



VÒNG NÂNG ĐỠ TỬ CUNG CÓ THỂ NGỪA ĐƯỢC SINH NON

BS.CKII Phan Thị Mai Hoa

Khoa Sản, Bệnh viện đa khoa Kiên Giang

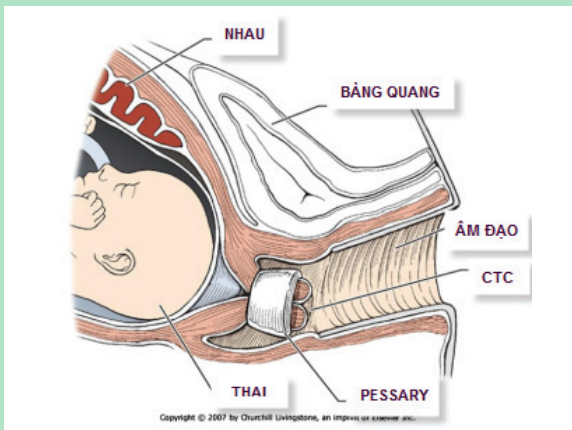
Sinh non là nguyên nhân gây ra hơn 50% tử vong chu sinh trên toàn cầu. Mặc dù đã có nhiều cố gắng nhằm làm giảm tần suất sinh non trong vài thập kỷ gần đây, nhưng tỉ lệ sinh non vẫn còn cao. Ở Hoa Kỳ, tỉ lệ sinh non giảm từ 12,8% năm 2006 còn 12,2% năm 2009, để đạt đến mục đích là 9,6% trong năm 2020 vẫn còn một khoảng cách khá lớn (Catherin Pearson, 2012).

Cổ tử cung bất toàn là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất gây sinh non và đã có nhiều chiến lược điều trị đã được thực hiện trong đó có khâu vòng cổ tử cung (CTC). Tuy nhiên, khâu vòng CTC vẫn là một thủ thuật xâm lấn đòi hỏi phải gây mê và không phải là không có biến chứng. Hơn nữa vẫn còn sự bàn cãi về lợi ích và tác hại của thủ thuật này trên thai phụ. Vòng nâng đỡ tử cung (VNDTC) có thể là một phương thức

điều trị thay thế đơn giản hơn, ít xâm lấn hơn với những trường hợp dọa sinh non do CTC bất toàn.

Thật ra tìm kiếm trong MEDLINE đã thấy những nghiên cứu về VNDTC được báo cáo từ 1959 bởi Cross (1959). Trong nghiên cứu này, Cross thực hiện đặt VNDTC trên 13 thai phụ với tiền sử sinh non sau 14 tuần, trong đó 4 trường hợp được ghi nhận là CTC bất toàn, 8 trường hợp có tiền sử rách CTC và 1 trường hợp tử cung 2 sừng. Kết quả nghiên cứu cho thấy với phương thức điều trị trên 8 thai phụ sinh đủ tháng, 1 thai phụ sẩy thai, 1 trường hợp thất bại phải tiến hành khâu vòng CTC và 3 thai kỳ vẫn tiến triển cho đến thời gian nghiên cứu được báo cáo.

Vòng nâng đỡ tử cung rất phong phú về hình dạng cũng như về kích cỡ. Nó thường được sử dụng trong điều trị sa tạng vùng chậu. Một số các nhà thực hành đã sử



Hình 1. Vòng nâng tử cung (pessary) được đặt ôm quanh CTC (nguồn hình: Churchill Livingstone, Elsevier Inc., 2007)

dụng VNĐTC để phòng ngừa sinh non, vài loại VNĐTC có dạng hình nhẫn để bao CTC lại và tác dụng giống như khâu vòng CTC (hình 1).

