

NHẬN XÉT THÁI ĐỘ XỬ TRÍ THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG TỪ 23 TUẦN ĐẾN ĐỦ THÁNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Đặng Thị Minh Nguyệt, Nguyễn Thị Thùy Anh
Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét thái độ xử trí thai chết trong tử cung từ 23 tuần đến đủ tháng tại Bệnh viện phụ sản trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu trên 216 bệnh nhân có bệnh án được chẩn đoán là thai chết trong tử cung từ 23 tuần đến đủ tháng vào viện điều trị và sinh tại Bệnh viện Phụ Sản trung ương trong năm 2010. **Kết quả:** TCTTT 23-27 tuần gây chuyển dạ bằng Misoprostol: 66,6%; truyền Oxytocin: 22,2%. TCTTT 28-32 tuần tỷ lệ đặt Misoprostol: 56,7%; truyền Oxytocin: 6,7% ; đẻ tự nhiên: 30%. TCTTT 33-37 tuần tỷ lệ đặt Misoprostol chiếm tỷ lệ cao nhất (46,6%), tiếp theo là đẻ tự nhiên (40%), có 2 trường hợp mổ lấy thai (6,7%), TCTTT từ 38 tuần trở lên đẻ tự nhiên chiếm 50%, đặt Misoprostol và truyền Oxytocin có tỷ lệ bằng nhau là 25%. TCTTT \geq 23 tuần liều dùng Misoprostol phổ biến nhất là 150 μ g. TCTTT \geq 23 tuần có 10 trường hợp được truyền Oxytocin, trong đó có 1 trường hợp dùng liều 5 UI, 5 trường hợp dùng liều từ 10-20 UI, 4 trường hợp dùng liều từ 20UI trở lên. Tỷ lệ dùng kết hợp Oestrogen và Oxytocin là 72,7%. Phương pháp xử trí gây sẩy đẻ bằng Oxytocin 70% trường hợp có thời gian thai ra >24h, gây sẩy đẻ bằng Misoprostol 32,3% trường hợp có thai ra từ 7-12h; 25,5% trường hợp có thai ra từ 13-18h; và 19,6% trường hợp thai ra >24h. **Kết luận:** Thai từ 23 tuần trở lên đẻ tự nhiên chiếm 31,1%; Gây sẩy đẻ bằng thuốc chiếm tỷ lệ 62,2%. Phương pháp gây sẩy bằng Misoprostol chiếm tỷ lệ 88,3%, phương pháp gây sẩy bằng Oxytocin chiếm tỷ lệ 9,9%. Thời gian thai ra theo phương pháp sử dụng Misoprostol 83,7% thai ra trong vòng 24h, thời gian thai ra theo phương pháp truyền Oxytocin 30% thai ra trong vòng 24 h.

Từ khóa: xử trí, thai chết trong tử cung.

Abstract

Study on management of stillbirth after 23 weeks of gestation at National Hospital of Obstetrics and Gynecology

