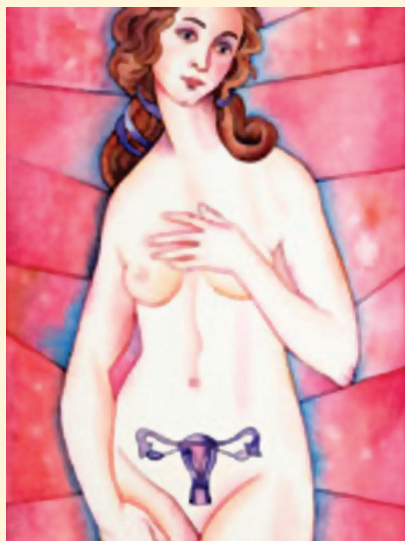




HỘI NGHỊ CHUYÊN ĐỀ SẢN KHOA CHÂU Á

GS.TS. Trần Thị Lợi

*Chủ nhiệm Bộ môn Sản Phụ khoa và Sức khỏe sinh sản
Khoa Y, Đại học Quốc gia TP HCM*

Ngày 12 tháng 5 năm 2012, tại khách sạn Caravelle, Hội nghị chuyên đề Sản khoa do công ty Ferring phối hợp cùng khoa Y, Đại học Quốc gia TP HCM tổ chức. Hội nghị quy tụ hơn 100 đại biểu đến từ các quốc gia trong vùng như: Singapore, Malaysia, Indonesia, Thái Lan, Đài Loan, Hồng Kông, Indonesia và 51 đại biểu Việt Nam.

Hai giáo sư chủ tọa cho hội nghị là: GS. Gian Carlo Di Renzo, chủ nhiệm bộ môn Phụ Sản và Trung tâm Chu Sinh và Y học sinh sản bệnh viện trường Đại học Santa Maria della Misericordia, San Sisto – Perugia – Italia, và GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng, nguyên Chủ nhiệm Bộ môn Sản Đại học Y Dược TP HCM và nguyên Giám đốc bệnh viện Từ Dũ. Các báo cáo viên là những chuyên gia đến từ Anh, Đài Loan, Thái Lan, Phillippine, Việt Nam.

Nội dung chính của hội nghị gồm các vấn đề:

- Những thay đổi gần đây về tình hình mổ lấy thai và sinh ngã âm đạo.
- Những tiến bộ trong phòng ngừa băng huyết sau sinh, sổ nhau tích cực.
- Dự phòng sinh non.

NHỮNG THAY ĐỔI GẦN ĐÂY VỀ TÌNH HÌNH MỔ LẤY THAI VÀ SINH NGẢ ÂM ĐẠO

PGS. WC Leung, MD, FROCG, chủ nhiệm bộ môn Phụ Sản, Đại học Hồng Kông, bác sĩ tham vấn khoa Phụ Sản, bệnh viện Kwong Wah, mở đầu hội nghị với bài báo cáo “Những thay đổi gần đây về mổ lấy thai và sinh ngã Âm Đạo ở APAC (Hồng Kông)” (Recent change of Caesarean & Vaginal delivery in APAC; Hong Kong).

Năm 1985, Tổ chức Y tế Thế giới đăng trên báo Lancet bài “Kỹ thuật sinh thích hợp” cho rằng ở những nước có tỉ lệ tử vong chu sinh thấp nhất trên thế giới thì tỉ lệ mổ lấy thai dưới 10%, và không có sự biện minh chính đáng nào cho những nơi có tỉ lệ này cao hơn 10-15%. Tuy vậy, tỉ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng vì nhiều lý do khác nhau trong đó có những yêu cầu của thai phụ như: sợ bị tổn thương sản chậu, sợ bé sơ sinh bị tổn thương khi sinh ngã âm đạo; thai phụ quá sang trọng không tự tin là có thể rặn sinh được... Những yêu cầu không



chính đáng này vẫn được một số bệnh viện đáp ứng cho mổ lấy thai dù không có chỉ định sản khoa.

Năm 2010, trên website www.thelancet.com (Vol 375 tháng 6/2010) đã đăng bài báo cáo về tỉ lệ mổ lấy thai ở 9 nước châu Á do WHO chủ trì năm 2007-2008. chín nước được chọn vào nghiên cứu là Campuchia, Trung Quốc, Ấn Độ, Nepal, Nhật, Philippines, Srilanka, Thái Lan và Việt Nam. Tại mỗi nước, thủ đô và 2 tỉnh được chọn ngẫu nhiên để tìm hiểu tình hình sinh ở các nơi này. Phân tích số liệu trên 109.101 trường hợp sinh (trong tổng số 112.152 trường hợp, độ bao phủ 97%) từ 122 cơ sở cho thấy tỉ lệ mổ lấy thai là 27,3% và sinh ngả âm đạo có can thiệp là 3,2%. Bệnh suất và tử suất mẹ được quy định khi có một trong những tình trạng sau: thai phụ bị tử vong, phải săn sóc đặc biệt, có truyền máu, bị mổ cắt tử cung, bị mổ thắt động mạch hạ vị. Nguy cơ của bệnh suất và tử suất của mẹ khi:

- Sinh ngả âm đạo có can thiệp thủ thuật là 2,1 (95% KTC: 1,7-2,6).
- Mổ lấy thai trước chuyển dạ, không có chỉ định: 2,7 (KTC 95%: 1,4-5,5).
- Mổ lấy thai trước chuyển dạ, có chỉ định là 10,6 (KTC 95%: 9,3-12).
- Mổ lấy thai trong chuyển dạ, không có chỉ định là 14,2 (KTC 95%: 9,8-20,7).
- Mổ lấy thai trong chuyển dạ, có chỉ định là 14,5 (KTC 95%: 13,2-16).

Ngôi mông:

- Mổ lấy thai trước chuyển dạ: 0,2 (KTC 95%: 0,1-0,3)
- Mổ lấy thai trong chuyển dạ: 0,3 (KTC 95%: 0,2-0,4).

Kết luận của nghiên cứu này là để cải thiện kết cục thai kỳ, mổ lấy thai luôn luôn nên có chỉ định sản khoa.

Năm 2012, một nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên (nested randomized trial) so sánh kết cục thai kỳ của những phụ nữ có vết mổ lấy thai cũ bằng cách mổ chủ động hoặc cho sinh ngả âm đạo (Planned vaginal birth or elective repeat cesarean: patient preference restricted cohort with nested randomized trial) được thực hiện tại 14 bệnh viện sản ở Úc. Tổng số 2.345 thai phụ có một lần mổ lấy thai trước đó được chia làm hai nhóm: 1.237 trường hợp sinh ngả âm đạo và 1.108 trường hợp được mổ chủ động. Nguy cơ cho con gồm: con chết hoặc những tai biến nghiêm trọng cho con ở nhóm được mổ chủ động là 0,9%, thấp hơn nhóm sinh ngả âm đạo (2,4%). RR: 0,39 (95% CI: 0,19-0,8), NNT (number needed to treat): 66 (95% CI: 40-200). Tỉ lệ thai phụ bị những tai biến trầm trọng (mất máu ≥ 1500 ml, hoặc phải truyền máu) ở nhóm mổ chủ động là 0,8%, ở nhóm sinh ngả âm đạo là 2,3%; RR: 0,37 (95% CI: 0,17-0,80). Kết luận của nghiên cứu này là với những trường hợp có vết mổ lấy thai cũ, mổ chủ động ít tai biến cho cả mẹ và con hơn là sinh ngả âm đạo.

Một trong những nỗ lực giảm tỉ lệ mổ lấy thai là xử trí ngoại xoay thai những trường hợp ngôi mông. Tháng 2/2012, trên Hong Kong Med J Vol 18, No 1, WC Leung và cộng sự đã công bố một nghiên cứu đoàn hệ trong 9 năm từ 2001 đến 2009, trên 910 ca ngôi mông gần đủ ngày. Kết quả là 65% mổ lấy thai chủ động, 17% chống chỉ định của ngoại xoay thai, chỉ còn 18% thực hiện ngoại xoay thai.

Mổ lấy thai cũng là *nguy cơ của nhau cài răng lược*, tỉ lệ nhau cài răng lược liên quan đến tiền sử mổ lấy thai:

- Không có tiền sử mổ lấy thai, tỉ lệ nhau cài răng lược: 1,9%.
- Có tiền sử mổ lấy thai 1 lần, tỉ lệ nhau cài răng lược: 15,6%.
- Có tiền sử mổ lấy thai 2 lần, tỉ lệ nhau cài răng lược: 23,5%.
- Có tiền sử mổ lấy thai 3 lần, tỉ lệ nhau cài răng lược: 29,4%.

- Có tiền sử mổ lấy thai 4 lần, tỉ lệ nhau cài răng lược: 33,3%.
- Có tiền sử mổ lấy thai 5 lần, tỉ lệ nhau cài răng lược: 50%

Tất cả những số liệu trình bày ở trên cho thấy mổ lấy thai là một phẫu thuật quan trọng và có nhiều ảnh hưởng đến tương lai sinh sản của người phụ nữ, do đó cần tôn trọng chỉ định mổ lấy thai.

