

Mục lục Y HỌC SINH SẢN TẬP 56 – QUÝ IV/2020

THỜI ĐIỂM VÀ CÁC BIỆN PHÁP CHẤM DỨT THAI KỲ

- 04 Thời điểm chấm dứt thai kỳ của các thai phụ không nguy cơ: đã đến lúc thay đổi?
ThS. BS. Đặng Quang Vinh
- 08 Thời điểm và cách thức chấm dứt thai kỳ ở thai phụ có rối loạn tăng huyết áp
BS. Tô Mỹ Anh, BS. CKI Bùi Quang Trung
- 12 Chẩn đoán, xử trí và thời điểm chấm dứt thai kỳ ở thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung
BS. CKI. Trần Thị Minh Châu
- 17 Cập nhật thời điểm chấm dứt thai kỳ có chỉ định y khoa
BS. Trần Thế Hùng
- 20 Tư vấn phương thức sinh ở thai phụ con so
ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 23 Thời điểm chấm dứt thai kỳ ở song thai không biến chứng
BS. CKI Lê Tiểu My
- 27 Khởi phát chuyển dạ trên thai kỳ có tiền căn mổ lấy thai
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 33 Xu hướng chấm dứt thai kỳ đủ tháng trên thai phụ thụ tinh trong ống nghiệm
ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 38 Chấm dứt thai kỳ kèm bất thường hệ thần kinh thai: cần cân nhắc điều gì?
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 44 Yếu tố dự báo kết cục xấu ở song thai
ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 46 Ảnh hưởng của phá thai lên tâm lý bệnh nhân
ThS. BS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 48 Những tiến bộ trong việc cải thiện hiệu quả tiếp cận và giảm các biến chứng xuất hiện trong quá trình chấm dứt thai kỳ ở giai đoạn sớm
TS. BS. Lâm Đỗ Phương Uyên
- 52 Bệnh lý thiếu máu tán huyết ở thai nhi và sơ sinh
Nhóm bác sĩ BV Mỹ Đức / GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng
- 57 Vai trò của siêu âm trong sàng lọc và theo dõi điều trị Hemoglobin Bart
BS. Nguyễn Phước Phương Thảo, BS. Võ Tá Sơn
- 66 Cộng hưởng từ thai nhi trong chẩn đoán nguy cơ bất thường não thai
TS. BS. Lâm Đỗ Phương Uyên
- 70 Quan điểm hiện đại về nguồn gốc lạc nội mạc tử cung: mô hình “Endometriosis life”
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 76 Dây rốn bám màng
TS. BS. Lê Thị Thu Hà
- 79 Mạch máu tiền đạo
TS. BS. Lê Thị Thu Hà
- 83 Xử trí các bất thường tối thiểu trong kết quả sàng lọc ung thư cổ tử cung
ThS. BS. Đinh Thanh Nhân
- 86 Ứng dụng mới trong cải thiện hiệu quả đông lạnh tinh trùng thu nhận có số lượng ít
ThS. Huỳnh Trọng Kha, CN. Đặng Thị Huyền Trang, CN. Ngô Hoàng Tín

90 *Hỏi – đáp tình huống lâm sàng*

91 *Journal Club*

Nằm nghỉ tại giường sau chuyển phôi

Dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sau mổ lấy thai

Hướng dẫn thực hành từ ISUOG: chẩn đoán và quản lý thai nhỏ so với tuổi thai và thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung

Tổng quan hệ thống: chấm dứt thai kỳ trong ba tháng đầu bằng cách sử dụng kết hợp Mifepristone và Misoprostol hoặc Misoprostol đơn thuần

Đồng thuận ASRM về tiêm tinh trùng vào bào tương noãn trên những trường hợp vô sinh không do yếu tố nam

❧ Mời viết bài Y học sinh sản ❧



Y học sinh sản tập 58 – Quý II/2021
Chủ đề “Thai kỳ và các bệnh lý nội tiết, chuyển hóa”

Vui lòng nộp bài trước 28/02/2021



Y học sinh sản tập 59 – Quý III/2021
Chủ đề “Cập nhật về Vô sinh và Hỗ trợ sinh sản”

Vui lòng nộp bài trước 30/05/2021

KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ TRÊN THAI KỲ CÓ TIỀN CĂN MỔ LẤY THAI

BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh

Đại học Tân Tạo

TỔNG QUAN

Ngày nay, kỹ thuật mổ lấy thai ngày càng phát triển cùng với sự xuất hiện của máy monitor sản khoa, tỷ lệ mổ lấy thai cũng tăng lên đáng kể trong những năm vừa qua. Theo thống kê, ở Mỹ từ 1970 – 2016, tỷ lệ mổ lấy thai đã tăng lên từ 5% đến 31,9%^[1]. Tỷ lệ này ở Tây Âu, Bắc Mỹ và Nam Mỹ vào năm 2016 lần lượt là 24,5%, 32% và 41%^[2]. Hơn nữa, quan niệm “Một khi mổ lấy thai thì những lần sau cũng phải mổ lấy thai” trong những năm trước đây cũng là một trong những yếu tố góp phần làm gia tăng tỷ lệ này. Vì thế, khi người phụ nữ mang thai lại sau khi đã mổ lấy thai trước đó, mối quan tâm của cả bác sĩ và thai phụ không những là sức khỏe thai kỳ mà còn là phương pháp sinh đối với thai kỳ hiện tại ở những sản phụ này. Hiện nay nhiều bằng chứng cho thấy việc cho thai phụ sinh thường dù có tiền căn mổ lấy thai khá an toàn bởi tỷ lệ vỡ tử cung rất thấp, với tần suất < 1% và theo khuyến cáo của Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (American College Obstetricians and Gynecologists – ACOG) năm 2019, sinh thường sau sinh mổ (vaginal birth after cesarean birth – VBAC) nên được áp dụng cho những phụ nữ phù hợp^[1]. Bởi lẽ có nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng so với tiếp tục mổ lấy thai, sinh ngã âm đạo có nhiều lợi ích hơn cho những phụ nữ này như tránh phải trải qua một cuộc phẫu thuật có nguy cơ gây tổn thương các cơ quan như ruột, bàng quang, cũng như làm giảm lượng máu mất, giảm nguy cơ truyền tắc, nhiễm trùng và giảm

thời gian nằm viện^[1,3]. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng không phải tất cả những sản phụ phù hợp VBAC đều vào chuyển dạ tự nhiên mà đôi khi cần phải khởi phát chuyển dạ. Một số phương pháp khởi phát chuyển dạ trên thai kỳ không tiền căn mổ lấy thai đã được chứng minh có hiệu quả như các biện pháp cơ học (đặt bóng, lóc ối), hay biện pháp dùng thuốc với prostaglandin (misoprostol và dinoprostol) và oxytocin. Tuy nhiên trên nhóm đối tượng VBAC, vấn đề này lại chưa thật sự rõ ràng. Do đó, bài viết này sẽ bàn luận để làm rõ những phương pháp khởi phát chuyển dạ nào có hiệu quả, an toàn và tối ưu nhất trên nhóm đối tượng VBAC.

KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ TRÊN SẢN PHỤ CÓ VẾT MỔ CŨ CÓ HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN?

Trong Hướng dẫn thực hành lâm sàng của ACOG năm 2009 đã từng liệt kê trường hợp thai phụ với tiền căn mổ lấy thai như một chống chỉ định tương đối cho khởi phát chuyển dạ do nguy cơ vỡ tử cung^[4]. Tuy nhiên, trong ấn bản mới nhất năm 2019 về VBAC, khởi phát chuyển dạ đã được chứng minh có thể là một lựa chọn cho những thai phụ muốn thực hiện thử thách sinh ngã âm đạo sau mổ lấy thai (trial of labor after cesarean delivery – TOLAC)^[1]. Vậy với những bằng chứng hiện tại, khởi phát chuyển dạ trên sản phụ có vết mổ cũ có an toàn hay không? Phân tích từ một nghiên cứu quan sát đa trung tâm của Palatnik và cộng sự năm 2015

