

KẾT QUẢ PHÁ THAI QUÝ II TRÊN BỆNH NHÂN CÓ SẸO MỔ ĐẸ CŨ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Bích Vân⁽¹⁾, Trần Thị Phương Thanh⁽²⁾, Vũ Văn Du⁽¹⁾, Phan Thị Anh⁽¹⁾
(1) Trường Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Từ khóa: Đính chỉ thai nghén, sẹo mổ đẻ cũ.

Keywords: Abortion, cesarian scars.

Tóm tắt

Phá thai quý II là phương pháp chấm dứt thai nghén khi tuổi thai từ 13 đến 22 tuần (tuổi thai được tính theo ngày đầu kỳ kinh cuối hoặc theo siêu âm ba tháng đầu). Việc này khi thực hiện trên thai phụ có sẹo mổ đẻ cũ luôn tiềm ẩn các nguy cơ tai biến như chảy máu, nhiễm trùng, vỡ tử cung... vì vậy một vấn đề đặt ra đối với người thầy thuốc sản khoa là thái độ xử trí phá thai trên thai phụ có sẹo mổ đẻ cũ như thế nào cho tốt, đạt được hiệu quả cao và giảm tỷ lệ gặp tai biến.

Mục tiêu: Tìm hiểu các phương pháp phá thai quý II đang được thực hiện trên bệnh nhân có sẹo mổ đẻ cũ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và kết quả của từng phương pháp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tất cả các trường hợp có tiền sử mổ đẻ cũ được chỉ định đính chỉ thai nghén ở quý II tại khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ ngày 01/08/2014 đến ngày 30/02/2015.

Kết quả: Trong tổng số 55 thai phụ trong nghiên cứu thì có 44 trường hợp được chỉ định phá thai nội khoa, 11 trường hợp được chỉ định phá thai ngoại khoa trong đó có 6 ca nong gấp, 1 ca đặt túi nước và 4 ca mổ lấy thai. Tỷ lệ thành công của phương pháp nội khoa là 75%, ngoại khoa là 100%. Nhưng tỷ lệ tai biến của phương pháp nội khoa là 3% thấp hơn phương pháp ngoại khoa là 13,6%. Tỷ lệ tai biến cao nhất là nhóm có tiền sử mổ cũ 3 lần 33,3% và nhóm có khoảng cách mổ dưới 1 năm là 20%.

Kết luận: Có thể áp dụng phá thai bằng phương pháp nội khoa cho tất cả các thai phụ có sẹo mổ cũ (trừ trường hợp chống chỉ định) vì tỷ lệ thành công cao và tỷ lệ tai biến thấp.

Từ khóa: Đính chỉ thai nghén, sẹo mổ đẻ cũ.

Abstract

THE RESULT OF ABORTION AT THE 2ND TRIMESTER OF PATIENTS WITH CESARIAN SCAR AT NHOG

Tác giả liên hệ (Corresponding author):

Nguyễn Thị Bích Vân,

email: vannhim72@gmail.com

Ngày nhận bài (received): 15/03/2016

Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):

10/04/2016

Ngày bài báo được chấp nhận đăng

(accepted): 20/04/2016

Second trimester abortion is the method of termination of the pregnancy from the 13th week to the 22nd week (the fetal age is counted either from the first day of the last menstrual cycle or on the basis of the echographic diagnosis of the first trimester). The application of this method on patients that have cesarian scars always potentially brings such accidents as bleeding, infection, uterus breaking... So, it raises a question to doctors for the attitude of treatment in a way that can reach the highest efficiency and reduce the risk of accidents.

Objective: *To research the methods of second trimester abortion applied on patients that have cesarian scars at the NHOG and the corresponding results of every method.*

Objects of method of research: *The research was carried out on all abortion cases that have historical cesarian operations at the Department of Voluntary Service at the NHOG from 01/08/2014 to 28/02/2015.*

Results: *Out of the 55 cases of the research, 44 cases were instructed to use medicine for pregnancy termination, 11 cases were interferent termination in which 5 case undergoing curetage, 1 case undergoing kovak and 4 cases undergoing surgery. The success ratio of the medical method was 75%, and it was 100% for the interferent method. However, the accident ratio for the former was 3% while it was 13.6% for the latter. The highest accident ratio was for the cases that had undergone 3 times of cesarian operations (33.3%) and for the cases that had cesarian operation interval less than 1 year (20%).*