Background: Percentage of patients with stillbirths at National Hospital of Obstetrics and Gynecology is high. There is no report about management of stillbirth after 23 gestational weeks. **Objective:** Study on management of stillbirth after 23 gestational weeks at National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Subjects:** Retrospective study in 216 patients who were diagnosed with stillbirth after 23 weeks of gestation, were managed and delivered at NHOG in 2010. **Results:** In the group of 23-27 gestational weeks, termination by Misoprostol accounted for 66.6%; by Oxytocin transmission accounted for 22.2%. In the group with 28-32 weeks of gestation, the rate of using Misoprostol for termination was 56.7%; Oxytocin intravenous infusion was 6.7% and spontaneous labour was 30%. In the group of 33-37 weeks of gestation, Misoprostol was used in the highest percentage (46.6%), spontaneous labour (40%) and 2 cases of cesarean section (6.7%). Stillbirth after 38 weeks, 50% of cases was spontaneous labour, Misoprostol and Oxytocin intravenous infusion had an equal percentage (25%). The most common dose of Misoprostol in the group after 23 weeks of gestation was 150 mcg. In this group, there are 10 cases indicated Oxytocin intravenous infusion, in which 1 case was indicated 5 UI, 5 cases were indicated 10-20 IU and 4 cases were indicated 20UI or more. The incidence of combination of estrogen and Oxytocin was 72.7%. Time of termination by Oxytocin intravenous infusion was more than 24 hours (70%), by Misoprostol was 7-12h (32,3%), 13-18h (25,5%) and >24h (19,6%). **Conclusion:** The rate of spontaneous labour in stillbirth after 23 weeks was 31,1%, termination by Misoprostol accounted for 62,2%. In the group before 23weeks, the incidence of termination by Misoprostol was 88,3%, by Oxytocin was 9,9%. Duration of termination in group using Misoprostol was < 24h (83,7%), in group using Oxytocin was < 24h (30%).

Keywords: management, stillbirth.

1. Đặt vấn đề

Thai chết lưu trong tử cung (TCLTTC) là tất cả các trường hợp trứng đã thụ tinh và làm tổ được trong tử cung, nhưng không phát triển được thành thai nhi trưởng thành, bị chết và lưu lại trong tử cung trên 48 giờ [1, 2], TCLTTC có thể gặp ở bất kỳ giai đoạn nào của quá trình mang thai. Ngoài việc mang một thai chết trong người là một chấn thương về mặt tâm lý đối với người mẹ, ảnh hưởng ít nhiều đến hạnh phúc gia đình, đặc biệt trong những trường hợp hiếm con, thai chết lưu còn gây ra nhiều tai biến cho người mẹ như: rối loạn đông máu dưới dạng chảy máu, nhiễm khuẩn, khó khăn cho lần mang thai sau... ảnh hưởng đến sức khỏe và tính mạng người bệnh. Thai chết trong tử cung là một vấn đề khá thường gặp trong thực hành lâm sàng. Xuất phát từ thực tế số lượng bệnh nhân vào điều trị khá cao, để góp phần vào công tác điều trị TCLTTC chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu với mục tiêu: Nhận xét thái độ xử trí đối với thai chết trong tử cung (TCTTT) từ 23 tuần đến đủ tháng tại Bệnh viện phụ sản trung ương.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn.

Tất cả các bệnh án được chẩn đoán là thai chết trong tử cung: lâm sàng, cận lâm sàng vào viện điều trị và đẻ tại BV Phụ Sản TW trong năm 2010.

Tiêu chuẩn loại trừ.

- Thai chết trong chuyển dạ.
- Thai chết đến lúc thai ra trước 48 giờ.
- TCLTTC vào đã sảy hoặc đã đẻ.

Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả - hồi cứu trên 216 bệnh nhân được chẩn đoán là thai chết lưu trong tử cung từ 13 tuần đến đủ tháng.

3. Kết quả

Bảng 1. Xử trí thai ≥ 23 tuần.

Tiến triển	23-27 tuần		28-32 tuần		33-37 tuần		≥ 38 tuần		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sảy tự nhiên	1	5,6							1	1,1
Đẻ tự nhiên	1	5,6	9	30	12	40	6	50	28	31,1
Nạo hút			1	3,3					1	1,1
Gắp thai			1	3,3	1	3,3			2	2,2
Gây sảy đẻ bằng misoprostol	12	66,6	17	56,7	14	46,6	3	25	46	51,1
Gây sảy đẻ bằng Oxytocin	4	22,2	2	6,7	1	3,3	3	25	10	11,1
Mổ lấy thai					2	6,7			2	2,2
Cộng	18	100	30	100	30	100	12	100	90	100

Nhận xét: TCTTT 23-27 tuần phương pháp gây đẻ bằng Misoprostol chiếm 66,6%; truyền