Sau nghiên cứu của Cross và cộng sự, hàng loạt các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không nhóm chứng đã chứng tỏ hiệu quả phòng ngừa sinh non trên nhóm phụ nữ có tiền sử sinh non, có CTC được xác định là bất toàn:

1. Vitsky (1963) công bố số liệu liên quan đến việc sử dụng VNĐTC Smith-Hodge như một phương pháp điều trị hiệu quả. Số liệu gồm 7 bệnh nhân của ông (5 sinh >37 tuần, 1 sinh ở tuần 31 và 1 sinh ở tuần thứ 35), 7 bệnh nhân của bác sĩ C.Graham (4 sinh >37 tuần, 2 sinh ở tuần 34 và 1 sinh ở tuần thứ 32), 3 bệnh nhân của bác sĩ W.Moore (2 sinh lúc 37 tuần, 1 sinh lúc 20 tuần) và 3 bệnh nhân của bác sĩ WH. Evans (cả 3 sinh sau 37 tuần) và 1 bệnh nhân của bác sĩ DP. Rucker thất bại với VNĐTC, sinh lúc 22 tuần. Tất cả 21 bệnh nhân này đều được xác định là CTC bất toàn hoặc có tiền sử sẩy thai muộn. Số liệu cho ta thấy trong 21 trường hợp sử dụng VNĐTC, có 14 người sinh khi tuổi thai ≥ 37 tuần (66%); 3 người sinh trên 34 tuần (14%). Vitsky (1968) đã thêm vào số liệu của ông 3 trường hợp có tiền sử sẩy thai muộn trong

3 tháng giữa thai kỳ và được chẩn đoán CTC bất toàn đã sinh đủ tháng khi được sử dụng VNĐTC.

2. Oster và Javer (1966) đã kết luận là phương pháp khâu vòng CTC đem đến nhiều lợi ích nhưng không phải là không có nguy hiểm. Các tác giả đã đưa ra bằng chứng là một trường hợp tử vong mẹ do nhiễm trùng sau thủ thuật khâu vòng CTC (Down và cs., 1962). Từ đó, họ đề nghị thay việc khâu vòng CTC bằng VNĐTC Hodge, nghiên cứu được thực hiện trên 29 bệnh nhân được chẩn đoán CTC bất toàn. Đây là nghiên cứu đầu tiên cho giải thích rõ ràng thế nào là một CTC bất toàn. Các tác giả này đã lưu ý chẩn đoán CTC bất toàn phải dựa vào tiền sử, chẩn đoán trên lâm sàng khi cho nong Hegar số 10mm lọt qua CTC dễ dàng mà không gặp đề kháng từ lỗ trong CTC hoặc hình ảnh trên X-quang. Trước khi đặt VNĐTC, nhóm bệnh nhân này đã được mô tả là đã sinh 58 trẻ không thể sống được, 8 trẻ từ 22-28 tuần và 12 trẻ từ 29-36 tuần tuổi thai. Sau khi được đặt VNĐTC chỉ có 2 trẻ không thể sống được, không có trẻ nào được sinh ở tuổi thai 22-28 tuần, 6 trẻ sinh non <37 tuần và 23 trẻ đủ tháng. Bài nghiên cứu này cũng đầu tiên đề nghị thời điểm thích hợp nhất để đặt VNĐTC là cuối quý đầu thai kỳ hoặc 14 tuần tuổi thai. Tác giả cũng bàn luận là việc hạn chế hoạt động là không cần thiết trừ việc sinh hoạt tình dục.

3. Leduc và Wasserstrum (1992) báo cáo trường hợp lâm sàng đặt VNĐTC Smith-Hodge cho một bệnh nhân có tiền sử CTC bất toàn, kèm hội chứng Ehlers-Danlos (CTC bất toàn do thiếu hụt mô liên kết). Vòng được đặt ở tuần thứ 14 của thai kỳ và bệnh nhân sinh một bé trai sống khỏe vào tuần thứ 33.

4. Arabin và cộng sự (2003) thực hiện một nghiên cứu bắt cặp có nhóm chứng và là nghiên cứu đầu tiên có đối tượng nhận vào là những trường hợp đa thai. Tất