Conclusion: *medical method can be applied for all patients that have cesarian scars (except contra-indicative cases) due to high ratio of success and low accidental risk.*

Keywords: *abortion, cesarian scars.*

1. Đặt vấn đề

Phá thai hay đình chỉ thai nghén là việc sử dụng một phương pháp nào đó có thể là thủ thuật, phẫu thuật hay thuốc để kết thúc sự mang thai đưa các sản phẩm của thai nghén ra khỏi đường sinh dục của người mẹ. Theo nghiên cứu của tổ chức y tế thế giới (WHO) năm 1999 và 2004 thì Việt Nam được đánh giá là một trong những nước có tỷ lệ phá thai cao trong các nước mà phá thai được coi là hợp pháp. Hàng năm có trên 1,5 triệu ca phá thai và tỷ lệ phá thai ngày càng tăng ở nước ta.

Phá thai quý II là phương pháp chấm dứt thai nghén khi tuổi thai từ 13 đến 22 tuần (tuổi thai được tính theo ngày đầu kỳ kinh cuối hoặc theo siêu âm ba tháng đầu). Các phương pháp phá thai quý II trên thai phụ có sẹo mổ đẻ cũ được áp dụng tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương bao gồm phá thai bằng thuốc, nong và gắp, đặt túi nước, mổ lấy thai,... Phá thai quý II trên thai phụ có sẹo mổ đẻ cũ, các nguy cơ tai biến có thể gặp như chảy máu, vỡ tử cung, nhiễm trùng...

Và một vấn đề đặt ra đối với người thầy thuốc sản khoa là thái độ xử trí phá thai trên phụ nữ có sẹo

mổ đẻ cũ như thế nào cho tốt. Ở những sản phụ này, việc nạo hút một thai nhỏ đã khó khăn nhưng việc gây chuyển dạ đối với một thai quý II lại khó khăn gấp bội và không phải lúc nào cũng đạt được hiệu quả, tỷ lệ gặp tai biến lại cao. Đứng trước thực trạng trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu tìm hiểu các phương pháp phá thai quý II đang được thực hiện trên bệnh nhân có sẹo mổ đẻ cũ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và kết quả của từng phương pháp.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tất cả các trường hợp có tiền sử mổ đẻ cũ được chỉ định đình chỉ thai nghén tại khoa Điều trị theo yêu cầu - Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ ngày 01/08/2014 đến ngày 30/02/2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

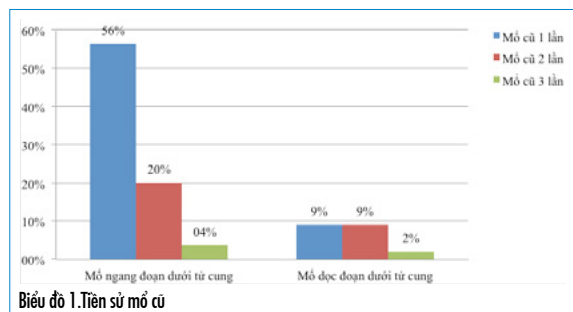
Các thông số nghiên cứu: Các biến số nghiên cứu được thu thập theo mẫu với các thông số về tuổi, nghề nghiệp, lý do phá thai, các tai biến trong

quá trình phá thai,... Các biến số được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 để tính toán số liệu

Các chỉ tiêu nghiên cứu: Tiền sử mổ đẻ cũ, số lần mổ lấy thai, khoảng cách giữa các lần mổ, đường mổ. Tuổi thai, lý do phá thai, tỷ lệ sử dụng phương pháp phá thai: nội khoa, ngoại khoa. Kết quả phá thai: Thành công: Thai sảy ra khỏi buồng tử cung. Thất bại: Thai không sảy sau khi kết thúc phương pháp phá thai. Tỷ lệ tai biến, thời gian gây sảy, liều của từng phương pháp.

3. Kết quả

Trong thời gian từ ngày 01/08/2014 đến ngày 30/02/2015 nghiên cứu thu nhận được 55 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 31, số sản phụ có tiền sử mổ đẻ 1 lần chiếm tỷ lệ cao nhất 67,28%, Tỷ lệ phá thai do thai bất thường chiếm cao nhất 69% trong các lý do phá thai khác.



Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi thai và lý do phá thai

Tuổi thai	Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
	13-17 tuần		30	54,5
18-22 tuần		25	45,5	
$X \pm SD = 16,56 \pm 3,6$				
Lý do phá thai	Thai bất thường		38	69
	Thai ngoài kế hoạch		17	31

Bảng 2. Tỷ lệ các phương pháp phá thai quý II

Phương pháp	Số lượng	Tỷ lệ %
	MSP đơn thuần	21
Oxytocin	23	41,8
Nong và gấp	6	10,9
Đặt túi nước	1	1,8
Mổ lấy thai	4	7,3

Bảng 3. Mối liên hệ giữa tuổi thai và phương pháp phá thai

Tuổi thai	MSP	Truyền oxytocin	Đặt túi nước	Nong gấp	Mổ lấy thai	Tổng	
13-17	n	13	8	0	6	1	29
	%	46,4	25,9	0	24,1	3,6	100
18-22	n	8	15	1	0	3	26
	%	29,6	55,6	3,7	0	11,1	100
Tổng		21	23	1	6	4	55

Bảng 2: 80% Các trường hợp được chỉ định phá thai nội khoa

Bảng 3: Dù ở nhóm tuổi thai nào thì phương pháp phá thai nội khoa cũng là chủ yếu

Bảng 4. Tỷ lệ thành công và thất bại của các phương pháp phá thai

Tuổi thai	MSP	Kết quả			
		Thành công		Thất bại	
		n	%	N	%
MSP đơn thuần	21	14	66,7	7	33,33
Truyền Oxytocin	23	19	82,6	4	17,4
Nong và gấp	6	6	100	0	0
Đặt túi nước	1	1	100	0	0
Mổ lấy thai	4	4	100	0	0

Tỷ lệ thành công chung của các phương pháp phá thai ngoại khoa là 100%. Phương pháp phá thai nội khoa có tỷ lệ thất bại chung là $11/44 = 25\%$

Bảng 5. Liều gây sảy thai của MSP

Tuần thai	Thời gian sảy	Liều MSP
13-17	$37,2 \pm 15,4$ giờ	$950 \pm 531,665$ μ g
18-22	$42 \pm 6,93$ giờ	$775 \pm 125,831$ μ g
13-22	$40 \pm 11,17$ giờ	$862,5 \pm 328,748$ μ g
P	0,359	0,16

Không có sự khác biệt về thời gian sảy và liều MSP ở 2 nhóm 13-17 tuần và 18-22 tuần.

Bảng 6. Tỷ lệ tai biến của các phương pháp phá thai

Phương pháp	N	Tai biến		
		n	%	
MSP đơn thuần	MSP đơn thuần	14	0	3
Truyền Oxytocin	Truyền Oxytocin	19	1	
Nong và gấp	Nong và gấp	14	2	13,6
Đặt túi nước	Đặt túi nước	1	0	
Mổ lấy thai	Mổ lấy thai	7	1	7,4
Tổng số		55	4	
$P = 0,541 > 0,05$				

Không có sự khác biệt về tỷ lệ tai biến của phương pháp phá thai nội khoa và ngoại khoa.

4. Bàn luận

Trong 55 thai phụ thì có 44 trường hợp được chỉ định phá thai nội khoa, và 11 trường hợp được chỉ định phá thai ngoại khoa ngay từ đầu trong đó có 6 ca nong gấp, 1 ca đặt túi nước và 4 ca mổ lấy thai. Phương pháp phá thai nội khoa được áp dụng cho 80% trường hợp phá thai quý II trên bệnh nhân có sẹo mổ cũ do phương pháp này áp dụng được cho mọi tuổi thai, tỷ lệ thành công cao 97,2% theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Hương năm 2012 và tỷ lệ tai biến thấp. Trong 21 trường hợp phá thai bằng MSP ngâm dưới

