



NHỮNG KIẾN THỨC MỚI VỀ CẮT KHÂU TẦNG SINH MÔN

PGS. TS. Trần Thị Lợi

Giảng viên Đại học Y Dược TP.HCM

Cắt tầng sinh môn (TSM) nhằm mục đích tránh để rách âm hộ nghiêm trọng khi sinh con so là một vấn đề tưởng như rất kinh điển, thường quy, thế nhưng ngày nay, về phương diện y học chứng cứ, các nhà nghiên cứu đã thực hiện nhiều công trình nhằm mục đích xem xét lại các vấn đề: chỉ định, cách khâu phục hồi và cách chăm sóc vết cắt khâu tầng sinh môn.

CHỈ ĐỊNH

Cắt tầng sinh môn nhằm mục đích tránh để rách tầng sinh môn khi sổ thai đặc biệt ở những người sanh lần đầu. Có 4 mức độ rách tầng sinh môn^{4,5}:

- **Độ 1:** rách da vùng tầng sinh môn và niêm mạc âm đạo nhưng không tổn thương dây cá và cơ.
- **Độ 2:** rách da, niêm mạc, dây cá và cơ của nút trung tâm đáy chậu, nhưng chưa tổn thương cơ thắt hậu môn.
- **Độ 3:** tổn thương da, niêm mạc, dây cá, cơ của nút trung tâm đáy chậu, và cơ thắt hậu môn.
- **Độ 4:** rách đến niêm mạc trực tràng.

Tỉ lệ cắt khâu tầng sinh môn trong nửa đầu của thế kỷ 20 rất cao vì được chỉ định thường quy cho những

trường hợp sinh con so. Dần dần các nhà sản phụ khoa nhận thấy tuy cắt tầng sinh môn được thực hiện rộng rãi nhưng lại thiếu chứng cứ khoa học về tính hiệu quả của phẫu thuật này. Tỉ lệ cắt tầng sinh môn khi thai phụ sinh con so thay đổi rất nhiều tùy theo địa phương: 9,7% ở Thụy Điển, 30% ở Châu Âu, 62,5% ở Hoa Kỳ, 100% ở Taiwan³.

Trong phân tích gộp “Episiotomy for vaginal birth” Guillermo Carroli và cộng sự [1] (năm 2009) thu thập số liệu từ 8 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, với cỡ mẫu là 5541 phụ nữ nhằm mục tiêu: “đánh giá hiệu quả của cắt TSM giới hạn so với cắt TSM thường quy”. Phác đồ “cắt TSM giới hạn” nghĩa là chỉ quyết định cắt TSM khi cần thiết, trong khi phác đồ “cắt TSM thường quy” chủ trương cắt TSM cho tất cả sản phụ sinh con lần đầu.

Kết quả của nghiên cứu trên cho thấy:

- Tỉ lệ cắt TSM ở nhóm cắt TSM giới hạn là 28,40% (776/2733) trong khi ở nhóm cắt TSM thường quy là 75,15% (2035/2708).
- Nguy cơ tương đối bị rách TSM từ độ 3 trở lên của nhóm cắt TSM giới hạn so với nhóm cắt TSM thường

quy là: RR = 0,67 (CI 95%: 0,49-0,91).

- Nguy cơ tương đối bị biến chứng khi lành sẹo của nhóm cắt TSM giới hạn so với nhóm cắt TSM thường quy là: RR = 0,69 (CI 95%: 0,56-0,85).
- Nguy cơ tương đối bị rách vùng tiền đình, âm vật, môi nhỏ của nhóm cắt TSM giới hạn so với nhóm cắt TSM thường quy là: RR = 1,84(CI 95%: 1,61-2,10).

Không có sự khác biệt về những biến chứng xa như giao hợp đau: RR = 1,02 (CI 95%: 0,90-1,16), hoặc tiểu không tự chủ khi gắng sức: RR = 0,98 (CI 95%: 0,79 – 1,20) giữa nhóm cắt TSM giới hạn so với nhóm cắt TSM thường quy.

