

VAI TRÒ CỦA VỆ SINH ÂM ĐẠO TRƯỚC MỔ LẤY THAI Ở THAI PHỤ CÓ CHUYỂN DẠ HOẶC VỖ ỒI

Caissutti, Claudia; Saccone, Gabriele; Zullo, Fabrizio; Quist-Nelson, Johanna; Felder, Laura; Ciardulli, Andrea; Berghella, Vincenzo. "Vaginal Cleansing Before Cesarean Delivery: A Systematic Review and Meta-analysis". *Obstet Gynecol* 130(3): 527-538

Bùi Quang Trung - Bệnh viện Mỹ Đức

Mổ lấy thai chính là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của nhiễm trùng giai đoạn hậu sản. Theo nhiều nghiên cứu, tỉ lệ nhiễm trùng hậu sản sau mổ lấy thai cao hơn sau sinh thường 5-20 lần. Dạng biểu hiện thường gặp nhất là viêm nội mạc tử cung (6-27%), sốt hậu sản (5-24%), nhiễm trùng vết mổ (2-9%).

Viêm nội mạc tử cung xảy ra khoảng 1-3% trong tất cả các trường hợp sinh nói chung và có thể tăng lên tới hơn 10 lần sau mổ lấy thai. Nguyên nhân chính của viêm nội mạc tử cung là do sự xâm nhập của vi khuẩn kỵ khí trong âm đạo.

Nhiễm trùng hậu phẫu nói chung có thể giảm 60-70% khi sử dụng kháng sinh dự phòng phổ rộng. Hiện đây vẫn là phương án dự phòng được sử dụng rộng rãi. Tuy nhiên, không rõ liệu việc vệ sinh âm đạo bằng chất kháng khuẩn trước mổ có làm tăng thêm lợi ích bổ sung hay không. Để trả lời câu hỏi này, các nhà nghiên cứu đến từ Italia đã thực hiện một tổng quan hệ thống và phân tích gộp lớn nhất hiện nay và được đăng trên *Obstetrics & Gynecology* số tháng 9/2017.

Các nhà nghiên cứu tìm kiếm dữ liệu từ các nguồn MEDLINE, Ovid, EMBASE, Scopus, Clinicaltrials.gov và Cochrane Library từ khi thành lập cho đến tháng 1/2017. Các nghiên cứu được lựa chọn bao gồm tất cả các thử nghiệm ngẫu nhiên so sánh nhóm rửa âm đạo trước khi mổ lấy thai (nhóm can thiệp) với nhóm chứng (không can thiệp hoặc sử dụng giả dược). Với kết cục chính là tỷ lệ viêm nội mạc tử cung, đã có 16 nghiên cứu (với 4.837

phụ nữ) được đưa vào tổng quan. Các phương pháp vệ sinh âm đạo khác nhau và các loại dung dịch rửa khác nhau (povidone-iodine, chlorhexidine) đều được phân tích. Tất cả các nghiên cứu đều sử dụng kháng sinh dự phòng trước hoặc trong khi mổ, ngoài ra có ba nghiên cứu còn sử dụng thêm kháng sinh sau mổ.

Phân tích cho thấy:

- Trong hầu hết các nghiên cứu, dung dịch 10% povidone-iodine và miếng bọt biển xấp được sử dụng phổ biến để vệ sinh âm đạo khoảng 30 giây.
- Tỷ lệ viêm nội mạc tử cung ở nhóm can thiệp thấp hơn đáng kể ở nhóm chứng (4,5% so với 8,8%; RR 0,52, KTC 95% 0,37-0,72; 15 RCT, 4.726 phụ nữ). Tỷ lệ sốt hậu phẫu cũng thấp hơn (9,4% so với 14,9%; RR 0,65, KTC 95% 0,50-0,86; 11 RCT, 4.098 phụ nữ). Và không có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ.
- Khi phân tích theo tình trạng chuyển dạ trước mổ, các tác giả nhận thấy vệ sinh âm đạo ở thai phụ có chuyển dạ giúp giảm đáng kể các trường hợp viêm nội mạc tử cung (8,1% so với 13,8%; RR 0,52, KTC 95% 0,28-0,97; 4 RCT, 440 phụ nữ). Trong trường hợp không có chuyển dạ, vệ sinh âm đạo không thấy có sự khác biệt (3,5% so với 6,6%; RR 0,62, KTC 95% 0,34-1,15; 3 RCT, 793 phụ nữ).
- Trường hợp có vỡ ối trước đó, vệ sinh âm đạo cũng làm giảm đáng kể viêm nội mạc tử cung (4,3% so với 20,1%; RR 0,23, KTC 95% 0,10-0,52; 3 RCT, 272 phụ nữ). Tương tự, trường hợp không vỡ

ối, vệ sinh âm đạo cũng không cho thấy sự khác biệt (4,4% so với 6,8%; RR 0,71, KTC 95% 0,40-1,24; 3 RCT, 857 phụ nữ).