lười có 14 trường hợp thành công chiếm 66,7%, tỷ lệ này phù hợp với tỷ lệ thành công của nhóm bệnh nhân có sẹo mổ đẻ cũ là 71,5% nhưng thấp hơn tỷ lệ thành công của nhóm bệnh nhân không có sẹo mổ đẻ cũ là 89,6% trong nghiên cứu của Vũ Văn Du (2013) [1] và của Nguyễn Thị Lan Hương (2013) [2] là 97,2%. Mặt khác, liều MSP trung bình gây sảy thai của bệnh nhân có sẹo mổ đẻ cũ là $862,5 \pm 328,748\mu\text{g}$ tương đương với kết quả của Vũ Văn Du (2013) [1] là $856,58 \pm 512,15\mu\text{g}$, nhưng thấp hơn nhóm không có sẹo mổ đẻ cũ là $1323,11 \pm 824,48\mu\text{g}$, do phác đồ liều MSP dùng cho bệnh nhân có sẹo mổ đẻ cũ bằng 1/2 liều dành cho bệnh nhân không có sẹo mổ đẻ cũ. Về thời gian sảy của nhóm có sẹo mổ đẻ cũ là 40 giờ tương đương với thời gian sảy của nhóm có sẹo mổ đẻ cũ là 39,29 giờ và nhóm không có sẹo mổ đẻ cũ là 36,89 giờ. Như vậy có thể nói số lượng thai sảy giảm đi khi liều MSP giảm nhưng thời gian gây sảy dường như không có gì thay đổi. Và qua đây vấn đề đặt ra là ngưỡng liều MSP trên từng bệnh nhân: một thai phụ có ngưỡng liều thấp hơn so với phác đồ nhưng khi đạt được ngưỡng liều thì thai vẫn sảy thành công. Vậy nên chăng việc phá thai bằng MSP trên thai phụ có sẹo mổ đẻ cũ nên theo phương châm: cá thể hóa và dò liều bắt đầu từ những liều thấp, hơn là việc phải tìm ra một liều nhất định.

Liều thuốc phá thai trung bình là $862,5\mu\text{g} = 4,32$ viên MSP. Liều MSP của nghiên cứu cao hơn so với nghiên cứu của các tác giả trước đây: 3 viên MSP (Bunxu - 2007) [3], 3,7 viên MSP (Nguyễn Huy Bạo - 2009) [4] Tuy nhiên so với các nghiên cứu gần đây, liều MSP trung bình của nghiên cứu là tương đương với nghiên cứu của Vũ Văn Du (2013) [1] là 4,2 viên. Trong 55 trường hợp nghiên cứu có 23 trường hợp phá thai bằng truyền oxytocin. Phá thai bằng truyền oxytocin được chỉ định chủ yếu cho tuổi thai 18-22 tuần chiếm 55,6%. Có 19 trên 23 bệnh nhân được chỉ định truyền Oxytocin. Liều thuốc phá thai trung bình là 34,5 ống oxytocin. Liều oxytocin của nghiên cứu cao hơn nhiều so với nghiên cứu của các tác giả trước đây: $3,7 \pm 2,7$ ống trong nghiên cứu của Phan Thanh Nam (2006) [5]. Thời gian sảy trung bình là $6,7 \pm 2$ ngày, dài hơn so với phá thai bằng MSP.

Trong 55 trường hợp có 6 trường hợp được chỉ định nong gấp luôn không áp dụng biện pháp phá thai nội khoa chiếm 10,9%, cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Văn Du (2013) là 3,9% do mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn tác giả Vũ Văn Du. Các trường hợp nong gấp thai đều có tuổi thai từ 13-18 tuần, có tiền sử dị ứng thuốc, hoặc thai phụ không có điều kiện nằm viện lâu dài. Trong nghiên cứu này tỷ lệ tai biến của phương pháp nội khoa là 3% thấp hơn của phương pháp ngoại khoa là 13,6%. Mặt khác, tỷ lệ thành công của phương pháp nội khoa là 75% và ngoại khoa là 100%, không có sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ này ($p > 0,05$). Vậy nên có thể nói phương pháp nội khoa vẫn luôn là phương pháp được lựa chọn đầu tay. Phương pháp ngoại khoa thường được chỉ định khi phương pháp nội khoa thất bại hoặc trong những trường hợp chỉ định bắt buộc. Hơn nữa tỷ lệ tai biến của phương pháp phá thai bằng MSP trên thai phụ có sẹo mổ đẻ cũ trong nghiên cứu là 0% tương đương với tỷ lệ tai biến là 0% trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Hương (2012) [2]. Vậy nên phương pháp phá thai bằng MSP vẫn là lựa chọn đầu tay cho các bác sỹ sản khoa trong phá thai quý II cho bệnh nhân có sẹo mổ đẻ cũ.

