực của chuyển dạ cho phép phần lớn những thai phụ không có diễn tiến ở thời điểm tăng co 2 giờ sinh được ngã âm đạo mà không có ảnh hưởng xấu đến kết cục thai nhi (Rouse và cs., 1999). Thêm vào đó, rất nhiều nghiên cứu tương

tự được thực hiện và theo các số liệu này, chỉ khi cổ tử cung (CTC) mở được 6cm thì mới được xem là đã vào pha tích cực của chuyển dạ (ACOG, 2014).

Đối với chuyển dạ tự nhiên, định nghĩa đình trệ chuyển dạ trong giai đoạn đầu khi CTC mở ≥ 6 cm với màng ối đã vỡ kèm theo một trong các điều kiện sau:

- Chuyển dạ không tiến triển sau 4 giờ hay lâu hơn với cơn co tử cung tốt (ví dụ: đạt được > 200 đơn vị Montevideo).
- Chuyển dạ không tiến triển sau 6 giờ hay lâu hơn với cơn co tử cung không thích hợp hoặc khi CTC không thay đổi (Bảng 1).

Giai đoạn II của chuyển dạ

Theo như những chứng cứ hiện nay (Rouse và cs., 1999), nếu tình trạng mẹ và thai nhi được theo dõi và không có dấu hiệu xấu thì đình trệ chuyển dạ trong giai đoạn II chỉ nên chẩn đoán sau khi thai phụ rặn ít nhất 2 giờ với con rạ và ít nhất 3 giờ với con so. Kéo dài thời gian này hơn có thể chấp nhận tùy trường hợp (ví dụ: mẹ được gây tê ngoài màng cứng (GTNMC), miễn là quá trình chuyển dạ được theo dõi sát. Tài liệu mới đây của Tổ chức Quốc gia Eunice Kennedy Shriver về sức khỏe trẻ em và sự phát triển của người (Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development) gợi ý nên cộng thêm một giờ với những thai phụ được GTNMC, nghĩa là rặn ít nhất 3 giờ với con rạ và 4 giờ với con so (Spong và cs., 2012).

Hai thực hành khác giảm tỉ lệ MLT trong giai đoạn II của chuyển dạ là: (1) giúp sinh bằng dụng cụ và (2) dùng tay xoay trong trường hợp ngôi chằm ở sai vị trí (chằm-cùng hoặc chằm-ngang).

Biểu đồ tim thai

- BDTT loại I (tiêu chuẩn: dao động nội tại của nhịp tim thai (NTT) trung bình với sự hiện diện của nhịp tăng) thì không cần can thiệp nhưng vẫn phải tiếp tục đánh

Bảng 1. Các đề nghị nhằm giảm tỉ lệ mổ lấy thai lần đầu một cách an toàn (Rouse và cs., 1999)