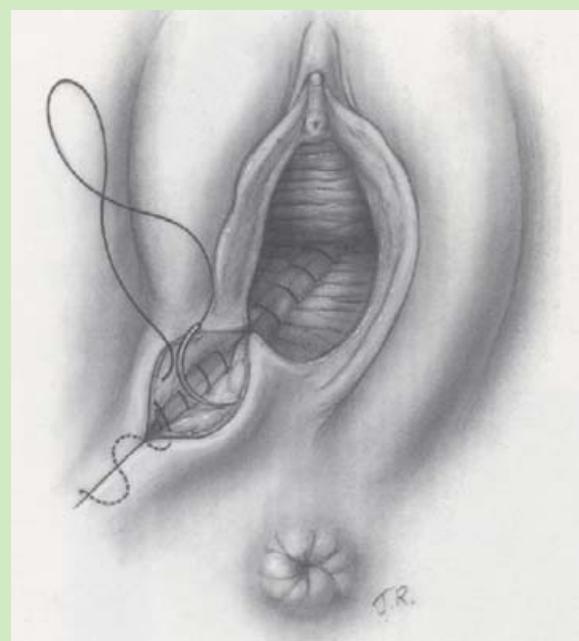
Như vậy, ngoại trừ biến chứng tổn thương tiền đình, âm vật, môi nhỏ, cắt TSM giới hạn có ít biến chứng hơn cắt TSM thường quy. Tuy nhiên cũng nên lưu ý là những số liệu đưa vào nghiên cứu gộp này chủ yếu là từ các nghiên cứu thực hiện ở các nước phương Tây, riêng ở châu Á thì chỉ có một nghiên cứu ở Taiwan với tỉ lệ cắt TSM là 100%. Điều này có thể lý giải theo hai hướng: hoặc ở Taiwan duy trì một cách nghiêm ngặt phác đồ cắt TSM thường quy cho tất cả các trường hợp sinh con lần đầu, hoặc do cấu trúc giải phẫu của phụ nữ châu

Á, âm hộ nhỏ, TSM chắc, nên phải cắt TSM để tránh những tổn thương phức tạp.

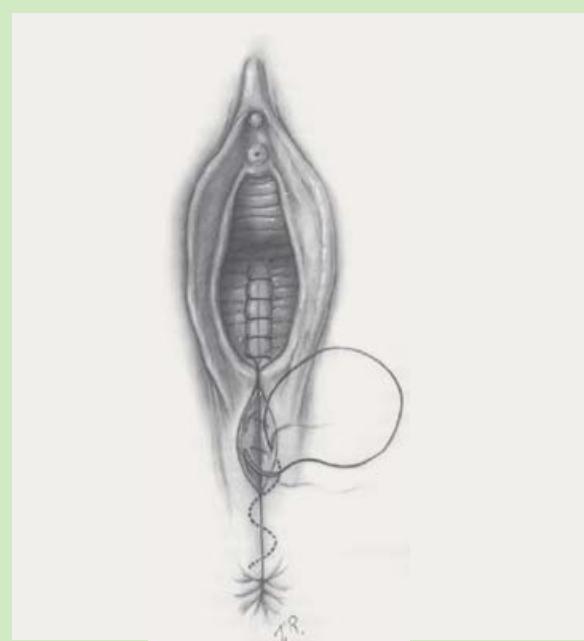
KỸ THUẬT KHÂU TẦNG SINH MÔN

Khâu TSM cũng theo nguyên tắc chung của khâu phục hồi trong phẫu thuật là tái lập lại tình trạng giải phẫu bình thường và cầm máu. Khâu theo phương pháp cổ điển là khâu bằng catgut chromic: niêm mạc âm đạo khâu mũi vết, lớp cơ khâu mũi rời và khâu da mũi rời hoặc liên tục trong da.

