



# VAI TRÒ CỦA KỸ THUẬT KHÂU CỔ TỬ CUNG TRONG ĐIỀU TRỊ SINH NON

**GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng và cộng sự**

Bệnh viện Mỹ Đức

HOSREM, VINAGOFPA

## ĐẠI CƯƠNG

Sinh non là khi bé sơ sinh chào đời trước 37 tuần chẵn. Khi bé được sinh non tháng, bé có thể chịu nhiều bệnh lý như suy hô hấp, chảy máu trong não thất, bệnh lý võng mạc, viêm ruột hoại tử... thậm chí có thể tử vong. Hở eo tử cung là một trong các nguyên nhân quan trọng của sinh non nhiều lần, đã được Riverius mô tả từ thế kỷ thứ 17, năm 1658. McDonald (1980) và Drakeley (1998), đã nghiên cứu và cho thấy hở eo tử cung có tỉ lệ 1% thai kỳ và 8% các trường hợp sẩy thai muộn hoặc sinh non khoảng cuối 3 tháng giữa đến đầu 3 tháng cuối thai kỳ.

Tuy nhiên, cho đến hiện nay, vẫn chưa có một định nghĩa chính xác và thống nhất “thế nào là hở eo tử cung” để có thể xác định được tần suất thực sự của bệnh lý này.

Sinh lý bệnh của tình trạng cổ tử cung hở sớm gây sinh non được mô tả như sau:

- Cơ chế của sự thay đổi mô cổ tử cung gây hiện tượng làm mềm và giãn nở cổ tử cung khi chuyển dạ sinh rất phức tạp và chưa được hiểu rõ.
- Trong thai kỳ, cổ tử cung là một rào cản giữa âm đạo và buồng tử cung, không cho vi trùng và các chất có hại cho thai nhi xâm nhập lên trên. Cổ tử cung đóng kín để giữ thai nhi nằm yên trong tử cung, được xem như một cánh cửa để thai nhi bước ra ngoài đời khi đã đủ trưởng thành.
- Cổ tử cung có nhiều collagen cùng với lớp cơ vòng mỏng manh hơn, siết chặt trong thai kỳ. Đến lúc chuyển dạ, chất collagen bị thoái hóa, mềm và dễ giãn.

- Thời điểm và quá trình mềm cổ tử cung có thể xảy ra sớm hơn bình thường, gây ra sinh non.
- Nhiễm trùng và viêm là tác nhân quan trọng gây ra những sự thay đổi của cổ tử cung đưa đến sinh non. Độ dài của kênh cổ tử cung cũng ảnh hưởng lớn đến sinh non: chất nhầy cổ tử cung đặc ở cổ tử cung trong thai kỳ có tính kháng khuẩn. Khi nút nhầy này bị phá hủy, do nguyên nhân cơ học như tổn thương cổ tử cung, hay cổ tử cung ngắn, làm nút nhầy không bền vững, sẽ đưa đến viêm cổ tử cung, hệ collagen ở đây tan ra, cổ tử cung mềm, giãn nở dù chưa đến ngày sinh đủ tháng.

Một sản phụ được xem là hở eo tử cung:

- Có tiền sử sinh non do cổ tử cung mở rộng mà chưa có cơn co tử cung.
- (hoặc) Cổ tử cung để que Hegar số 9 lọt qua dễ dàng khi chưa mang thai.
- (hoặc) Khi mang thai, được theo dõi qua siêu âm đầu dò âm đạo, cổ tử cung hở và ngắn dần. Mức độ hở đến bao nhiêu, cổ tử cung ngắn bao nhiêu thì cần khâu, chưa có nghiên cứu nào xác định. Theo kinh nghiệm, chúng tôi khâu khi qua theo dõi bằng siêu âm, cổ tử cung có thay đổi, hoặc hở dần trên 4mm, hoặc ngắn dần đến dưới 30mm. Những trường hợp cổ tử cung

ngắn mà không hở thì chỉ được cho đặt progesterone dạng miếng đường âm đạo hay qua hậu môn.

Hở eo tử cung có thể bẩm sinh, hoặc do di chứng của lần sinh trước hoặc do nong cổ tử cung khi nạo hút thai trước đây.

Khâu cổ tử cung thường được chỉ định để điều trị hở eo tử cung.

## KỸ THUẬT KHÂU CỔ TỬ CUNG

Đây là một kỹ thuật thường thực hiện trong sản khoa.

### **Chỉ định khâu cổ tử cung**

Một nghiên cứu của ACOG (Asian Council of Obstetrics and Gynecology) năm 2004 (Frederik K Lotgering, 2007) cho thấy chỉ 5% sơ sinh ở các trường hợp có tiền sử sinh non do hở eo tử cung mà không khâu cổ tử cung sống được, so với 75-90% có khâu cổ tử cung.

Do đó, có 2 chỉ định khâu cổ tử cung:

- Khâu cổ tử cung dự phòng** khi tiền sử có sinh non với diễn tiến giống hở eo tử cung, thường được chỉ định khi thai kỳ được 12-14 tuần.