NHỮNG TIẾN BỘ TRONG DỰ PHÒNG BĂNG HUYẾT SAU SINH, SỎ NHAU TÍCH CỰC

GS. Tim Draycott ở khoa Phụ Sản, bệnh viện Southmead (Bristol, Anh) báo cáo về những tiến bộ mới trong dự phòng băng huyết sau sanh. Sổ nhau tích cực là biện pháp dự phòng băng huyết sau sinh (Postpartum Hemorrhage: PPH) hiệu quả với RR: 0,38 (95%CI: 0,32-0,46). Tuy nhiên ba yếu tố của sổ nhau tích cực là: kẹp dây rốn sớm, kéo dây rốn có kiểm soát và dùng thuốc co hồi tử cung đều được xem xét lại và có thay đổi.

Kẹp dây rốn sớm: năm 2009, RCOG PPH Guideline khuyến cáo: trì hoãn kẹp rốn >30 giây giúp giảm thiểu máu sơ sinh, và không làm tăng nguy cơ băng huyết sau sinh cho sản phụ. FIGO năm 2009 đã rút bỏ yếu tố kẹp dây rốn sớm và khuyến cáo: trì hoãn việc kẹp dây rốn kèm với tiêm oxytocin ngay sau sổ thai giúp giảm lượng máu mất trong giai đoạn 3 của chuyển dạ.

Kéo dây rốn có kiểm soát: tháng 05/2012, trên Lancet, nhóm tác giả AM Gulmezoglu, Lumbiganon P. và cộng sự đã công bố một nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có nhóm chứng so sánh tác dụng của việc có kéo và không kéo dây rốn có kiểm soát (Active management of the third stage of labor with and without controlled cord traction: a randomized, controlled, non-inferiority trial). Nghiên cứu thực hiện trên 12.227 sản phụ ở 8 nước: Argentina, Ai Cập, Ấn Độ, Kenya, Philippines, Nam Phi, Thái Lan và Uganda. Kết luận của nghiên cứu này là loại bỏ kéo dây rốn có kiểm soát chỉ ảnh hưởng rất ít trên

nguy cơ của băng huyết sau sanh nặng. Do đó, nâng vai trò chủ yếu của oxytocin trong phòng ngừa băng huyết sau sanh.

Thuốc co hồi tử cung:

- Misoprostol: rẻ, chịu nhiệt, có tác dụng nhanh sau khi uống hoặc đặt dưới lưỡi. Tuy nhiên, không hiệu quả bằng oxytocin hoặc ergometrine, nên chỉ dùng ở những nơi không có oxytocin.
- Ergometrine: đã có 3 sản phụ tử vong vì xuất huyết não do tăng huyết áp vì dùng ergometrine sau sinh.
- Oxytocin: nghiên cứu ECSSIT: thử nghiệm trên 2000 phụ nữ bị mổ lấy thai ở Ireland, so sánh tiêm oxytocin 1 liều 5IU và tiêm 1 liều 5IU kèm với 40UI truyền tĩnh mạch trong phòng ngừa băng huyết sau sanh nặng (mất >1.000ml máu). Kết quả: không có sự khác biệt về tỉ lệ băng huyết sau sanh nặng do 2 cách điều trị này, (tiêm 1 liều oxytocin 5IU: 15,7%, 1 liều oxytocin 5IU kèm với 40UI truyền tĩnh mạch: 16%). Tuy nhiên với bác sĩ điều trị có kinh nghiệm và chưa kinh nghiệm nhiều về mổ lấy thai, tỉ lệ băng huyết sau sinh nặng lần lượt là: 13,1% / 19,6%.
- Carbetocin: chất đồng vận tổng hợp của oxytocin, thời gian bán hủy dài 40 phút, có được cấp phép cho dùng sau mổ lấy thai tại nước Anh. Năm 2012, trên thư viện Cochrane một tổng quan hệ thống về Carbetocin thực hiện từ 11 RCT gồm 2.635 sản phụ kết luận:
 - + Carbetocin hiệu quả hơn oxytocin phòng ngừa băng huyết sau sinh trong mổ lấy thai.
 - + Carbetocin gây mất máu ít hơn syntometrine trong sanh ngã âm đạo.
 - + Ít tác dụng phụ.
 - + Tỉ lệ tăng huyết áp sau sinh 30 và 60 phút thấp đáng kể so với syntometrine.
 - + Về phương diện giá thành và hiệu quả: tuy giá thành của carbetocin cao hơn oxytocin, nhưng nếu đánh giá thêm các yếu tố khác: cần dùng thêm oxytocin, trang thiết bị, truyền máu, thời gian nằm viện, thì chi phí trung bình cho một sản phụ dùng oxytocin là 4.045 đôla trong khi chi phí trung bình cho một sản phụ dùng carbetocin là 3.525 đôla (theo Mexican Institute of Social Security, Value Health, 2006).