Oxytocin chiếm 22,2%; có 1 trường hợp sảy tự nhiên và đẻ tự nhiên (5,6%). TCTTT 28-32 tuần tỷ lệ đặt Misoprostol là 56,7%; truyền Oxytocin là 6,7%; đẻ tự nhiên là 30%, có 1 trường hợp nạo hút và 1 trường hợp gắp thai (3,3%). TCTTT 33-37 tuần tỷ lệ đặt Misoprostol chiếm tỷ lệ cao nhất (46,6%), tiếp theo là đẻ tự nhiên (40%), có 2 trường hợp mổ lấy thai (6,7%), 1 trường hợp truyền Oxytocin và 1 trường hợp gắp thai (3,3%). TCTTT từ 38 tuần trở lên đẻ tự nhiên chiếm 50% trường hợp, đặt Misoprostol và truyền Oxytocin có tỷ lệ bằng nhau là 25%.

Bảng 2. Liều dùng Misoprostol thai ≥ 23 tuần.

Tổng liều	23-27 tuần	28-32 tuần	33-37 tuần	≥ 38 tuần	Tổng
50µg	1				1
100µg	1	2	3	2	8
150µg	2	3	7		12
200µg	1	5	3	1	10
300µg		1			1
400µg	4	3			7
500µg		2			2
600µg	1		1		2
700µg	1				1
800µg	1	1			2
Tổng	12	17	14	3	46

Nhận xét: TCTTT ≥ 23 tuần liều dùng Misoprostol phổ biến nhất là 150 µg, tiếp theo là 200 µg và 100 µg.

Bảng 3. Liều dùng Oxytocin thai ≥ 23 tuần.

Tuổi thai	Tổng liều dùng Oxytocin		
	<10UI	10-20UI	>20UI
23-27 tuần		2	2
28-32 tuần		1	1
33-37 tuần			1
≥ 38 tuần	1	2	
Tổng	1	5	4

Nhận xét: TCTTT ≥ 23 tuần có 10 trường hợp được truyền Oxytocin, trong đó có 1 trường hợp dùng liều 5 UI, 5 trường hợp dùng liều từ 10-20 UI, 4 trường hợp dùng liều từ 20UI trở lên.

Bảng 4. Kết hợp Oestrogen và Oxytocin.

Kết hợp với oestrogen	Tuần thai										Chung			
	13-17		18-22		23-27		28-32		33-37			≥ 38		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	
Có			1	100	4	100	2	100	1	100			8	72,7
Không											3	100	3	27,3
Tổng			1	100	4	100	2	100	1	100	3	100	11	100

Nhận xét: Tỷ lệ dùng kết hợp Oestrogen và Oxytocin là 72,7%.

Bảng 5. Đánh giá thời gian thai ra của 2 phương pháp xử trí.

Thời gian thai ra	Oxytocin		Misoprostol	
	n	%	n	%
0-6h	1	10	7	7,1
7-12h			33	33,7
13-18h			26	26,5
19-24h	2	20	16	16,3
>24h	8	70	16	16,3
Cộng	11	100	98	100

Nhận xét: Phương pháp xử trí gây sảy đẻ bằng Oxytocin 70% trường hợp có thời gian thai ra >24h, gây sảy đẻ bằng Misoprostol 32,3% trường hợp có thai ra từ 7-12h; 25,5% trường hợp có thai ra từ 13-18h; và 19,6% trường hợp thai ra >24h.

