

ĐIỂM BÁO

CÓ CẦN THIẾT SỔ RAU BẰNG KÉO DÂY RỖN CÓ KIỂM SOÁT ĐỂ XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN 3 CHUYỂN DẠ KHÔNG?

Trần Sơn Thạch

Thành viên Hội đồng

“Khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới về Dự phòng và Điều trị Băng huyết sau sinh”

Email. transon_thach@yahoo.com

Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ (XTTCGĐ3CD) là một biện pháp can thiệp theo gói (package) bao gồm nhiều thủ thuật được triển khai nhằm dự phòng băng huyết sau sinh (BHSS). Theo Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTGT), XTTCGĐ3CD bao gồm (i) chích thuốc co hồi tử cung ngay sau khi sổ thai, (ii) kẹp rốn trì hoãn, và (iii) sổ rau bằng kéo dây rốn có kiểm soát, sau đó là xoa bóp tử cung¹.

XTTCGĐ3CD là một biện pháp dự phòng BHSS rất hiệu quả và đã được khuyến cáo cần triển khai rộng rãi tại các cơ sở y tế trên thế giới từ nhiều năm nay. Triển khai XTTCGĐ3CD giúp làm khoảng 80ml máu mất sau sinh và đặc biệt là giảm đến 65% nguy cơ BHSS trầm trọng (định nghĩa là lượng máu mất sau sinh hơn 1000ml), 50% nguy cơ thiếu máu sau sinh với nồng độ Hemoglobin dưới 9g/dL, và giảm đến 65% nguy cơ phải truyền máu sau sinh². Triển khai không hiệu quả XTTCGĐ3CD góp phần làm gia tăng tử

vong mẹ và những biến chứng trầm trọng của sản phụ tại các quốc gia Mỹ Latin³. Tại các quốc gia này, do XTTCGĐ3CD chỉ được triển khai trong chưa đến 1/3 số trường hợp sinh đường âm đạo, nên XTTCGĐ3CD chỉ được thực hiện cho 1 trường hợp trong 17 trường hợp sinh đường âm đạo bị tử vong từ năm 2003 đến năm 2005³. Tại Việt Nam, triển khai XTTCGĐ3CD đã được ghi nhận giúp làm giảm nguy cơ BHSS, giúp rút ngắn giai đoạn 3 và giảm sử dụng thêm các thuốc co hồi tử cung⁴, và là một can thiệp rất kinh tế⁵.

Tuy vậy việc triển khai XTTCGĐ3CD trong thực tế còn gặp nhiều khó khăn. Sau nhiều năm triển khai XTTCGĐ3CD, cho đến thời điểm năm 2005, tỉ lệ sản phụ sinh tại các cơ sở y tế được chích thuốc co hồi tử cung ngay sau sổ thai (hoặc sổ vai) chỉ là 26% tại Indonesia, 27,4% tại Philippines, 58% tại Thái Lan, và chỉ có 5,4% tại Malaysia⁶. Những tai biến do thực hiện XTTCGĐ3CD không đúng

kỹ thuật như đứt dây rốn và đặc biệt là lộn lòng tử cung đã được ghi nhận đã làm nhân viên y tế lo ngại và làm ảnh hưởng đến triển khai XTTCGD3CD⁷. Ngoài ra một câu hỏi thường được đặt ra là liệu chỉ cần một can thiệp hay phải cần kết hợp cả 3 can thiệp của XTTCGD3CD để biện pháp này đạt được hiệu quả như ghi nhận. Trong thực tế lâm sàng, triển khai một biện pháp càng đơn giản và càng an toàn sẽ dễ dàng và hiệu quả hơn. Trên cơ sở này, nhóm nghiên cứu của BS Metin đã tiến hành một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng đánh giá tương đương (ransomised controlled non-inferior trial) nhằm xác định liệu đơn giản hóa XTTCGD3CD bằng cách không thực hiện kéo dây rốn có kiểm soát có đem lại hiệu quả tương tự so với can thiệp chuẩn không⁸. Với hơn 24.000 trường hợp thu nhận tại 8 quốc gia đang phát triển, được thiết kế và tiến hành phù hợp với các chuẩn mực nghiên cứu hiện tại, nghiên cứu này đã cung cấp được bằng chứng đủ mạnh để xây dựng các chính sách liên quan đến dự phòng BHSS. Những “điểm yếu” của nghiên cứu như thực hiện phân tích theo phân nhóm ban đầu có cải tiến, trong đó có loại trừ 5.000 trường hợp tại Philippines không có ảnh hưởng quan trọng lên kết quả do đã được ủy ban an toàn số liệu độc lập quyết định trước khi hoàn tất nghiên cứu. Bên cạnh khẳng định thủ thuật sổ rau do nhân viên y tế kéo dây rốn có kiểm soát tại các cơ sở y tế là an toàn (chỉ có 1 trường hợp bị lộn lòng tử cung trong hơn 12.000 trường hợp được kéo dây rốn), nghiên cứu ghi nhận loại bỏ thủ thuật này không làm ảnh hưởng đến nguy cơ BHSS. Cụ thể với số liệu phân tích trong 19.000 trường hợp, dù ghi nhận loại bỏ thủ thuật sổ rau bằng kéo dây rốn có kiểm soát làm tăng thêm lượng máu mất 10ml ($KTC95\% = 3,9-16,4$) và kéo dài giai đoạn 3 thêm 5 phút ($4,9-5,5$), nhưng hầu như không