Xét tỷ lệ tai biến tất cả các phương pháp phá thai quý II theo số lần mổ đẻ cũ nhận thấy: tỷ lệ tai biến của nhóm có tiền sử mổ cũ trên 2 lần là cao nhất 33,3%, của nhóm mổ cũ 1 lần là 5,6% và nhóm mổ cũ 2 lần là 6,2%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), tức là tỷ lệ tai biến không liên quan đến tiền sử mổ cũ, có thể do cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn. Nhưng chúng ta cũng biết rằng những thai phụ có tiền sử mổ đẻ cũ trên 2 lần thì nguy cơ gặp các tai biến khi phá thai sẽ cao hơn, cần khuyến cáo những phụ nữ có tiền sử mổ đẻ cũ trên lần về mức độ nguy hiểm của việc phá thai, để chủ động lựa chọn các biện pháp tránh thai thích hợp. Đối với bác sỹ cần xem xét việc thu hẹp chỉ định mổ lấy thai, bởi việc mở rộng chỉ định mổ lấy thai chính là tự tạo cho chúng ta thêm những khó khăn trong việc phá thai sau này nếu có. Và khi phá thai quý II cho bệnh nhân có sẹo mổ đẻ cũ cần cân nhắc lựa chọn phương pháp đạt tỷ lệ thành công cao và giảm tỷ lệ tai biến cho bệnh

nhân. Phần lớn các thai phụ có tiền sử mổ cũ 3 lần đều được chỉ định mổ lấy thai kết hợp cắt tử cung toàn phần để triệt sản.

Tỷ lệ tai biến của nhóm có khoảng cách mổ cũ dưới 1 năm là 20% cao hơn các nhóm khác: 1-2 năm là 6,7%, 2-5 năm là 5,3% và trên 5 năm là 6,2%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) tức là tỷ lệ tai biến không liên quan đến khoảng cách mổ cũ, cũng có thể là do cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn. Các thai phụ có tiền sử mổ cũ cách lần mang thai này dưới 1 năm thì nguy cơ gặp tai biến cho mẹ như chảy máu, sảy thai, vỡ tử cung, bực vết mổ,... nguy cơ cho con như suy dinh dưỡng bào thai, chậm phát triển là rất cao. Vì vậy cần cung cấp thông tin cho các

sản phụ sau đẻ mổ là nên có thai sau mổ tối thiểu 1,5 năm để đảm bảo cho mẹ và con, tư vấn về các biện pháp tránh thai cho sản phụ có sẹo mổ cũ đang cho con bú, và cần cảnh báo về khả năng đình chỉ thai nghén là rất cao nếu có thai sau mổ đẻ dưới 1 năm.

5. Kết luận

Có thể áp dụng phá thai bằng phương pháp nội khoa cho tất cả các thai phụ có sẹo mổ cũ (trừ trường hợp chống chỉ định) vì tỷ lệ thành công cao và tỷ lệ tai biến thấp. Tăng liều MSP của nhóm 18-22 tuần bằng với liều của nhóm 13-17 tuần để đạt hiệu quả sảy thai cao và giảm thời gian sảy thai cho thai phụ.

Tài liệu tham khảo

1. Vũ Văn Du, Nguyễn Bá Thiết, Nguyễn Thị Thanh Huyền và cộng sự. Tình hình phá thai từ 13-22 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương 6 tháng đầu năm 2013. Tạp chí phụ sản. 2013; Tập 12 số 02 trang 190-195.

2. Nguyễn Thị Lan Hương, Nguyễn Lê Minh, Chu Bích Hà. Nghiên cứu hiệu quả gây sảy thai của Misoprostol đối với những trường hợp thai dị tật tuổi thai từ 13 đến 22 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2013. Tạp chí phụ sản. 2013; Tập 12 số 02 trang 103-108.

3. Bunxu Inthapatha. Nghiên cứu sử dụng Misoprostol đơn thuần trong phá thai từ tuần 17 đến 24 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2006. Luận văn Thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội, 2007.

4. Nguyễn Huy Bạo. Nghiên cứu sử dụng Misoprostol để phá thai từ tuần 13 đến 22", Luận án tiến sỹ y học. 2009.

5. Phan Thành Nam. Nhận xét tình hình phá thai 3 tháng giữa tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương 2004-2005. Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa 2000-2006. 2006.