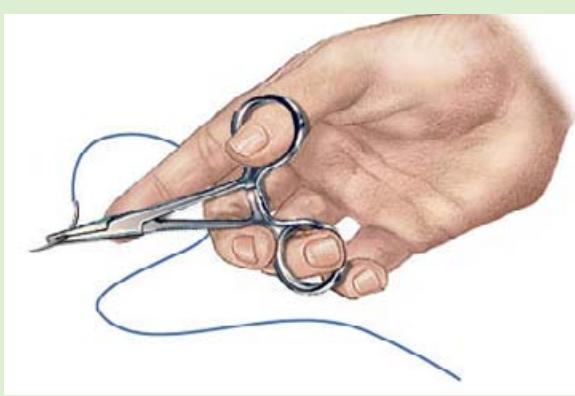
Từ khoảng 70 năm trước, Rucker, năm 1930 đã ghi nhận khâu mũi liên tục cả ba lớp: niêm mạc, cơ và trong da giúp sản phụ giảm đau vết khâu TSM trong thời kỳ hậu sản. Năm 1990, Flemming công bố một nghiên cứu quan sát ghi nhận những sản phụ được khâu TSM bằng mũi liên tục ít đau vết cắt hơn những người được khâu mũi rời. Tuy nhiên đây vẫn chỉ là nghiên cứu quan sát, cho đến năm 2002 khi Kettle công bố một thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng trên 1542 phụ nữ Anh được khâu TSM do cắt hoặc bị rách. Các tác giả sử dụng chỉ polyglactin 910 (Vicryl Rapid), chia ngẫu nhiên làm 2



Cắt khâu TSM giữa bên



Cắt khâu TSM giữa



Rửa vết thương bằng dung dịch gì?

Theo Ritin Fernandez và Rhonda Griffiths[3] ở Centre for Applied Nursing Research, South Western Sydney Area Health Service, Liverpool BC, Australia, trong phân tích gộp: "Water for wound cleansing" lấy số liệu từ 11 thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng, đã đưa ra những kết luận sau đây:

1 Ở những nơi nước vòi (tap water) có thể uống được, so sánh hiệu quả của rửa vết thương cấp bằng nước vòi với bằng nước muối sinh lý: tỉ lệ nhiễm trùng giữa hai nhóm không khác nhau về phương diện thống kê (RR: 1,07; khoảng tin cậy 95%: 0,43 - 2,64; p=0,88), chưa kể bệnh nhân thích được rửa bằng nước vòi hơn vì có thể dùng nước ấm 37°, trong khi nước muối sinh lý thì ở nhiệt độ phòng.

2 Ở những nơi nước vòi (tap water) không thể uống được, so sánh sử dụng nước cất hoặc nước đun sôi để nguội để rửa vết thương, tỉ lệ nhiễm trùng giữa hai phương pháp này không khác biệt có ý nghĩa về phương diện thống kê (RR: 1,69; khoảng tin cậy 95%: 0,68 - 4,22).

3 So sánh sử dụng nước cất với nước muối sinh lý để rửa vết thương, tỉ lệ nhiễm trùng giữa hai phương pháp này không khác biệt có ý nghĩa về phương diện thống kê (RR: 0,49; 95% CI: 0,19 - 1,26).

4 So sánh sử dụng nước đun sôi để nguội với nước muối sinh lý để rửa vết thương, tỉ lệ nhiễm trùng giữa hai phương pháp này không khác biệt có ý nghĩa về phương diện thống kê (RR: 0,83; khoảng tin cậy 95%: 0,37 - 1,87).

nhóm: khâu liên tục hoặc mũi rời. Kết quả là nhóm khâu mũi liên tục ít đau hơn nhóm khâu mũi rời.

Năm 2007 và được tái xuất bản năm 2009, nhóm tác giả Kettle C, Hills RK, Ismail KMK² công bố đề tài "Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears" trên Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD000947. DOI: 10.1002/1465 1858.CD000947.pub2.