làm tăng nguy cơ BHSS trầm trọng ($RR\ 1,09$; $KTC95\% \ 0,87-1,37$). Mặc dù chưa thể khẳng định biện pháp đơn giản hóa XTTCGD3CD bằng cách bỏ thủ thuật kéo dây rốn có hiệu quả hoàn toàn tương tự với biện pháp xử trí chuẩn (do $KTC95\%$ vượt quá 1.30 là ngưỡng nguy cơ tương đương được định trước), nhưng nghiên cứu này đã cung cấp bằng chứng mạnh nhất cho thấy bỏ bớt kéo dây rốn không ảnh hưởng quan trọng đến nguy cơ BHSS. Nếu triển khai biện pháp đơn giản hóa XTTCGD3CD cho mỗi 714 sản phụ thì sẽ có thêm 1 người bị BHSS nặng so với nếu triển khai phác đồ chuẩn.

Nghiên cứu của Metin là nghiên cứu đầu tiên xác định vai trò của sổ rau bằng kéo dây rốn có kiểm soát trong XTTCGD3CD và là cơ sở để cải thiện những thực hành lâm sàng. Bằng chứng từ nghiên cứu này có thể giúp đơn giản hóa phác đồ XTTCGD3CD nhằm giúp tạo điều kiện thuận lợi để triển khai XTTCGD3CD ở mức độ rộng rãi và hiệu quả hơn. Tiêm thuốc co hồi tử cung, trong đó oxytocin là thuốc lựa chọn đầu tay hoặc các thuốc co hồi tử cung khác (bao gồm cả misoprostol) nếu không có oxytocin được đánh giá là thành phần quan trọng nhất đưa đến hiệu quả của XTTCGD3CD. Bên cạnh đó, biện pháp XTTCGD3CD đơn giản hóa này có thể triển khai ở những cơ sở y tế mà nhân viên y tế chưa được huấn luyện kỹ thuật sổ rau bằng kéo dây rốn có kiểm soát. Ngay cả tại những cơ sở vùng miền núi không có phương tiện để chích thuốc và không có nhân viên y tế được huấn luyện để kéo dây rốn có kiểm soát, XTTCGD3CD bằng cách sử dụng misoprostol cũng là một biện pháp đầy tiềm năng giúp làm giảm BHSS và giảm tử vong mẹ. Xét ở phương diện vĩ mô, triển khai biện pháp XTTCGD3CD đơn giản hóa có thể giúp tiết kiệm được chi phí liên quan đến công tác huấn luyện, đồng thời tăng cường khả năng triển khai rộng rãi

biện pháp này ở những vùng khó khăn.

Tuy nhiên, cũng không nên diễn giải kết quả nghiên cứu này theo hướng là phải loại bỏ hoàn toàn can thiệp sổ nhau bằng cách kéo dây rốn có kiểm soát ra khỏi phác đồ XTTCGĐ3CD. Biện pháp XTTCGĐ3CD chuẩn (bao gồm cả sổ nhau bằng kéo dây rốn có kiểm soát) vẫn nên tiếp tục thực hiện ở những cơ sở đang triển khai tốt biện pháp này, đặc biệt trong những trường hợp cần rút ngắn giai đoạn 3 chuyển dạ và hạn chế tối đa lượng máu mất, ví dụ trong trường hợp sản phụ tiền sản giật nặng, hoặc thiếu máu. Ngoài ra do kéo dây rốn có kiểm soát vẫn là biện pháp đầu tiên được thực hiện để xử trí rau chậm bong, nội dung này vẫn cần thiết

trong các chương trình đào tạo sinh viên y khoa hoặc nữ hộ sinh cho đến khi có bằng chứng khác.