trên 12.676 thai phụ thực hiện TOLAC lúc thai ≥ 39 tuần để đánh giá tỷ lệ thành công VBAC cũng như sự an toàn của khởi phát chuyển dạ so với nhóm theo dõi chờ chuyển dạ. Kết quả cho thấy, với những thai phụ có tuổi thai lúc $39^{0/7} - 39^{3/7}$ tuần, tỷ lệ thành công VBAC cao hơn ở nhóm khởi phát chuyển dạ so với nhóm theo dõi (aOR 1,31; KTC 95%, 1,03 – 1,67) và nguy cơ vỡ tử cung ở nhóm này cũng cao hơn gấp 3 lần so với việc chờ đợi chuyển dạ tự nhiên (1,4% so với 0,5%; aOR 2,73; KTC 95%, 1,22 – 6,12). Mặt khác, với những thai kỳ trong khoảng $40^{0/7} - 40^{3/7}$ tuần và $41^{0/7} - 41^{3/7}$ tuần, không có sự khác biệt trong tỷ lệ thành công của VBAC giữa nhóm khởi phát chuyển dạ và nhóm theo dõi với aOR (KTC 95%) lần lượt là 1,21 (0,93 – 1,56) và 1,04 (0,76 – 1,43). Ngoài ra, nguy cơ vỡ tử cung cũng tương đương giữa hai nhóm thai phụ khởi phát chuyển dạ và nhóm chờ chuyển dạ tự nhiên trong tuổi thai $40^{0/7} - 40^{3/7}$ tuần (aOR 2,31; KTC 95%, 0,84 – 6,33) và $41^{0/7} - 41^{3/7}$ tuần (aOR 3,13, KTC 95%, 0,58 – 16,88). Đối với những biến chứng khác về phía mẹ như viêm nội mạc tử cung, biến chứng vết mổ, truyền máu, biến chứng sinh giúp bằng dụng cụ, nhập hồi sức tích cực hay thậm chí tử vong, cũng như các biến chứng về phía thai cũng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm này^[5]. Như vậy, nghiên cứu đã cho thấy việc khởi phát chuyển dạ trên thai phụ có vết mổ cũ làm tăng tỷ lệ thành công của VBAC nhất là trong khoảng 39 tuần thai kỳ, tuy nhiên kèm theo đó, nguy cơ vỡ tử cung cũng cao hơn so với những thai phụ chờ chuyển dạ tự nhiên nhưng các nguy cơ biến chứng khác về cả phía mẹ và thai tương đương nhau. Để đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố của mẹ và thai nhi đến tỷ lệ thành công của VBAC, một tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Wu cùng cộng sự năm 2019 gồm 94 nghiên cứu quan sát trên 239.006 thai phụ tham gia TOLAC với tỷ lệ thành công VBAC là 68,4%. Kết quả nghiên cứu cho thấy, các yếu tố góp phần tăng tỷ lệ thành công VBAC bao gồm tiền căn sinh ngã âm đạo trước mổ lấy thai, tiền căn VBAC, da

trắng, chỉ số Bishop cao hơn và chỉ định mổ lấy thai trước đó do ngôi bất thường; và các yếu tố được cho là liên quan với VBAC thất bại: mẹ lớn tuổi, béo phì, đái tháo đường, biến chứng thai kỳ liên quan đến tăng huyết áp, thai to, tiền căn thất bại khởi phát chuyển dạ trước đó, và đặc biệt tác giả nhận thấy việc khởi phát chuyển dạ trên những thai kỳ này làm giảm tỷ lệ VBAC thành công 43% với OR 0,57 (KTC 95%, 0,46 – 0,7, $p < 0,01$). Tác giả cũng nhận định rằng cổ tử cung không thuận lợi cũng là yếu tố làm giảm sự thành công của VBAC^[6]. Qua 2 nghiên cứu trên, có thể nhận thấy việc khởi phát chuyển dạ nói chung trên thai kỳ có tiền căn mổ lấy thai có tăng nguy cơ vỡ tử cung ở khoảng 1,4%, tuy nhiên không kèm theo gia tăng những biến chứng khác về cả mẹ và thai. Vì vậy, việc áp dụng khởi phát chuyển dạ cho thai phụ thực hiện TOLAC nên được xem là một lựa chọn. Bác sĩ lâm sàng cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ, cũng như phải thông tin đầy đủ cho sản phụ và tôn trọng quyết định của sản phụ về TOLAC.

Trước hết, khởi phát chuyển dạ bằng các biện pháp cơ học (lóc ối và đặt bóng) là một trong những lựa chọn khá phổ biến vì tính sẵn có và dễ thực hiện. Nhưng liệu tất cả những phương pháp này đều an toàn và hiệu quả cho thai phụ có tiền căn mổ lấy thai? Một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu do Claartje cùng cộng sự thực hiện năm 2019 với mục đích đánh giá tính hiệu quả và an toàn khi khởi phát chuyển dạ bằng đặt bóng trên 993 sản phụ có tiền căn mổ lấy thai 1 lần và cổ tử cung chưa chín mười so với 321 sản phụ mổ lấy thai chủ động lần 2. Tất cả thai kỳ trong nghiên cứu đều đủ tháng, đơn thai và ngôi đầu, các thai phụ khởi phát chuyển dạ bằng 1 trong 3 cách, dùng bóng đơn (Foley 16F hoặc 18F), bóng đôi và bóng 20F, sau khi đã làm chín mười cổ tử cung, các thai phụ được phá ối và nếu vẫn chưa đạt được ≥ 3 cơn co tử cung/10 phút, sẽ được dùng oxytocin truyền tĩnh mạch đến khi đạt đủ số lượng cơn co. Sau nghiên cứu, ở nhóm khởi phát chuyển dạ có 560 (56,4%) sản phụ sinh ngã âm đạo thành công và có 11