Các đề nghị	Mức độ mạnh của đề nghị
Giai đoạn đầu của chuyển dạ	
Giai đoạn tiềm thời kéo dài (ví dụ: > 20 giờ với con so và > 14 giờ với con rạ) không phải là chỉ định MLT	1B
Diễn tiến chuyển dạ chậm trong giai đoạn đầu không phải là chỉ định MLT	1B
Khi CTC mở 6cm – được xem là bước vào pha tích cực của hầu hết thai phụ. Do đó, trước khi CTC mở 6cm, diễn tiến cơ bản của pha tích cực không nên áp dụng	1B
Chỉ định MLT do đình trệ chuyển dạ trong giai đoạn đầu chỉ nên dành cho những thai phụ có CTC mở trên 6cm, đã vỡ ối mà chuyển dạ không diễn tiến sau 4 giờ (với cơn co tử cung tốt) hoặc sau 6 giờ trên những thai phụ phải sử dụng oxytocin vì cơn co tử cung không thích hợp hay CTC không thay đổi	1B
Giai đoạn II của chuyển dạ	
Độ dài tối đa tuyệt đối đặc hiệu của giai đoạn II của chuyển dạ để quyết định sinh can thiệp, cho tất cả thai phụ chưa được xác định	1C
Trước khi chẩn đoán đình trệ chuyển dạ, nếu tình trạng mẹ và thai nhi cho phép, hãy theo các hướng dẫn sau: - Rặn ít nhất 2 giờ với con rạ (IB) - Rặn ít nhất 3 giờ với con so (IB) Thời gian này có thể kéo dài hơn tùy thuộc từng cá thể (ví dụ: trong trường hợp sử dụng GTNMC miễn là tiến trình được theo dõi tốt)	IB
Sinh giúp trong giai đoạn II của chuyển dạ bởi 1 bác sĩ được đào tạo tốt và có kinh nghiệm nên được xem là phương cách an toàn và chấp nhận được để thay thế MLT. Do đó, duy trì việc huấn luyện những kỹ năng thực hành về giúp sinh nên được khuyến khích	IB
Xoay đầu thai nhi bằng tay trong trường hợp bất thường của ngôi chỏm được xem là can thiệp hợp lý trước khi quyết định sinh giúp hay MLT. Để tránh quyết định MLT một cách an toàn trong những trường hợp đầu thai nhi bình chỉnh không tốt, điều quan trọng là phải đánh giá vị trí của thai ở giai đoạn II chuyển dạ, đặc biệt là phải đánh giá trong trường hợp ngôi thai xuống bất thường	IB
Biểu đồ tim thai	
Truyền nước muối sinh lý vào buồng tử cung khi có nhịp giảm bất định lặp lại có thể giảm tỉ lệ MLT an toàn	IA
Khởi phát chuyển dạ (KPCD)	
Trước 41 tuần 0/7 ngày, KPCD thường phải có chỉ định y khoa do mẹ hay do thai nhi. KPCD tại hoặc sau 41 tuần 0/7 ngày nên thực hiện nhằm giảm tỉ lệ MLT cũng như giảm bệnh suất và tử suất chu sinh	IA
Các phương pháp làm chín muồi cổ tử cung nên được thực hiện trước KPCD đối với những thai phụ có cổ tử cung không thuận lợi	IB
Miễn là tình trạng mẹ và thai nhi được theo dõi tốt, chỉ định MLT vì KPCD thất bại trong pha tiềm thời có thể tránh được bằng cách kéo dài thời gian theo dõi ở pha tiềm thời (cho đến 24 giờ hoặc lâu hơn) và nên sử dụng oxytocin ít nhất 12-18 giờ sau khi màng ối vỡ trước khi xem là KPCD thất bại	IB

Ngôi thai bất thường	
Ngôi thai nên được đánh giá ở 36 tuần 0/7 ngày – thời gian này cho phép ngoại xoay thai	1C
Mẹ lên cân quá nhiều	
Người phụ nữ mang thai cần được tư vấn về số cân nặng lí tưởng cần tăng trong thai kì để tránh việc tăng cân quá mức	IB
Song thai	
Kết cục chu sinh cho song thai với thai nhi thứ nhất ngôi đầu không cải thiện bằng MLT. Do đó, thai phụ song thai với 2 ngôi đầu hoặc 1 ngôi đầu và 1 ngôi không phải là ngôi đầu nên được tư vấn cố gắng sinh ngã âm đạo	IB

giá BĐTT liên tục hay cách khoảng vì BĐTT có thể thay đổi theo thời gian.