cả những trường hợp đơn thai hoặc đa thai có tiền sử sinh non trước 36 tuần hoặc những trường hợp có cảm giác trần bụng sớm hoặc có cơn co tử cung đều được siêu âm qua ngã âm đạo để xác định chiều dài CTC. Tiêu chuẩn chọn bệnh của tác giả là chiều dài CTC <15mm và có tuổi thai từ 22-24 tuần. Có tất cả 12 thai đơn và 23 song thai được đặt VNĐTC trong nghiên cứu này. Phân tích bắt cặp được thực hiện theo cách hồi cứu hồ sơ những trường hợp có tuổi thai từ 18-28 tuần có kết quả siêu âm xác định chiều dài CTC nằm dưới đường bách phân vị thứ 10, có tiền sử sinh non. Trong nhóm đơn thai không có sự khác biệt về nhân khẩu học cũng như những yếu tố nguy cơ gây sinh non. 50-53% số bệnh nhân có tiền sử sinh non tự nhiên ở tuổi thai từ 21-34 tuần. Chỉ có một bệnh trong nhóm đặt VNĐTC phải nhập viện vì sinh non, được sử dụng thuốc giảm co và steroid so với 5 trường hợp ở nhóm chứng. Nghiên cứu ghi nhận một trường hợp biến chứng hoại tử CTC có thể do VNĐTC và hậu quả là làm ngắn chiều dài CTC 25mm trong lần có thai sau.

5. Gần đây nhất một nghiên cứu được công bố trên mạng Lancet ngày 3 tháng 4 năm 2012 của Tây Ban Nha gọi là “Pessario Cervical par Evitar Prematuridad” (viết tắt PECEP). Đây là một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng được thực hiện lần đầu tiên trên đa trung tâm. Tất cả những trường hợp có CTC <25mm được nhận vào nghiên cứu, trong đó đặt VNĐTC cho 190 trường hợp và nhóm không can thiệp là 190 trường hợp. Kết quả cho thấy tỉ lệ sinh non trước 34 tuần thấp hơn có ý nghĩa thống kê trong nhóm có đặt VNĐTC so với nhóm chứng (6% so với 27%, OR 0,18, CI 0,08-0,37; p=0,0001). Các thai phụ được đặt VNĐTC cũng ít sinh con nhẹ cân <2500g so với nhóm chứng (9% so với 29%; P=.0001). Với VNĐTC, cũng giảm một cách có ý nghĩa tình trạng suy hô hấp sơ sinh (3% so với 12%; P=.003) và điều

trị do nhiễm trùng (2% so với 6%; P=.0317). Tác giả kết luận rằng VNĐTC có thể có giá trị cao trong việc điều trị cho những phụ nữ thuộc nhóm nguy cơ cao sinh non và có thể giảm nguy cơ sinh non ở phụ nữ có thai lần đầu. Theo tác giả mặc dù VNĐTC được sử dụng từ lâu như một chiến lược để phòng ngừa sinh non nhưng cơ chế chính xác đưa đến lợi ích vẫn chưa rõ, một giải thích có thể tin tưởng là VNĐTC làm gập CTC ra sau, thay đổi góc tử cung-CTC, có thể làm kéo dài kênh CTC và giúp sự toàn vẹn của âm đạo (Barbara Boughton, 2012).

KẾT LUẬN

Nói chung khâu vòng CTC có thể kết hợp với biến chứng và không phải không có nguy cơ. VNĐTC có thể là một biện pháp phòng ngừa hiệu quả, để thực hiện, an toàn để thay thế cho khâu vòng CTC trong điều trị CTC bất toàn và phòng ngừa sinh non. Tuy nhiên thời gian đặt VNĐTC lý tưởng, chiều dài CTC cũng như loại VNĐTC cho lợi điểm cao nhất vẫn còn bàn cãi. Do đó cần có những nghiên cứu tốt hơn, chặt chẽ hơn trước khi VNĐTC được chứng minh là phương pháp điều trị hiệu quả cho những phụ nữ với nguy cơ sinh non cao.

Tài liệu tham khảo

1. Arabin B, Halbesma JR, Vork F et al (2003). Is treatment with vaginal pessaries an option in patients with sonographically detected short cervix? J Perinat Med 31: 122-133,2003.
2. Barbara Boughton (2012). Cervical pessary may prevent preterm birth, Medscape Medical News, April 3, 2012.
3. Leduc, Wasserstrum N (1992). Successful treatment with the Smith-Hodge pessary of cervical incompetence due to defective connective tissue in Ehlers- Danlos syndrome. Am J Perinatol 9: 25-27,1992.
4. Oster S, Javer CT (1966). Treatment of the incompetent cervix with the Hodge pessary. Obstet Gynecol 28: 206-208. 1966.
5. Vitsky M (1968). Pessary treatment of the incompetent cervical os. Obstet Gynecol 31: 732-733, 1968.