(1,1%) sản phụ vỡ tử cung và cả 11 trường hợp đều xảy ra trong giai đoạn chuyển dạ hoạt động, so với 1 (0,3%) trường hợp trong nhóm mổ lấy thai chủ động, tuy nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (aOR 3,01; KTC 95%, 0,36 – 25,3, $p = 0,31$). Bên cạnh đó, thời gian nằm hậu sản của những thai phụ khởi phát chuyển dạ ngắn hơn các thai phụ mổ lấy thai (2 ngày so với 3 ngày, $p < 0,0001$). Ngoài ra, các kết cục khác của sản phụ như băng huyết sau sinh ($> 2.000\text{mL}$ hoặc cần phải truyền máu), nhiễm trùng hậu sản, nhiễm trùng trong lúc chuyển dạ hoặc các kết cục về phía thai (Apgar 1 phút và 5 phút < 7 điểm, pH máu cuống rốn $< 7,1$, tỷ lệ nhập dưỡng nhi) đều không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm. Tuy nhiên, tỷ lệ trẻ bị suy hô hấp ở nhóm mổ sinh cao hơn (OR 0,05; KTC 95%, 0 – 0,62; $p = 0,02$) cũng như số ngày nằm viện của trẻ sơ sinh ở nhóm này dài hơn so với nhóm sinh thường (3 ngày so với 2 ngày, $p < 0,0001$). Sau khi phân tích kết quả, nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về những kết cục xấu của mẹ (vỡ tử cung, băng huyết sau sinh hoặc nhiễm trùng hậu sản) (OR 1,58; KTC 95%, 0,85 – 2,96) và thai nhi (OR 1,4; KTC 95%, 0,67 – 2,93) ở 2 nhóm^[7]. Kết quả của nghiên cứu này cho thấy ở những sản phụ có vết mổ cũ, khởi phát chuyển dạ bằng đặt bóng là một phương pháp khá an toàn khi không làm tăng thêm những kết cục xấu về cả phía mẹ và thai^[7].

Một nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp khác (năm 2020) từ 2 nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng trên 361 sản phụ nhằm xác định hiệu quả của bóc ối trong khởi phát chuyển dạ trên thai phụ có tiền căn mổ lấy thai so với những thai phụ không bóc ối, do Odessa cùng cộng sự thực hiện. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thai phụ vào chuyển dạ tự nhiên sau khởi phát chuyển dạ bằng bóc ối tương đương so với những thai phụ không bóc ối (RR 1,05; KTC 95% 0,92 – 1,20) cũng như tỷ lệ thai phụ sinh ngã âm đạo, sinh thủ thuật và mổ lấy thai cũng không có khác biệt giữa 2

nhóm thai phụ với RR (KTC 95%) lần lượt 1,06 (0,84 – 1,34), 0,97 (0,25 – 3,78) và 1,00 (0,87 – 1,14), hơn nữa kết cục nứt/vỡ tử cung cũng giống nhau giữa hai nhóm với RR 0,33 (KTC 95%, 0,01 – 8,05). Các kết cục thai kỳ khác về phía mẹ như sốt trong chuyển dạ, băng huyết sau sinh và những kết cục về phía thai (pH động mạch cuống rốn $< 7,1$ hay tỷ lệ trẻ nhập dưỡng nhi) cũng không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bóc ối và không bóc ối^[8]. Qua đó, bóc ối cũng là một biện pháp khá an toàn để khởi phát chuyển dạ cho thai phụ VBAC, tuy nhiên có vẻ như không hiệu quả khi so sánh với chuyển dạ tự nhiên.

