

## PHƯƠNG THỨC SINH SAU MỔ LẤY THAI VÀ NGUY CƠ PHẢI TRẢI QUA CÁC PHẪU THUẬT SÀN CHẬU VỀ SAU

Fitzpatrick, K. E., Abdel-Fattah, M., Hemelaar, J., Kurinczuk, J. J., & Quigley, M. A. (2022). Planned mode of birth after previous cesarean section and risk of undergoing pelvic floor surgery: A Scottish population-based record linkage cohort study. *Plos Medicine*, 19(11), e1004119.

BS. Trần Thái Hữu Lộc, ThS. BS. Hồ Mạnh Tường – Bệnh viện đa khoa Mỹ Đức, Trung tâm nghiên cứu Hy Vọng

Tỷ lệ mổ lấy thai đang tăng lên trên toàn cầu. Những thai phụ đã sinh mổ trước đó có hai lựa chọn là mổ lấy thai lặp lại (ERCS) hoặc cố gắng sinh thường theo kế hoạch (VBAC). Các hướng dẫn lâm sàng khuyến cáo tư vấn cho thai phụ về những rủi ro và lợi ích của từng lựa chọn để giúp họ đưa ra quyết định sáng suốt. Mặc dù VBAC có nguy cơ biến chứng nghiêm trọng cao hơn cho cả mẹ và bé so với ERCS, nhưng nguy cơ biến chứng đối với cả hai lựa chọn không cao. Có bằng chứng cho rằng có mối liên hệ giữa VBAC với nguy cơ mắc các rối loạn vùng sàn chậu. Rối loạn sàn chậu, bao gồm sa sinh dục, tiểu không tự chủ và đại tiện không tự chủ, có thể ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống đặc biệt ở nhóm lớn tuổi. Nguy cơ phải trải qua phẫu thuật trong cuộc đời một người phụ nữ đối với các rối loạn vùng sàn chậu được ước tính là khoảng 1/8 ở Anh và cao tới 1/5 ở Mỹ. Bằng chứng hiện còn mâu thuẫn về việc liệu ERCS có làm giảm nguy cơ rối loạn vùng sàn chậu hay không làm cho việc tư vấn bệnh nhân trở nên khó khăn. Nghiên cứu này nhằm khảo sát mối liên quan giữa ERCS và VBAC đối với nguy cơ rối loạn vùng sàn chậu cần phẫu thuật sau này.

Đây là nghiên cứu đoàn hệ dựa trên dân số Scotland. Nghiên cứu bao gồm tất cả những phụ nữ đã có một hoặc nhiều lần mổ lấy thai trước đó và sinh một con đủ tháng ở Scotland trong khoảng thời gian từ 1983 đến 1996. Yếu

tố chính được đánh giá là VBAC và ERCS sau lần mổ lấy thai trước đó. Kết cục chính là nguy cơ phẫu thuật sàn chậu, bao gồm phẫu thuật sa sinh dục, tiểu không tự chủ, sa trực tràng hoặc đại tiện không tự chủ. Kết cục phụ là thời gian phẫu thuật lần đầu đối với các loại rối loạn sàn chậu đó.

Nghiên cứu bao gồm 47.414 ca sinh đơn thai đủ tháng ở những thai phụ có một hoặc nhiều lần sinh mổ trước đó, với 66,8% (31.672 người) trải qua VBAC và 33,2% (15.742 người) trải qua ERCS. Kết quả cho thấy tỷ lệ thô của bất kỳ loại phẫu thuật sàn chậu nào cao hơn ở nhóm VBAC (1,75 trên 1.000 người/năm, KTC 95%, 1,64 – 1,86) so với nhóm ERCS (0,66 trên 1.000 người/năm, KTC 95%, 0,57 – 0,75). Sau khi điều chỉnh các yếu tố gây nhiễu, nguy cơ trải qua bất kỳ loại phẫu thuật sàn chậu nào cao hơn đáng kể ở những phụ nữ thực hiện VBAC so với những người trải qua ERCS (tỷ lệ rủi ro 2,38, KTC 95%, 2,03 – 2,80). Nguy cơ trải qua phẫu thuật sa sinh dục cũng cao hơn đáng kể ở nhóm VBAC (tỷ lệ rủi ro 3,17, KTC 95%, 2,47 – 4,09), cũng như nguy cơ trải qua phẫu thuật tiểu không tự chủ cao hơn (tỷ lệ rủi ro 2,26, KTC 95%, 1,79 – 2,84). Nghiên cứu cũng cho thấy nguy cơ phải phẫu thuật sa sinh dục cao hơn ở những phụ nữ không có lần sinh thường nào trước đó (tỷ lệ rủi ro 4,20, KTC 95%, 3,21 – 5,56), trong khi nguy cơ phải phẫu thuật vì tiểu