- Sử dụng povidone-iodine giúp giảm viêm nội mạc tử cung có ý nghĩa so với nhóm chứng (2,8% so với 6,3%; RR 0,42, KTC 95% 0,25-0,71, 10 RCT). Trong khi đó dung dịch chlorhexidine không thấy có sự khác biệt này (8,5% so với 17,5%; RR 0,45, KTC 95% 0,14-1,52; 3 RCT, 330 phụ nữ).

- Về thời điểm sử dụng kháng sinh, các nghiên cứu cho thấy sử dụng kháng sinh dự phòng ở thời điểm trước mổ giúp giảm viêm nội mạc tử cung (2,0% so với 6,1%; RR 0,33, KTC 95% 0,17-0,63; 6 RCT, 2.167 phụ nữ).

Qua những phân tích ở trên, chúng ta thấy việc thực hiện vệ sinh âm đạo có thể giảm tỷ lệ viêm nội mạc tử cung ở các trường hợp có chuyển dạ hay vỡ ối trước mổ lấy thai. Đây là một việc đơn giản, không tốn kém, chỉ với dung dịch povidone-iodine 10% lau rửa âm đạo ít nhất 30 giây có thể mang lại nhiều ý nghĩa nên được các nhà nghiên cứu khuyến cáo thực hiện thường quy. Đối với các trường hợp không chuyển dạ và không vỡ ối, hiện cần thêm nhiều dữ liệu để có thể đánh giá được hiệu quả của việc vệ sinh âm đạo trước mổ lấy thai.

- Trong khi đó, dị tật bẩm sinh tim trong thai kỳ trước cũng liên quan mạnh mẽ với tiền sản giật non tháng ở thai kỳ sau (tiền sản giật non tháng sớm OR 2,37, KTC 95% 1,68-3,34; tiền sản giật non tháng muộn OR 2,04, KTC 95% 1,52-2,75), nhưng chỉ liên quan không đáng kể với tiền sản giật đủ tháng và không có sự liên quan với tăng huyết áp thai kỳ.

- Tương tự, việc bị tiền sản giật non tháng trong thai kỳ trước lại liên quan với dị tật bẩm sinh tim thai nhi trong thai kỳ sau (tiền sản giật non tháng sớm OR 7,91, KTC 95% 6,06-10,3; tiền sản giật non tháng muộn OR 2,83, KTC 95% 2,11-3,79). Còn tiền sản giật đủ tháng (OR 0,98, KTC 95% 0,88-1,10) và tăng huyết áp thai kỳ (OR 1,13, KTC 95% 0,92-1,38) không liên quan đến dị tật bẩm sinh tim.

Dù còn nhiều hạn chế, nhưng nghiên cứu cho thấy mối liên quan mạnh mẽ giữa dị tật bẩm sinh tim và nguy cơ tiền sản giật non tháng, cả trong cùng thai kỳ và cả thai kỳ sau. Các kết quả cũng cho thấy nguồn gốc của cơ chế bệnh lý chủ yếu xuất phát từ người mẹ, nhưng cũng không loại trừ có phần đóng góp từ thai nhi. Các tác giả của nghiên cứu cũng gợi ý việc làm rõ cơ chế của tiền sản giật non tháng có thể giúp làm rõ tại sao dị tật bẩm sinh tim lại xảy ra ở giai đoạn phát triển phôi thai.

Tiếp theo
→ trang 83

TRỌNG LƯỢNG BÁNH NHAU GIÚP DỰ ĐOÁN NGUY CƠ TIỀN SẢN GIẬT Ở THAI KỲ SAU

nguy cơ tiền sản giật ở thai kỳ thứ hai liên quan đến cả hai nhóm trọng lượng thấp nhất (trọng lượng bánh nhau trung bình 482 (SD 66); cOR 1,30, KTC 95% 1,14-1,47) và cao nhất (trọng lượng bánh nhau trung bình 876 (SD 262); cOR 1,30, KTC 95% 1,10-1,55 của bánh nhau trong thai kỳ đầu tiên.

Các kết quả này không thay đổi sau khi hiệu chỉnh khoảng cách hai thai kỳ, tình trạng đái tháo đường, tuổi và tình trạng hút thuốc.

Như vậy, qua nghiên cứu cho thấy trọng lượng bánh nhau thấp trong thai kỳ đầu tiên (có hay không bị tiền sản giật) liên quan đến tăng nguy cơ bị tiền sản giật trong thai kỳ sau. Ngoài ra, đối với phụ nữ không bị tiền sản giật trong thai kỳ đầu, trọng lượng bánh nhau cao làm tăng nguy cơ bị tiền sản giật ở thai kỳ sau đó. Và có thể sử dụng trọng lượng bánh nhau trong lần mang thai đầu tiên để giúp xác định những phụ nữ có thể có nguy cơ bị tiền sản giật trong thai kỳ sau đó.