Đối với phương pháp phá ối, một nghiên cứu bệnh chứng công bố năm 2020 do Megan và cộng sự thực hiện với mục đích đánh giá hiệu quả khi phá ối sớm (độ mở cổ tử cung $< 4\text{cm}$) khi khởi phát chuyển dạ trên 1.490 sản phụ có tiền căn mổ sinh, ghi nhận có 76,1% thai phụ thành công VBAC. Kết quả nghiên cứu đã cho thấy việc phá ối sớm làm giảm 35% tỷ lệ thành công của VBAC (aOR 0,65; KTC 95%, 0,48 – 0,89; $p = 0,24$). Ngoài ra, khi khảo sát thêm tác dụng của phá ối với cổ tử cung $< 6\text{cm}$, kết quả cho thấy cũng không làm giúp tỷ lệ thành công VBAC cao hơn (aOR 0,92; KTC 95%, 0,56 – 1,52). Tuy nhiên, thời gian từ lúc phá ối đến lúc sinh ở nhóm thành công lại ngắn hơn so với nhóm thất bại (5,57 ngày so với 8,82 ngày, $p < 0,01$). Hơn nữa, việc phá ối cũng không làm gia tăng tỷ lệ nhiễm trùng ối so với những sản phụ không phá ối (2,8% so với 2,9%, $p > 0,99$). Bên cạnh đó, khi đánh giá thêm những phương pháp khởi phát chuyển dạ khác, nghiên cứu cho thấy việc sử dụng Foley lại làm tăng tỷ lệ thất bại của TOLAC khi so giữa hai nhóm thành công và thất bại VBAC (6,7% so với 14,9%, $p < 0,01$), trong khi việc sử dụng oxytocin lại dẫn đến thành công VBAC nhiều hơn (94,3% so với 88,8%, $p < 0,01$)^[9]. Như vậy, việc phá ối sớm lại làm giảm tỷ lệ thành công VBAC, tuy nhiên phá ối nói chung khi đã có chuyển dạ giai đoạn hoạt động lại không liên quan đến sự thành công

của VBAC cũng như không làm gia tăng tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng ối. Qua các nghiên cứu về khởi phát chuyển dạ bằng biện pháp cơ học đều cho thấy là an toàn cho thai kỳ và không làm tăng những biến chứng cho mẹ và thai. Tuy nhiên, cần lưu ý vì hiệu quả của những phương pháp này còn chưa thực sự rõ ràng khi so sánh với việc chờ đợi chuyển dạ tự nhiên, do đó cần thận trọng khi áp dụng cho thai phụ có tiền căn mổ lấy thai.

Một trong những phương pháp khởi phát chuyển dạ cũng thường được áp dụng chính là dùng thuốc, điển hình là prostaglandin và oxytocin. Với mục đích đánh giá hiệu quả và an toàn của phương pháp làm chín muồi cổ tử cung đối với thai phụ ở tam cá nguyệt 2 có tiền căn mổ sinh, năm 2016, Maria đã thực hiện nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp từ 38 nghiên cứu quan sát. Sau khi phân tích nghiên cứu đã cho thấy kết quả tỷ lệ sinh ngã âm đạo khi làm chín muồi cổ tử cung bằng prostaglandin E₁ (PGE₁) là 95%, đối với prostaglandin F_{2α} (PGF_{2α}) là 100%, trong khi tỷ lệ này ở phương pháp cơ học là 98,6%. Bên cạnh đó, nghiên cứu còn cho thấy không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ sinh thường giữa nhóm có và không có tiền căn mổ lấy thai. Khi đánh giá về sự an toàn của các phương pháp, trên sản phụ mổ sinh 1 lần khởi phát chuyển dạ bằng PGE₁, kết quả không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ vỡ tử cung (OR 2,36; KTC 95%, 0,39 – 14,32) so với nhóm không có mổ lấy thai trước đó. Tuy nhiên, trên thai phụ có tiền căn ≥ 2 mổ lấy thai, tỷ lệ vỡ tử cung ở nhóm dùng PGE₂ cao gấp 17,55 lần (OR 17,55; KTC 95% 3,0 – 102,8; $p = 0,001$). Khi khởi phát chuyển dạ bằng PGF_{2α}, không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ vỡ tử cung, truyền máu so với nhóm khởi phát chuyển dạ bằng PGE₁. Đối với khởi phát chuyển dạ bằng phương pháp vật lý cũng không làm gia tăng tỷ lệ cần truyền máu, tuy nhiên tỷ lệ vỡ tử cung cao hơn ở nhóm có tiền căn mổ sinh trước đó và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (OR 19,25;