không tự chủ cao hơn ở những phụ nữ có một hoặc nhiều lần sinh thường trước đó (tỷ lệ rủi ro 1,72, KTC 95%, 1,39 – 2,13). Tỷ lệ quy hướng dân số (PAF) của VBAC là 47,7% (KTC 95%, 39,4% đến 55,1%) đối với bất kỳ phẫu thuật sản chậu nào, 59,4% (KTC 95%, 48,3 – 68,5) đối với phẫu thuật sa sinh dục, và 45,3% (KTC 95%, 32,6 – 56,0) đối với phẫu thuật tiểu không tự chủ. Trong nghiên cứu này, nhóm VBAC có khởi phát chuyển dạ (sử dụng phương pháp phá ối, oxytocin và/hoặc prostaglandin đơn thuần hoặc kết hợp các phương pháp này) có nguy cơ trải qua bất kỳ cuộc phẫu thuật sản chậu nào, phẫu thuật sa sinh dục hoặc tiểu không tự chủ cao hơn so với nhóm ERCS. Mặt khác, nhóm ERCS trong chuyển dạ có nguy cơ tương đương với nhóm ERCS thông thường.

Nhìn chung đây là một nghiên cứu xem xét các tác động lâu dài của phương thức sinh (mổ lấy thai hoặc sinh thường) đối với kết cục rối loạn vùng sản chậu ở những phụ nữ đã từng sinh mổ. Nghiên cứu cho thấy rằng sinh thường theo kế hoạch sau khi sinh mổ (VBAC) có nguy cơ cao hơn gấp 2 lần đối với việc người phụ nữ phải trải qua bất kỳ loại phẫu thuật sản chậu nào và

tăng gấp 2 đến 3 lần nguy cơ đối với phẫu thuật sa sinh dục hoặc tiểu không tự chủ, so với mổ lấy thai lặp lại (ERCS). Tuy nhiên, rủi ro tuyệt đối khi trải qua phẫu thuật sản chậu là nhỏ, với tỷ lệ mắc của bất kỳ loại phẫu thuật sản chậu nào là 1,75 trên 1.000 người/năm trong nhóm VBAC và 0,66 trên 1.000 người/năm trong nhóm ERCS. Nghiên cứu cũng phát hiện ra rằng ERCS bảo vệ chống lại nguy cơ tiểu không tự chủ và sa sinh dục khi so sánh với VBAC. Những phát hiện này gợi ý rằng việc thai nhi đi qua ống sinh, chứ không phải bản thân quá trình chuyển dạ, có thể là một yếu tố nguy cơ dẫn đến rối loạn chức năng sản chậu cần phải phẫu thuật sau này. Cơ chế tiềm năng có thể giải thích mối liên quan giữa phương thức sinh và nguy cơ trải qua phẫu thuật sản chậu có thể là do các yếu tố như nút tử cung, vỡ tử cung và/hoặc tác động cơ học của quá trình chuyển dạ lên cơ sản chậu và mô liên kết. Điều đáng chú ý là nghiên cứu có một số hạn chế, chẳng hạn như khả năng sai lệch lựa chọn và thực tế là nó không tính đến các yếu tố gây nhiễu tiềm ẩn quan trọng hoặc sự khác biệt giữa mổ lấy thai trước khi chuyển dạ và trong khi chuyển dạ./.



## MỜI GỬI BÀI VIẾT ĐĂNG TẠP CHÍ PHỤ SẢN



<https://vjog.vn/>