- BĐTT loại III là bất thường và cần can thiệp (ACOG, 2010). Các tiêu chuẩn cho BĐTT loại III hoặc mất dao động nội tại của NTT kèm theo nhịp giảm muộn lặp lại, nhịp giảm bất định lặp lại hoặc NTT chậm hay nhịp xoang. Những nỗ lực hồi sức trong tử cung như: cho mẹ thay đổi tư thế và thở oxy, đánh giá có tình trạng hạ huyết áp hay nhịp tim nhanh ở mẹ và xử trí hoặc tìm những nguyên nhân khác như sa dây rốn. Tuy nhiên, khi tất cả mọi nỗ lực trên không làm cải thiện nhanh chóng BĐTT loại III, cần chỉ định lấy thai ra nhanh chóng và an toàn.
- Phần lớn BĐTT trong chuyển dạ thuộc loại II là loại không xác định, bao gồm dạng thay đổi của NTT đòi hỏi phải đánh giá, liên tục theo dõi, bắt đầu thực hiện các biện pháp để điều chỉnh khi có chỉ định và phải đánh giá lại. NTT nhanh tự nhiên hoặc do kích thích hoặc nhịp giảm bất định lặp lại thường do dây rốn bị chèn ép, không phải là tình trạng bệnh lí. Tuy nhiên, nếu xảy ra thường xuyên và kéo dài, có thể đưa đến tình trạng toan hóa máu. Những phương thức bảo tồn như thay đổi tư thế của sản phụ có thể hữu ích. Việc truyền dung dịch muối đẳng trương vào buồng tử cung cũng đã được chứng minh làm cải thiện nhịp giảm bất định và giảm tỉ lệ MLT với BĐTT có nhịp giảm bất định (Rouse và cs., 1999). Tương tự, đối với những BĐTT loại II khác như độ dao động nội tại giảm hoặc nhịp giảm muộn lặp lại cũng nên được tiến hành hồi sức trong tử cung (ACOG, 2014).

Nhịp giảm muộn kéo dài (trên 2 phút nhưng dưới 10

phút) thường cần can thiệp. Nó thường xuất hiện do CTC mở quá nhanh hoặc sau khi mẹ bị hạ huyết áp (như sau khi GTNMC). Nhịp giảm muộn kéo dài cũng có thể là dấu hiệu của các biến chứng như: nhau bong non, vỡ tử cung, sa dây rốn. Những biến chứng này cần được xem là những chẩn đoán phân biệt nhằm có hướng xử trí đúng và kịp thời. Cơn gò tử cung cường tính (> 5 cơn co / 10 phút) xảy ra tự nhiên hoặc do sử dụng thuốc tăng co gây thay đổi NTT, như xuất hiện nhịp giảm muộn. Giảm hoặc ngừng sử dụng thuốc tăng co hay sử dụng thuốc giảm co betamimetic giúp giảm cơn co cường tính và sẽ cải thiện được BĐTT (ACOG, 2014).

Khởi phát chuyển dạ

Chỉ định KPCD tại Hoa Kỳ tăng lên từ 9,5% trên tổng số sinh năm 1990 lên đến 23,1% năm 2008, đồng thời với tăng tỉ lệ MLT (ACOG, 2014). Những thai phụ được chỉ định KPCD có tỉ lệ MLT cao hơn so với nhóm có chuyển dạ tự nhiên. Tuy nhiên, nếu kết luận KPCD làm tăng tỉ lệ MLT là không chính xác, cần tuân thủ các nguyên tắc sau nhằm giảm tỉ lệ MLT (ACOG, 2014):

- Đối với những CTC không thuận lợi, nên chuẩn bị trước KPCD bằng các phương thức làm chín muồi CTC (misoprostol, dinoprostone, gel prostaglandin E2, bóng Foley, laminaria).
- Không can thiệp vào pha tiềm thời nếu BĐTT bình thường và tình trạng mẹ và thai nhi ổn định (lên đến 24 giờ hay lâu hơn) và chỉ xem như KPCD thất bại sau khi truyền oxytocin ít nhất 12-18 giờ sau khi màng ối vỡ.