Trong nghiên cứu này, các tác giả đã thu thập số liệu từ 7 thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng, tổng số mẫu là 3822 phụ nữ từ 4 quốc gia khác nhau. Phân tích gộp cho thấy những ưu điểm của phương pháp khâu liên tục:

- Giảm đau trong 10 ngày đầu hậu sản RR: 0,70 (khoảng tin cậy 95%: 0,64-0,76)
- Giảm đau khi giao hợp RR: 0,83 (khoảng tin cậy 95%: 0,70-0,98) [2].

Các tác giả cũng ghi nhận nếu chỉ khâu liên tục lớp da (khâu trong da) cũng giúp giảm đau trong thời kỳ hậu sản, điều này là hiển nhiên vì những sợi chỉ khâu vùi dưới da sẽ không chạm vào dây thần kinh bị cắt ở vết thương. Về phương diện thẩm mỹ, ở thời điểm sáu tuần hậu sản, vết khâu trong da đẹp hơn vết khâu mũi rời.

CHĂM SÓC VẾT KHÂU TẦNG SINH MÔN

Trong những ngày đầu hậu sản, vết khâu TSM cần được giữ khô, sạch vì vậy sản phụ phải thay băng vệ sinh khi băng bị thấm ướt. Những ngày sau, khi lượng sản dịch giảm nhiều, cũng không để băng quá 6 giờ.

Những kết quả của phân tích gộp này có tính ứng dụng cao trong việc chăm sóc vết khâu TSM: rửa vết khâu bằng nước cất hoặc nước đun sôi để nguội là hợp lý, không nên pha thêm các dung dịch sát khuẩn vừa tốn kém hơn, vừa làm rối loạn phổ vi trùng thường trú tại âm đạo, đặc biệt là vi khuẩn Lactobacilli.

KẾT LUẬN

Về phương diện thực hành lâm sàng, chỉ định cắt khâu TSM nên được cân nhắc, chúng ta không cắt TSM thường quy cho tất cả các trường hợp sinh con so, nhưng cũng không để xảy ra tình trạng TSM bị rách nặng, làm suy yếu sức nâng đỡ của TSM, gây ra các hậu quả về sau nhu tiểu không tự chủ khi gắng sức hoặc sa sinh dục. Nếu cắt TSM có chọn lọc cho những trường hợp sinh con lần đầu thì tỉ lệ cắt TSM ở nước ta là bao nhiêu? Đây cũng là câu hỏi mà các nhà thực hành sản khoa nên quan tâm tìm hiểu.

Khâu TSM nên chọn loại chỉ mau tan và chọn mũi khâu liên tục giúp giảm đau trong những ngày hậu sản cũng như giảm biến chứng xa như đau khi giao hợp.

Chăm sóc vết khâu TSM chỉ cần giữ vết thương khô, sạch và rửa bằng nước cát hoặc nước đun sôi để nguội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Guillermo Carroli, Miglili L. 2009 Episiotomy for vaginal birth. The Cochrane Library 2009, Issue 4, <http://www.Thecochanelibrary.com>.
2. Kettle C, Hills RK, Ismail KMK. 2009 Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, 2009. Copyright © 2009 The Cochrane collaboration. Publish by John Wiley& Sons, Ltd. DOI: 10.1002/1465 1858.CD003861.pub2.
3. Ritin Fernandez, Rhonda Griffiths. 2008 Water for wound cleansing. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD000947. DOI: 10.1002/1465 1858.CD000947.pub2.
4. Rodriguez A, Arenas EA, Osorio AL, Mendez O, Zuleta JJ. 2008 Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third-or fourth-degree laceration in nulliparous women. 2008 American Journal of Obstetrics and Gynecology 2008; 198(3):285.e1–285.e4.
5. Williams Obstetrics 22nd Edition: Normal labor and delivery. Mc Graw-Hill 2005, p: 436-439