4. Bàn luận

TCTTT từ 23 tuần trở lên đẻ tự nhiên chiếm 31,1 % (28 trường hợp) ; có 1 trường hợp sảy tự nhiên chiếm tỷ lệ 1,1 %; 61 trường hợp phải can thiệp chiếm tỷ lệ 67,8 %. Trong đó:

- Nạo hút chiếm tỷ lệ 1,1 %.
- Gắp thai chiếm tỷ lệ 2,2 %
- Gây sảy đẻ bằng thuốc chiếm tỷ lệ 62,2 %.
- Mổ lấy thai có 2 trường hợp chiếm 2,2 %

Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Phan Xuân Khôi (1999-2000) có tỷ lệ đẻ tự nhiên ở thai chết lưu trên 24 tuần là 32,5% [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp phải mổ lấy thai, cả 2 đều ở tuổi thai từ 33-37 tuần. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Xuân là tỷ lệ sử dụng Misoprostol trong gây sảy đẻ là 87,63 %; tỷ lệ sử dụng Oxytocin trong xử trí TCTTT là 5,97 % [4].

So sánh với tác giả:

- Theo Lê Thiện Thái (1982-1984), TCTTT có chiều cao tử cung trên 20 cm có 54,4 % trường hợp được theo dõi chuyển dạ tự nhiên và 45,6 % trường hợp xử trí bằng phương pháp Stein [5].

- Theo Nguyễn Huy Bạo (1990-1991) thai chết lưu có chiều cao tử cung > 20 cm xử trí theo phương pháp Stein 49,1 % và xử trí Oxytocin chiếm 50,1% [2].

- Theo tác giả Ngô Văn Tài: năm 1996 có 99,1 % dùng Oxytocin và 0,9 % dùng Misoprostol. Năm 1997 có 59 % sử dụng Oxytocin và 41 % dùng Misoprostol [6]

Tuổi thai từ 23 tuần trở lên có 46 trường hợp gây đẻ bằng Misoprostol chiếm tỷ lệ 51,1 %; có 10 trường hợp được xử trí TCTTT bằng phương pháp truyền Oxytocin chiếm tỷ lệ 11,1 %.

Việc sử dụng Misoprostol trong xử trí TCTTT (ngậm dưới lưỡi hoặc đặt âm đạo) hơn hẳn về hiệu quả, thời gian nằm viện ngắn, giá thành thấp mà đơn giản khiến cho việc sử dụng Misoprostol được áp dụng rộng rãi trong gây sảy đẻ TCTTT là một điều tất yếu.

Liều dùng Misoprostol và Oxytocin.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 9 % dùng liều <10 đơn vị, có 45,5% dùng liều từ 10-20 đơn vị, có 5/11 trường hợp dùng liều từ 20 đơn vị trở lên. Có 3/11 trường hợp thai ra trong vòng 24 h đầu chiếm tỷ lệ 27,3 %, các trường hợp còn lại phải truyền 2-3 đợt.

Có 8/11 trường hợp (72,7 %) sử dụng Estrogen trước khi truyền Oxytocin trong xử trí thai chết lưu. Có 3/11 (27,3 %) trường hợp không dùng Estrogen trước khi truyền Oxytocin.

Thai phụ TCTTT thường được uống Progynova 2 mg x 5v/ ngày, uống trong vòng 3 ngày trước khi truyền Oxytocin.

Trong thời gian mang thai, cơ co tử cung tạo ra do Prostaglandin. Vì vậy để khởi phát chuyển dạ cần dùng Prostaglandin giúp cho việc chín muồi cổ tử cung, tỷ lệ gây chuyển dạ sẽ thành công cao. Nhưng những trường hợp có sẹo mổ cũ ở tử cung là chống chỉ định của Prostaglandin cần phải truyền Oxytocin tạo cơ co tử cung gây chuyển dạ. Chính vì vậy tỷ lệ gây chuyển dạ thành công sẽ thấp hơn rất nhiều. Để khắc phục điều này có thể sử dụng phương pháp Stein cải tiến là dùng Estrogen trước 3 ngày rồi dùng thuốc làm cho lượng Estrogen giảm, dẫn đến tăng nhạy cảm của cơ tử cung với Oxytocin, giúp tăng tỷ lệ thành công khi truyền Oxytocin.