Các yếu tố ảnh hưởng khác

Công tác tuyên truyền giáo dục cho thai phụ nhằm làm thay đổi những định kiến không tốt về sinh ngã tự nhiên (đau nhiều hơn, khả năng chấn thương thai nhi và đường sinh dục mẹ nhiều hơn) cũng sẽ giúp giảm tỉ lệ MLT do yêu cầu từ phía thai phụ hoặc gia đình. Mặt khác, việc nâng cao tay nghề cho đội ngũ nữ hộ sinh, bác sĩ nhằm giảm thiểu tối đa các khó chịu hoặc tai biến gây ra khi thực hiện sinh ngã âm đạo (như GTNMC giúp giảm đau trong chuyển dạ, huấn luyện kĩ năng giúp sinh bằng forceps, ventouse, kĩ năng theo dõi tình trạng mẹ và thai nhi trong chuyển dạ...), điều này về lâu dài giúp củng cố niềm tin và giúp họ thay đổi định kiến trước đây về những nguy hiểm của sinh ngã âm đạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG (2010). Management of intrapartum fetal heart rate tracings. Practice Bulletin No.116. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol; 116:1232-1240.
2. ACOG (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus No.1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol; 123:693-711.
3. Cunningham, Levono, Bloom et al. (2014). Williams Obstetrics 24th edition. New York: Mc Graw Hill education, 587.
4. Ma Văn Tùng và cộng sự (2014). Khảo sát thực trạng sinh mổ và sinh đẻ tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện đa khoa Hùng Vương 6 tháng đầu năm 2014. <http://benhvienhungvuong.vn/NCKH>; 18/12/2014.
5. Phan Thị Mai Hoa (2014). Số liệu tổng kết hàng năm tại Khoa Sản, Bệnh viện đa khoa Kiên Giang (2010-2014).
6. Rouse DJ, Owen J, Hauth JC (1999). Active-phase labor arrest: oxytocin augmentation for at least 4 hours. Obstet Gynecol; 93:323-328.
7. Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, Mercer BM, Saade GR (2012). Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. Obstet Gynecol; 120:1181-1193.

Hệ thống xếp hạng của Hiệp hội Y khoa Mẹ - Thai nhi

Những đồng thuận về chăm sóc sản khoa sẽ sử dụng Hệ thống xếp hạng của Hiệp hội Y khoa Mẹ - Thai nhi: <http://www.ajog.org/article/S0002-9378%2813%2900744-8/fulltext>. Những khuyến nghị này được xếp hạng mạnh (hạng 1) hoặc yếu (hạng 2) và chất lượng của bằng chứng được xếp hạng cao (A), trung bình (B) và thấp (C)*. Do vậy, những khuyến nghị này sẽ có thể thuộc 1 trong 6 nhóm sau: 1A, 1B, 1C, 2A, 2B, 2C

Hạng của khuyến nghị	Lợi ích và nguy cơ	Chất lượng của những bằng chứng ủng hộ	Kết luận
1A. Khuyến nghị mạnh, chất lượng bằng chứng cao	Những lợi ích rõ ràng tốt hơn những nguy cơ, gánh nặng hoặc những vấn đề khác	Bằng chứng rõ ràng từ những nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng được thực hiện tốt hoặc từ nhiều bằng chứng của các dạng nghiên cứu khác. Những nghiên cứu về sau sẽ không thay đổi được bằng chứng trong việc đánh giá nguy cơ và lợi ích	Khuyến nghị mạnh, áp dụng cho hầu hết người bệnh trong hầu hết các tình huống. Các nhà lâm sàng nên theo khuyến nghị mạnh này trừ khi một lí do rõ ràng và hấp dẫn cho một cách tiếp cận khác hiện diện
1B. Khuyến nghị mạnh, chất lượng bằng chứng trung bình	Những lợi ích rõ ràng tốt hơn những nguy cơ, gánh nặng hoặc những vấn đề khác	Bằng chứng từ các nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng với những hạn chế quan trọng (kết quả không phù hợp, sai sót trong qui trình, gián tiếp hoặc không chính xác) hoặc các chứng cứ rất mạnh mẽ của một số thiết kế nghiên cứu khác. Những nghiên cứu về sau (nếu thực hiện) có thể có ảnh hưởng trên việc ước tính về lợi ích - nguy cơ và có thể làm thay đổi ước tính này	Khuyến nghị mạnh, áp dụng cho hầu hết người bệnh. Các nhà lâm sàng nên theo khuyến nghị mạnh này trừ khi có một lí do rõ ràng và hấp dẫn cho một cách tiếp cận khác hiện diện