KTC 95%, 3,97 – 93,38)^[10]. Vậy nghiên cứu đã chứng minh khởi phát chuyển dạ với PGE₁, PGF_{2α}, hay phương pháp vật lý có hiệu quả đối với sản phụ trong tam cá nguyệt 2 và có tiền căn mổ sinh, tuy nhiên PGE₁ và PGF_{2α} có liên quan đến tỷ lệ vỡ tử cung trên những đối tượng đã mổ lấy thai ≥ 2 lần^[10]. Một nghiên cứu quan sát hồi cứu khác công bố gần đây năm 2020 do Hanane cùng cộng sự thực hiện với mục đích tương tự trên prostaglandin E₂ (Dinoprostol) trong khởi phát chuyển dạ ở thai phụ có tiền căn mổ lấy thai và xác định yếu tố dự đoán thành công VBAC. Nghiên cứu đã thu thập được dữ liệu của 1.294 sản phụ thực hiện TOLAC, trong đó có 153 (12%) sản phụ khởi phát chuyển dạ bằng dây đặt âm đạo chứa Dinoprostol đặt ở cùng đồ sau trong 24 giờ. Trường hợp trong 24 giờ chưa chuyển dạ, nếu Bishop ≥ 6 điểm, sản phụ sẽ được phá ối và dùng oxytocin tĩnh mạch hoặc nếu Bishop < 6 điểm sản phụ sẽ tư vấn chọn lựa mổ lấy thai hoặc tiếp tục khởi phát chuyển dạ. Sau khi phân tích nghiên cứu, kết quả cho thấy tỷ lệ sinh thường khi khởi phát chuyển dạ bằng Dinoprostol là 55,6% (85/153) với tỷ lệ thất bại khởi phát chuyển dạ là 36,6% và có 2 ca vỡ tử cung (1,3%), 6 sản phụ băng huyết sau sinh (4,0%) và các kết cục về phía thai nhi như Apgar 5 phút < 7 điểm, pH động mạch rốn $< 7,1$, trẻ phải nhập hồi sức hay bị suy hô hấp cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm khởi phát chuyển dạ thành công với Dinoprostol và nhóm chuyển mổ sau khởi phát chuyển dạ thất bại. Ngoài ra nghiên cứu còn tiên lượng khả năng sinh thường thành công nhờ các yếu tố: nếu có một lần đã sinh thường, những phụ nữ này sẽ có khả năng sinh thường cao với tỷ lệ sinh thường trong lần này gấp 4 lần sinh mổ (OR 4,26; KTC 95%, 1,92 – 9,46; $p < 0,01$), nếu có chuyển dạ trong vòng 24 giờ sau làm chín muồi cổ tử cung sẽ có tỷ lệ sinh thường cao gấp 4,69 lần sinh mổ (OR 4,69; KTC 95%, 2,12 – 10,39; $p < 0,001$) và nếu điểm Bishop thay đổi sau 24 giờ khởi phát chuyển dạ với Dinoprostol, tỷ lệ sinh thường có thể cao gấp 1,41 lần (OR

1,41; KTC 95%, 1,18 – 1,67; $p < 0,001$)^[11]. Ngoài prostaglandin, nghiên cứu bệnh chứng của Megan và cộng sự năm 2020 đã trình bày trên cũng đã cho thấy hiệu quả của oxytocin khi dùng khởi phát chuyển dạ khi so sánh giữa nhóm thành công VBAC và nhóm thất bại (94,3% so với 88,8%, $p < 0,01$)^[9]. Như vậy, việc sử dụng các thuốc để khởi phát chuyển dạ được cho thấy tuy có làm gia tăng tỷ lệ vỡ tử cung nhưng tỷ lệ này vẫn khá thấp, chỉ khoảng 1,3 – 1,4%. Bên cạnh đó, tuy hiệu quả của các thuốc giữa các nghiên cứu còn chưa thống nhất, nhưng phần lớn đều cho thấy không có sự khác biệt so với chờ đợi chuyển dạ tự nhiên.

KHOẢNG PHÁT CHUYỂN DẠ TRONG TOLAC: PHƯƠNG PHÁP NÀO LÀ TỐI ƯU?

Hiện nay, khi quyết định khởi phát chuyển dạ trên nhóm sản phụ đã từng có 1 lần mổ lấy thai, có khá nhiều phương pháp để lựa chọn, tuy nhiên, phương pháp nào sẽ có hiệu quả nhất, an toàn nhất, tối ưu nhất lại chưa rõ ràng. Một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu công bố năm 2013 do Thomas cùng cộng sự thực hiện nhằm xác định tỷ lệ vỡ tử cung, tỷ lệ bệnh tật của sản phụ và thai nhi khi sinh ngã âm đạo hoặc dùng prostaglandin liều thấp trên sản phụ có tiền căn mổ sinh trước đó. Nghiên cứu đã thu thập được dữ liệu của 4.137 sản phụ chia làm 2 nhóm: nhóm 1 gồm 593 sản phụ mổ lấy thai lặp lại và nhóm 2 gồm 3.544 sản phụ sinh ngã âm đạo, trong những sản phụ ở nhóm 2 có 1.716 sản phụ khởi phát chuyển dạ: 1.201 sản phụ khởi phát chuyển dạ chỉ bằng oxytocin, 515 sản phụ khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandin liều 0,5 mg Dinoprostol trong 3 ngày đầu và Misoprostol liều 25 μ g, 50 μ g, 50 μ g, 50 μ g trong 4 ngày tiếp theo. Sau cùng vào ngày 7, nếu Bishop vẫn < 6 điểm sau 4 giờ đặt Misoprostol, sản phụ sẽ được mổ lấy thai. Sau nghiên cứu, khi so sánh các kết cục trên thai phụ và thai nhi giữa 2 nhóm mổ lấy thai và sinh ngã âm đạo, có sự khác biệt đáng kể giữa 2 nhóm, cụ thể về tỷ lệ nứt tử cung ở