Tóm lại sổ rau bằng cách kéo dây rốn có kiểm soát vẫn là một thành tố của biện pháp XTTCGĐ3CD tại các cơ sở y tế có nhân viên y tế được huấn luyện. Trong khi đó biện pháp XTTCGĐ3CD đơn giản hóa (loại bỏ kéo dây rốn có kiểm soát) có thể được triển khai tại những nơi không có nhân viên y tế đã được huấn luyện kỹ thuật kéo dây rốn có kiểm soát. Trên cơ sở của những bằng chứng hiện tại, hội đồng cập nhật Khuyến cáo của TCYTTG về dự phòng và điều trị BHSS, họp vào tháng 3/2012, đã có những điều chỉnh phù hợp (Bảng 1).

Bảng 1: Khuyến cáo dự phòng BHSS của TCYTTG*

STT	Khuyến cáo dự phòng BHSS
1	Sử dụng thuốc co hồi tử cung trong giai đoạn 3 CD để dự phòng BHSS được khuyến cáo (<i>Khuyến cáo mức độ Mạnh, Bằng chứng mức độ Khá</i>).
2	Oxytocin là thuốc chọn đầu tay để dự phòng BHSS (<i>Khuyến cáo mức độ Mạnh, Bằng chứng mức độ Khá</i>).
3	Tại những cơ sở không có Oxytocin thì Ergometrine/Methylergometrine hoặc liều cố định kết hợp Oxytocin và Ergometrine được khuyến cáo (<i>Khuyến cáo mức độ Mạnh, Bằng chứng mức độ Thấp</i>).
4	Tại những cơ sở không có Oxytocin, Ergometrine/Methylergometrine và liều cố định kết hợp Oxytocin- Ergometrine, sử dụng Misoprostol (uống, 600mcg) được khuyến cáo (<i>Khuyến cáo mức độ Mạnh, Bằng chứng mức độ Khá</i>).
5	Tại những cơ sở y tế có nhân viên y tế đã được huấn luyện, thủ thuật sổ nhau bằng kéo dây rốn có kiểm soát được thực hiện như một phần của XTTCGĐ3CD nếu rất cần thiết phải giảm tối đa lượng máu mất và rút ngắn tối đa thời gian GĐ3 (<i>Khuyến cáo có điều kiện, Bằng chứng mức độ Cao</i>).
6	Tại những cơ sở y tế không có nhân viên y tế đã được huấn luyện, thủ thuật sổ rau bằng kéo dây rốn không được khuyến cáo (<i>Khuyến cáo mức độ Mạnh, Bằng chứng mức độ Cao</i>).
7	Kẹp rốn trì hoãn (1-3 phút sau sinh) được khuyến cáo cho mọi trường hợp sinh trong khi vẫn thực hiện chăm sóc bé sau sinh (<i>Khuyến cáo mức độ Mạnh, Bằng chứng mức độ Khá</i>).
8	Kẹp rốn sớm (trước 1 phút sau sinh) không được khuyến cáo, trừ trường hợp bé ngạt và cần hồi sức ngay (<i>Khuyến cáo mức độ Mạnh, Bằng chứng mức độ Khá</i>).

Nguồn: WHO recommendations for Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage (Final version; April 2012).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum haemorrhage. World Health Organisation, Geneva 2007.
2. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Nov 9;11:CD007412.
3. Karolinski A, Mazzoni A, Belizán JM, Althabe F, Bergel E, Buekens P. Lost opportunities for effective management of obstetric conditions to reduce maternal mortality and severe maternal morbidity in Argentina and Uruguay. Int J Gynaecol Obstet. 2010 Aug;110(2):175-80. Epub 2010 Jun 3.
4. Tsu VD, Mai TT, Nguyen YH, Luu HT. Reducing postpartum hemorrhage in Vietnam: assessing the effectiveness of active management of third-stage labor. J Obstet Gynaecol Res. 2006 Oct;32(5):489-96.
5. Tsu VD, Levin C, Tran MP, Hoang MV, Luu HT. Cost-effectiveness analysis of active management of third-stage labour in Vietnam. Health Policy Plan. 2009 Nov;24(6):438-44. Epub 2009 Jul 24.
6. SEA-ORCHID Study Group, Lumbiganon P, McDonald SJ, Laopaiboon M, Turner T, Green S, Crowther CA. Impact of increasing capacity for generating and using research on maternal and perinatal health practices in South East Asia (SEA-ORCHID Project). PLoS One. 2011;6(9):e23994. Epub 2011 Sep 7.
7. Hussain M, Jabeen T, Liaquat N, Noorani K, Bhutta SZ. Acute puerperal uterine inversion. J Coll Physicians Surg Pak. 2004 Apr;14(4):215-7.
8. Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, Landoulsi S, et al. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial. Lancet. 2012 Mar 5. [Epub ahead of print].