Tuy nhiên, đây chỉ là nghiên cứu hồi cứu, chúng tôi chỉ mô tả phương pháp xử trí tại khoa sản bệnh lý bệnh viện Phụ sản trung ương nên không thể kết luận sự khác biệt giữa 2 phương pháp này, mong rằng về sau sẽ có những nghiên cứu tiến cứu làm rõ hơn về vấn đề này.

Thời gian thai ra theo 2 phương pháp.

Phương pháp xử trí TCTTT bằng truyền Oxytocin chỉ có 30 % thai ra trong vòng 24h (10 % thai ra trong khoảng thời gian 0-6 h; 20 % thai ra trong khoảng thời gian 19-24 h) và 70 % thai ra trong thời gian > 24 h.

Xử trí TCTTT bằng phương pháp sử dụng Misoprostol tỷ lệ thai ra cao nhất ở khoảng thời

gian từ 7-12 h chiếm tỷ lệ 33,7 %; tiếp đó là khoảng thời gian từ 13-18 h chiếm tỷ lệ 26,5 %.

Sử dụng Misoprostol trong gây sẩy đẻ TCTTT có 83,7 % thai ra trong vòng 24 h và 16,3 % thai ra trong thời gian > 24 h.

Nếu so sánh thời gian thai ra của 2 phương pháp sử dụng Misoprostol và truyền Oxytocin thì ta thấy phương pháp truyền Oxytocin kéo dài hơn. Có thể giải thích rằng Misoprostol có tác dụng làm xuất hiện cơn co tử cung nhanh hơn và làm chín muối cổ tử cung nhanh hơn do vậy thời gian sẩy thai nhanh hơn

5. Kết luận:

Qua khảo sát thái độ xử trí thai chết trong tử cung từ 23 tuần đến đủ tháng tại Bệnh viện Phụ sản trung ương, chúng tôi ghi nhận, thai từ 23 tuần trở lên đẻ tự nhiên chiếm 31,1 % ; Gây sẩy đẻ bằng thuốc chiếm tỷ lệ 62,2 %. Phương pháp gây sẩy bằng Misoprostol chiếm tỷ lệ 88,3 % với liều dùng phổ biến là 200-400 µg (1-2 viên), phương pháp gây sẩy bằng Oxytocin chiếm tỷ lệ 9,9% . Thời gian thai ra theo phương pháp sử dụng Misoprostol 83,7 % thai ra trong vòng 24h, thời gian thai ra theo phương pháp truyền Oxytocin 30 % thai ra trong vòng 24 h.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ Sản trường Đại học Y Hà Nội. Thai chết lưu trong tử cung. Trong: Sản Phụ khoa: Nhà xuất bản Y học Hà Nội; 2002.

2. Nguyễn Huy Bảo. Tình hình xử trí thai chết lưu trong tử cung tại viện BVBMSTSS trong 2 năm 1990- 1991: Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II. Bộ Y tế. Trường Đại học Y Hà Nội; 1994.

3. Phan Xuân Khôi. Nghiên cứu tình hình thai chết lưu trong tử cung tại viện BVBMSTSS trong 2 năm 1999-2000: Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II. Bộ Y tế. Trường Đại học Y Hà Nội; 2002.

4. Nguyễn Thanh Xuân. Nghiên cứu tình hình thai chết lưu trong tử cung tại Bệnh viện BVBMSTSS trong 2 năm 2001-2002: Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa. Bộ Y tế. Trường Đại học Y Hà Nội; 2003.

5. Lê Thiện Thái. Tình hình thai chết lưu tại Bệnh viện BVBMSTSS 1982-1984, : Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện. Bộ Y tế trường Đại học Y khoa Hà Nội; 1984.

6. Ngô Văn Tài. Nhận xét về thai chết lưu 2 năm 1996-1997 tại viện BVBMSTSS. Bước đầu sử dụng Cytotec trong xử trí thai chết lưu. Tạp chí thông tin Y dược 1998;12/1999:180 - 5.