nhóm sinh ngã âm đạo cao hơn nhóm mổ lấy thai (1,6% so với 0,5%, $p = 0,04$), ngược lại, tỷ lệ trẻ phải nhập hồi sức ở nhóm mổ lấy thai cao hơn so với nhóm sinh ngã âm đạo (9,8% so với 5,6%, $p < 0,01$). Các kết cục khác như vỡ tử cung, chấn thương bàng quang, thai phụ phải nhập hồi sức, tỷ lệ bệnh tật chu sinh của thai nhi không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm. Khi so sánh về hiệu quả và độ an toàn của prostaglandin trong khởi phát chuyển dạ, nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thành công của khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandin là 62,7% so với 81,1% ở những thai phụ chuyển dạ tự nhiên và qua đó có thể thấy việc sử dụng thuốc này làm giảm tỷ lệ sinh ngã âm đạo với OR 0,39 (KTC 95%, 0,32 – 0,48; $p < 0,01$); bên cạnh đó tỷ lệ vỡ tử cung, tỷ lệ bệnh tật ở thai phụ và thai nhi không có sự khác biệt. Đối với oxytocin dùng trong khởi phát chuyển dạ, kết quả cũng tương tự với tỷ lệ thành công là 74,8% với OR 0,69 (KTC 95%, 0,58 – 0,82; $p < 0,01$) và các kết cục về tỷ lệ vỡ tử cung cũng như tỷ lệ bệnh tật của mẹ và bé không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so với nhóm chuyển dạ tự nhiên^[12]. Nghiên cứu của Thomas đã một lần nữa chứng minh rằng sinh ngã âm đạo trên sản phụ đã có tiền căn mổ lấy thai trước đó không làm tăng tỷ lệ vỡ tử cung, tỷ lệ bệnh tật của mẹ và bé. Mặt khác, nghiên cứu cũng cho thấy prostaglandin liều thấp và oxytocin trong khởi phát chuyển dạ làm giảm tỷ lệ thành công VBAC, trong đó khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin có hiệu quả nhất so với các phương pháp còn lại với tỷ lệ thành công hơn 70%, nhưng không làm tăng tỷ lệ vỡ tử cung, kết cục xấu của thai kỳ và thai nhi.

Khi so sánh giữa phương pháp đặt bóng và dùng oxytocin trong khởi phát chuyển dạ, một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu khác được tiến hành trên 214 thai kỳ với cổ tử cung không thuận lợi và có tiền căn mổ lấy thai do Shah và cộng sự thực hiện năm 2016. Các thai phụ này được chia làm 2 nhóm: nhóm 1 dùng oxytocin từ đầu với liều 1 – 2 mU/phút, tăng 1 – 2 mU/phút mỗi 30 phút tối đa 40 mU/phút ($n = 150$), nhóm 2 đặt

bóng và sử dụng oxytocin liều như trên sau khi tháo bóng. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sinh ngã âm đạo ở nhóm khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin cao hơn nhóm đặt bóng (70,7% so với 50,0%, $p = 0,04$), hơn nữa, với phép phân tích đa biến, khả năng sinh ngã âm đạo của những sản phụ được khởi phát chuyển dạ với oxytocin cao gấp 2 lần so với nhóm còn lại (aOR 2,09; KTC 95%, 1,05 – 4,18; $p = 0,036$). Ngoài ra, thời gian từ lúc khởi phát chuyển dạ đến khi sinh cũng như thời gian nằm viện ở nhóm 1 đều ngắn hơn đáng kể so với nhóm 2 (lần lượt là 21,9 giờ so với 16,3 giờ, $p = 0,002$; 3,34 ngày so với 3,77 ngày, $p < 0,0001$). Đáng quan tâm hơn, tỷ lệ vỡ tử cung ở nhóm 1 là 1,3% (2 trường hợp) so với nhóm 2 là 0% nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Các kết cục khác ở mẹ như phải truyền máu, nhiễm trùng vết thương, huyết khối tĩnh mạch sau sinh cũng tương đương ở 2 nhóm. Bên cạnh đó, về phía thai, các kết cục như Apgar 5 phút < 7 điểm, chấn thương lúc sinh, thời gian nằm viện, tỷ lệ phải nhập hồi sức cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm^[13]. Như vậy, qua nghiên cứu, oxytocin được chứng minh hiệu quả hơn mà vẫn an toàn bởi tỷ lệ sinh thường thành công cao nhưng tỷ lệ vỡ tử cung cùng các kết cục khác của mẹ và thai không có sự khác biệt khi so sánh với phương pháp đặt bóng trong khởi phát chuyển dạ trên một thai kỳ có cổ tử cung chưa chín muồi và tiền căn mổ sinh trước đó.