- Khâu cổ tử cung** do theo dõi qua siêu âm, thấy cổ tử cung ngắn dần và hở rộng dần, thường được chỉ định từ tuần 14-24 của thai kỳ.

- Khâu cổ tử cung** "khẩn cấp" do khám âm đạo, thấy cổ tử cung mở và ngắn hơn 25mm, thậm chí 15mm mà tuổi thai còn dưới 28 tuần. Trường hợp khâu khẩn cấp thường có biến chứng sau khâu như vỡ ối non-nhiễm trùng ối trong vòng 2 tuần sau khâu (đến 37%). Tuy nhiên, tỉ lệ sơ sinh sống được khi khâu cổ tử cung khẩn cấp là 96% so với 57% nếu không khâu. Cho nên, hầu hết các tác giả đều thống nhất chỉ định khâu khẩn cấp, phối hợp với kháng



sinh, thuốc giảm co và nằm nghỉ ngơi, hạn chế đi lại (Frederik K Lotgering, 2007). Chanrachakul (1998) và Wong (1993) còn đề xuất khâu cổ tử cung cấp cứu khi siêu âm cho thấy cổ tử cung ngắn dưới 25mm mà tuổi thai trên 24 tuần. Khâu cổ tử cung cấp cứu thường chỉ giữ thai kỳ thêm được 7 tuần. Cockwell HA và cộng sự cũng cho thấy, khâu cổ tử cung cấp cứu có thể kéo dài thai kỳ thêm trung bình là 7 tuần 1 ngày (Cockwell và Smith, 2005). Tuy nhiên, khi tư vấn cho bệnh nhân, đừng quên nhấn mạnh các tình huống xấu có thể xảy ra như vỡ ối non 29% (1-59%); nhiễm trùng ối và nhiễm trùng bào thai 5-80%.

### Kỹ thuật khâu vòng quanh cổ tử cung

Kỹ thuật khâu cổ tử cung được thực hiện bằng sợi chỉ không tan để giữ cổ tử cung không tiếp tục mở rộng thêm trong suốt thai kỳ. Sợi chỉ phải to để không cắt mỏ cổ tử cung.

Phương pháp nào cũng cần gây tê túy sống hay quanh màng cứng:

- Shirodka (1955) đề xuất khâu lúc thai 14 tuần, qua đường âm đạo, bóc tách và đẩy bàng quang lên, đến trên lỗ cổ tử cung trong rồi khâu vòng cổ tử cung bằng chỉ silk, dẹp và to.
- McDonald (1957) đưa ra một cách khâu đơn giản hơn: không cần bóc tách cùng đồ trước và không cần đẩy bàng quang, chỉ khâu 3-4 mũi vòng quanh cổ tử cung. Tuy không khâu cao đến lỗ trong cổ tử cung nhưng cách này dễ làm hơn và ít chảy máu hơn.
- Saling (1984) và Secher (2007) còn đề nghị khâu thêm cổ tử cung ngoài bằng chỉ nylon, một vòng liên tục để toàn bộ cổ tử cung đều đóng kín. Cơ sở lý luận cho phương pháp này là nút nhảy ở kênh cổ tử cung có “vai trò kép” cần đảm bảo vừa cách ngăn âm đạo và buồng tử cung, vừa chứa các chất miễn dịch để bảo vệ thai nhi không bị nhiễm trùng từ dưới lén. Vòng chỉ nylon có thể giữ cho nút nhảy không bị chảy ra ngoài.

- Đối với các trường hợp không khâu được bằng đường âm đạo vì cổ tử cung ngắn hay có sẹo cứng, Anthony (1997) và Gibb (1995) đề xuất khâu cổ tử cung qua đường bụng, khi thai được 12 tuần, nhưng tốt nhất là khâu trước khi mang thai.

Các trường hợp khâu cổ tử cung qua đường âm đạo sẽ được cắt chỉ khi thai được trọn 37 tuần, còn khâu qua đường bụng thì phải mở lấy thai.

Kỹ thuật khâu được sử dụng nhiều nhất hiện nay là kỹ thuật McDonald.

### Biến chứng

Khâu cổ tử cung, dù bằng phương pháp nào, cũng có nhiều nguy cơ cho thai:

- Khi kéo cổ tử cung để khâu, dụng cụ chạm vào cổ tử cung có thể gây ra cơn co tử cung, chảy máu hay nhiễm trùng, có thể gây chuyển dạ sinh non.
- Khâu cổ tử cung còn có thể gây vỡ non và nhiễm trùng ối, phải chấm dứt thai kỳ ngay.
- Thai nhi cũng có thể bị nhiễm trùng bào thai.