1C. Khuyến nghị mạnh, chất lượng bằng chứng thấp	Những lợi ích dường như tốt hơn những nguy cơ, gánh nặng hoặc những vấn đề khác	Bằng chứng từ các nghiên cứu quan sát, các kinh nghiệm lâm sàng không hệ thống hoặc từ các nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng với các sai sót nghiêm trọng. Bất kì đánh giá về giá trị của ảnh hưởng đều không chắc chắn	Khuyến nghị mạnh, áp dụng cho hầu hết người bệnh. Một số cơ sở bằng chứng ủng hộ khuyến nghị này, tuy nhiên, chất lượng thấp
2A. Khuyến nghị yếu, chất lượng bằng chứng cao	Lợi ích gần tương đương với nguy cơ và gánh nặng	Những bằng chứng rõ ràng từ các nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng được thực hiện tốt hoặc các bằng chứng áp đảo của một vài dạng khác. Những nghiên cứu tiếp tục thì dường như không thay đổi được sự tin tưởng trong ước tính của nguy cơ và lợi ích	Khuyến nghị yếu, hành động tốt nhất có thể khác nhau tùy thuộc vào hoàn cảnh hoặc người bệnh hoặc các giá trị xã hội
2B. Khuyến nghị yếu, chất lượng bằng chứng trung bình	Lợi ích gần tương đương với nguy cơ và gánh nặng; một vài đánh giá không chắc chắn về lợi ích, nguy cơ và gánh nặng	Bằng chứng từ những nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng với những giới hạn quan trọng (những kết quả không ổn định, những sai sót về qui trình, không trực tiếp hoặc không chính xác), hoặc các chứng cứ rất mạnh mẽ của một số thiết kế nghiên cứu khác. Những nghiên cứu về sau (nếu thực hiện) có thể có ảnh hưởng trên việc ước tính về lợi ích và nguy cơ và có thể làm thay đổi ước tính này	Khuyến nghị yếu, những tiếp cận thay thế tương đương có thể tốt hơn đối với một vài người bệnh trong một số tình huống
2C. Khuyến nghị yếu, chất lượng bằng chứng thấp	Không chắc chắn trong việc đánh giá lợi ích, nguy cơ và gánh nặng. Lợi ích có thể gần tương đương với nguy cơ và gánh nặng	Bằng chứng từ những nghiên cứu quan sát, kinh nghiệm lâm sàng không hệ thống hoặc từ những nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng với nhiều lỗi nghiêm trọng. Bất kì đánh giá về giá trị của ảnh hưởng đều không chắc chắn	Khuyến nghị rất yếu, những thay thế khác có thể được đánh giá tương đương
Thực hành tốt nhất	Đề nghị trong đó: hoặc (i) có số lượng lớn các bằng chứng gián tiếp rõ ràng biện minh cho đề nghị mạnh mẽ (chứng cứ trực tiếp sẽ được thách thức và việc sử dụng thời gian và nguồn không hiệu quả, để mang lại với nhau và tóm tắt cẩn thận) hoặc (ii) những yêu cầu trái lại sẽ phi đạo đức		

Chỉnh sửa theo Grading guide. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2013. Available at:<http://www.uptodate.com/home/grading-guide>. Retrieved October 9, 2013

*Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P et al. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. GRADE Working Group.BMJ; 336:924-926