TÓM LẠI

Sinh thường sau mổ lấy thai không làm gia tăng tỷ lệ vỡ tử cung cũng như các kết cục xấu đối với thai phụ và thai nhi, đồng thời điều này có thể giúp sản phụ tránh trải qua cuộc mổ lần nữa, giảm đi nguy cơ tổn thương các cơ quan như bàng quang, ruột, đồng thời làm giảm số ngày phải nằm viện. Tuy nhiên, để có thể sinh ngã âm đạo, đôi khi một số những sản phụ đòi hỏi phải khởi phát chuyển dạ và hiện nay, khởi phát chuyển dạ có thể được sử dụng như một lựa chọn trong thực hiện TOLAC. Trong số các

phương pháp, khởi phát chuyển dạ với thuốc có vẻ nhỉnh hơn về mặt hiệu quả nhưng dường như các phương pháp khởi phát chuyển dạ (cả cơ học và dùng thuốc) đều không làm gia tăng tỷ lệ thành công của VBAC. Bên cạnh đó, việc sử dụng những phương pháp này để khởi phát chuyển dạ tuy có mang lại nguy cơ vỡ tử cung nhưng với tỷ lệ có thể chấp nhận được (1,3 – 1,4%) và ngoài ra không làm gia tăng bất cứ biến chứng nào về phía mẹ và thai. Với những lý do đó, khởi phát chuyển dạ với nhiều phương pháp khác nhau vẫn nên được đề nghị cho thai phụ TOLAC như một lựa chọn, dựa trên những y văn hiện nay để cân nhắc lợi ích và nguy cơ, đặc biệt là những yếu tố ảnh hưởng đến khả năng thành công của VBAC, để cá thể hóa và có chỉ định khởi phát chuyển dạ phù hợp trên thai kỳ lần này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstetrics and gynecology*. 2019;133(2):e110–e27.
2. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*. 2018;15(1):e1002494.
3. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2007;176(4):455–60.
4. ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. *Obstetrics and gynecology*. 2009;114(2 Pt 1):386–97.
5. Palatnik A, Grobman WA. Induction of labor versus expectant management for women with a prior cesarean delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2015;212(3):358. e1–e6.
6. Wu Y, Kataria Y, Wang Z, Ming WK, Ellervik C. Factors associated with successful vaginal birth after a cesarean section: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*. 2019;19(1):360.
7. Huisman CMA, Ten Eikelder MLG, Mast K, Oude Rengerink K, Jozwiak M, van Dunné F, et al. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2019;98(7):920–8.
8. Hamidi O, Quist-Nelson J, Xodo S, Berghella V. Membrane sweeping in patients planning a trial of labor after cesarean: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet*. 2020;33(18):3103–10.
9. Varvoutis MS, Sayres LC, Dotters-Katz SK. Is Early Amniotomy Associated with Higher Likelihood of Vaginal Birth after Cesarean? *AJP reports*. 2020;10(1):e37–e41.
10. Andrikopoulou M, Lavery JA, Ananth CV, Vintzileos AM. Cervical ripening agents in the second trimester of pregnancy in women with a scarred uterus: a systematic review and metaanalysis of observational studies. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(2):177–94.
11. Bouchghoul H, Zeino S, Houllier M, Senat MV. Cervical ripening by prostaglandin E2 in patients with a previous cesarean section. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*. 2020;49(4):101699.
12. Schmitz T, Pourcelot AG, Moutafoff C, Biran V, Sibony O, Oury JF. Cervical ripening with low-dose prostaglandins in planned vaginal birth after cesarean. *PLoS one*. 2013;8(11):e80903.
13. Shah U, Bellows P, Drexler K, Hawley L, Davidson C, Sangi-Haghpeykar H et al. Comparison of induction of labor methods for unfavorable cervixes in trial of labor after cesarean delivery. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet*. 2017;30(9):1010–5.