DỰ PHÒNG SINH NON

Bác sĩ Ty Leung, Khoa Phụ Sản, bệnh viện Prince of Wales, Đại học Trung Quốc của Hồng Kông báo cáo về các vấn đề sau:

1. Các test tiên lượng sinh non:

- Siêu âm đầu dò âm đạo đo chiều dài cổ tử cung: nghiên cứu thực hiện trên 2915 phụ nữ có thai 24 tuần. Chiều dài cổ tử cung trung bình: $35,2 \pm 8,3$ mm, đường bách phân vị thứ 10 là 25 mm. Cổ tử cung càng ngắn nguy cơ sinh non càng cao.
- Các xét nghiệm sinh hóa: fetal Fibronectin, các xét nghiệm vi sinh.

Fetal Fibronectin là một chất glycoprotein, có ở màng rụng, màng ối, cytotrophoblast, bình thường không có ở cổ tử cung khi thai từ 20-36 tuần. Lấy bệnh phẩm ở cùng đồ sau khi thai phụ đã nằm nghỉ ngơi 30 phút, ngưỡng chấp nhận là 50 ng/ml. Dương tính giả nếu thai phụ giao hợp hoặc có khám âm đạo trong vòng 24 giờ trước đó.

Sự hiện diện của fetal fibronectin trong dịch tiết âm đạo ở những bệnh nhân dọa sinh non dự báo sẽ sinh

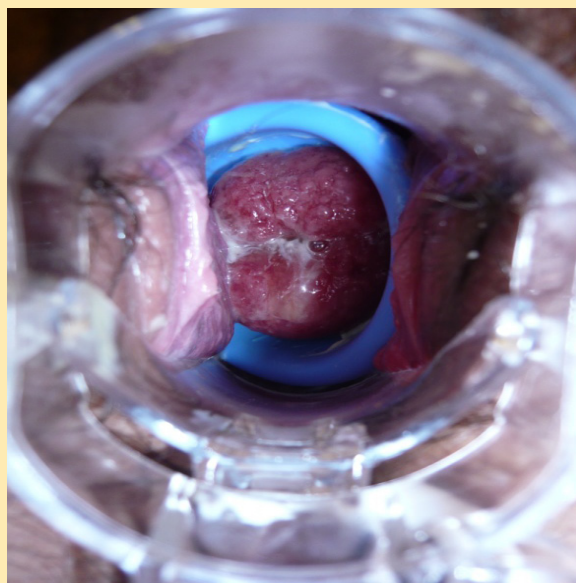
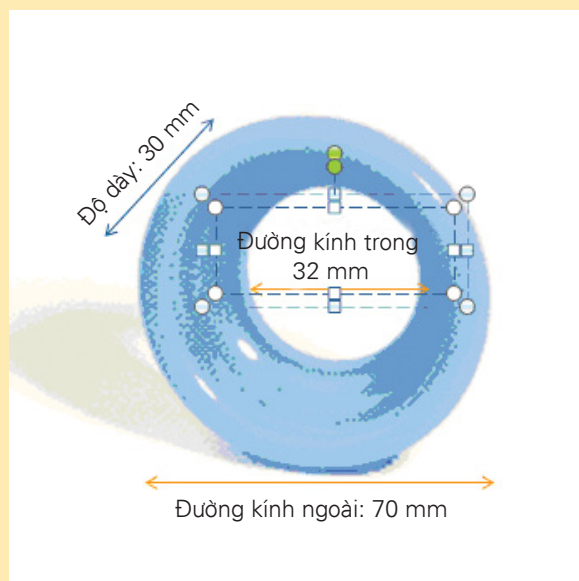
non trong vòng 7 ngày, độ nhạy: 75,8%, độ đặc hiệu: 82,6%, giá trị tiên đoán dương: 23,5%, giá trị tiên đoán âm: 98%.

Trong 2 xét nghiệm nói trên, siêu âm đầu dò âm đạo đo chiều dài cổ tử cung có giá trị chính xác bằng hoặc cao hơn fetal Fibronectin nếu được thực hiện bởi các bác sĩ siêu âm nhiều kinh nghiệm và máy siêu âm tốt.

2. Dự phòng sinh non: với những thai phụ có nguy cơ sinh non, cần điều trị dự phòng bằng progesterone có thể kết hợp với khâu vòng cổ tử cung hoặc dùng vòng giữ cổ tử cung: Arabin pessary.

Progesterone viên đặt âm đạo, hoặc thuốc dầu tiêm bắp điều trị cho những thai phụ có tiền sử sinh non, từ khi thai kỳ được 16-20 tuần cho đến 36 tuần nếu không sinh non trước đó. Kết quả cho thấy progesterone rất hiệu quả giúp giảm nguy cơ sinh non dưới 34 tuần RR: 0,15 (95%CI: 0,04-0,64).

Tóm lại, với những trường hợp có nguy cơ sinh non, nên điều trị dự phòng bằng progesterone, có thể kết hợp với các thủ thuật khâu cổ tử cung hoặc nâng đỡ cổ tử cung với Arabin pessary.



Hình ảnh Arabin pessary khi được đặt vào cổ tử cung