## HIỆU QUẢ CỦA KHÂU CỔ TỬ CUNG TRONG ĐIỀU TRỊ SINH NON VÀ TRÊN SỨC KHỎE BÀ MẸ VÀ SƠ SINH

Hiện nay, vẫn còn nhiều tranh luận về hiệu quả và an toàn của kỹ thuật khâu cổ tử cung đối với bà mẹ và thai nhi. Từ đó, đã có nhiều nghiên cứu về vấn đề này.

### Nghiên cứu so sánh

#### giữa có và không khâu cổ tử cung

- Tỉ lệ sinh non trước 37 tuần: giảm đáng kể khi có khâu cổ tử cung, với RR=0,80; KTC 95% 0,69-0,95 (phân

tích gộp 9 nghiên cứu RCT, n=2.898 phụ nữ có tiền sử sinh non).

- Sinh trước 34 tuần giảm RR=0,79; KTC 95% 0,68-0,93 (8 RCT, n=2.392), sinh trước 28 tuần giảm RR=0,80; KTC 95% 0,64-1,00.
- Tỉ lệ tử vong sơ sinh giảm 8,4% so với 10,7% với RR=0,78; KTC 95% 0,61-1,00 (phân tích gộp 8 RCT, n=2.391).
- Tỉ lệ bệnh lý sơ sinh có giảm nhưng không đạt đến mức có ý nghĩa thống kê, RR=0,95; KTC 95% 0,63-1,43 (phân tích gộp 4 RCT, n=818).
- Tỉ lệ tổn thương sọ não giảm nhưng không có ý nghĩa thống kê, RR=0,83; KTC 95% 0,23-3,09.
- Tỉ lệ viêm ruột hoại tử giảm, không có ý nghĩa thống kê, RR=0,81; KTC 95% 0,16-4,12.

### Nghiên cứu so sánh giữa khâu cổ tử cung và sử dụng progesterone

- Tỉ lệ sinh non trước 37 tuần: khác biệt không có ý nghĩa thống kê, RR=0,88; KTC 95% 0,60-1,30 (1 RCT, n=79).
- Tỉ lệ sinh non trước 28 tuần: tăng nhưng không ý nghĩa thống kê, RR=1,26; KTC 95% 0,53-2,97 (1 RCT, n=79).

### Nghiên cứu so sánh giữa các chỉ định và kỹ thuật khâu cổ tử cung

- Tỉ lệ sinh non trước 37 tuần ở nhóm chỉ định khâu cổ tử cung do có tiền sử sinh non thấp hơn nhóm chỉ định do siêu âm, 25% so với 44% (RR=0,72; KTC 95% 0,25-2,05), có lẽ vì chỉ định ở trường hợp sinh non do tiền sử thường sớm hơn chỉ định sau theo dõi qua siêu âm.
- Kỹ thuật khâu cổ tử cung thêm 1 vòng liên tục không làm giảm thêm tỉ lệ sinh non (Gilraldo và cs.).

## KẾT LUẬN

- Khâu cổ tử cung làm giảm tỉ lệ sinh non trước 37, 34 và 28 tuần.
- Chỉ định khâu cổ tử cung sớm từ tuổi thai 12 tuần, do có tiền sử sinh non tháng, có hiệu quả giảm sinh non rõ rệt hơn.
- Khâu cổ tử cung khẩn cấp, khi cổ tử cung đã mở và ngắn hơn 25mm, thậm chí ngắn hơn 15mm mà tuổi thai đã trên 24 tuần, có thể kéo dài thai kỳ thêm khoảng 7 tuần.
- Kỹ thuật khâu thường được sử dụng nhất là kỹ thuật McDonald.
- Khâu cổ tử cung có thể có biến chứng như vỡ ối non, nhiễm trùng ối, nhiễm trùng bào thai.
- Khi cổ tử cung không hở mà chỉ ngắn đi, nên chỉ định cho sử dụng progesterone dạng mịn đặt âm đạo hay hậu môn.
- Nếu cổ tử cung vẫn đóng và không ngắn dưới 25mm trên siêu âm mà đã có cơn co tử cung nhiều, nên cho thuốc giảm co hơn là khâu cổ tử cung.
- Vấn đề theo dõi thường qui cổ tử cung bằng siêu âm từ 12 tuần cho tất cả thai phụ (đo độ hở lỗ trong cổ tử cung và độ dài kênh cổ tử cung) còn là vấn đề tranh luận.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alfirevic Z, Stampalija T, Roberts D, Jorgensen AL (2012). Cerclage stitch (cerclage) for preventing preterm birth in singleton pregnancy (Review). The Cochrane Library. Issue 4.
2. Cockwell HA, Smith GN (2005). Cervical incompetence and the role of emergency cerclage. J Obstetrics Gynaecology Can 2005 Feb; 27(2):123-129.
3. Frederik K Lotgering (2007). BMC Pregnancy and Childbirth; 7 (Suppl 1):S17 doi: 10.1186/1471-2393-7-S1-S17.
4. Giraldo Maria A, Isaza, et al. Comparison of 2 stitches vs 1 stitch for transvaginal cervical cerclage for preterm birth prevention.