

MỔ LẤY THAI CHỦ ĐỘNG KHI THAI ĐỦ THÁNG SỚM VÀ CÁC BIẾN CHỨNG TRÊN TRẺ SƠ SINH

Nguyễn Duy Linh

Bệnh viện Quốc tế Phương Châu

Tóm tắt

Khi so sánh với trẻ được sinh qua đường âm đạo, trẻ được sinh mổ có nguy cơ bị các biến chứng hô hấp cao hơn, đặc biệt nếu mổ lấy thai chủ động khi chưa có chuyển dạ. Thậm chí, nguy cơ này vẫn cao hơn cả khi thai đã đủ tháng (sau 37 tuần). So với trẻ sinh đủ tháng (39 tuần - 40 tuần 6 ngày), trẻ sinh đủ tháng sớm (37 tuần - 38 tuần 6 ngày) gia tăng nguy cơ: hạ thân nhiệt, thời gian nằm Đơn vị chăm sóc sơ sinh tích cực (NICU - Neonatal intensive care unit), cần thiết phải hỗ trợ hô hấp, cần thiết phải truyền dịch, sử dụng kháng sinh, thông khí cơ học. Mổ lấy thai chủ động khi thai đủ tháng sớm làm tăng nguy cơ nằm NICU và bệnh lý hô hấp sơ với trẻ sinh đủ tháng. Sử dụng betamethasone có hiệu quả làm giảm thời gian nhập NICU do suy hô hấp cấp sau mổ lấy thai chủ động khi thai đủ tháng. Khi mổ lấy thai chương trình, nguy cơ suy hô hấp nên được tính đến và lợi ích của việc sử dụng corticosteroids nên được so sánh với việc kéo dài thêm thai kỳ cho đến 39 tuần nếu có thể được. Từ khóa: Mổ lấy thai chủ động, sinh đủ tháng sớm, các biến chứng sơ sinh.

Abstract

NEONATAL OUTCOME FOLLOWING ELECTIVE CESAREAN SECTION IN EARLY-TERM BIRTH

As compared with infants born vaginally, those born by cesarean section are at increased risk for adverse respiratory outcomes, especially when delivery occurs before the onset of labor. This increased risk persists even in infants who are delivered by cesarean section at full term (beyond 37 completed weeks of gestation). Compared with term infants (39 0/7 - 40 6/7 weeks), early-term neonates (37 0/7 - 38 6/7 weeks) had significantly higher risks: hypoglycemia, NICU or neonatology service admission, need for respiratory support, requirement for intravenous fluids, treatment with intravenous antibiotics, and mechanical ventilation or intubation. Elective cesarean section in early-term births increased the risk for NICU or neonatology service admission and respiratory morbidity compared with term births. Antenatal betamethasone is effective in reducing admission to special care baby unit with respiratory distress after elective caesarean section at term. In planning elective caesareans, the risk of respiratory distress should be considered and the likely benefits of antenatal corticosteroids should be compared with those of delaying delivery until 39 weeks when possible. Keywords: Elective cesarean delivery (ECD), Early-Term Birth, Neonatal Outcomes.

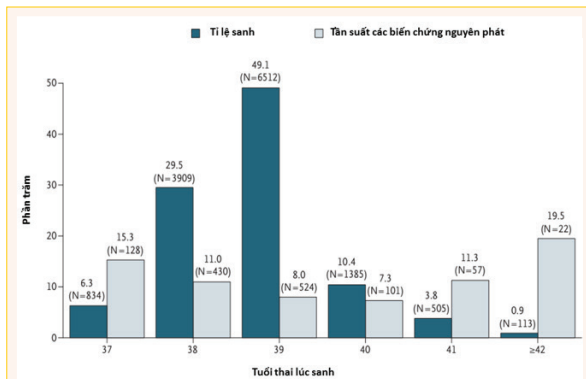
1. Tổng quan

Tỉ lệ mổ lấy thai (MLT) trên thế giới không ngừng gia tăng ở các quốc gia phát triển. Mexico là nước có tỉ lệ MLT cao nhất trong số 22 quốc gia phát triển được khảo sát vào năm 2007, 2008 (43,9%), tiếp theo là Italy (39,8%), Hàn Quốc (35,3%), Mỹ 31,8%. Các quốc gia có tỉ lệ thấp nhất là Hà Lan 13,9%, Iceland 16,1% và Phần Lan 16,5% [1].

Các yếu tố chính làm gia tăng tỉ lệ MLT, bao gồm: tăng tỉ lệ MLT lần đầu và giảm tỉ lệ sinh đường âm đạo trên bệnh nhân có vết MLT cũ. Bên cạnh tăng tỉ lệ MLT lập lại trên vết MLT cũ còn có sự gia tăng mổ lấy thai chủ động khi không có chỉ định nội khoa hay sản khoa (thường MLT theo yêu cầu của thai phụ) [2]. Tại Mỹ năm 2009 có 1,3 triệu trường hợp sinh mổ, chiếm 32,9% tổng số trường hợp sinh. Trong đó tỉ lệ MLT theo

yêu cầu của thai phụ ngày càng gia tăng, chiếm 2,5% tổng số trường hợp sinh [3]. Tuy nhiên, MLT không phải phương pháp an toàn tuyệt đối. Chính vì vậy các Bác sĩ và bệnh nhân trước khi quyết định MLT chủ động nên cân nhắc và thảo luận cẩn thận những lợi ích, nguy cơ của MLT so với sinh đường âm đạo cũng như lựa chọn thời điểm mổ thích hợp bởi MLT có thể gây ra những biến chứng trên mẹ và đặc biệt là thai nhi [2].

Theo phân loại quốc tế về bệnh tật - The International Classification of Diseases, thai đủ tháng khi thai được sinh trong giai đoạn từ 37 tuần - 41 tuần 6 ngày. Những dữ liệu gần đây thấy rằng, tỉ lệ các biến chứng trên mẹ và trẻ sơ sinh không giống nhau trong suốt 6 tuần thai đủ tháng. Tỉ lệ các biến chứng theo hình chữ U, với điểm thấp nhất nằm tại thời điểm 39 tuần 0 ngày đến 40 tuần 6 ngày [4].



Biểu đồ 1. Thời gian MLT lặp lại và tần suất biến chứng nguyên phát theo tuổi thai [5]

Theo kết quả của những nghiên cứu gần đây thấy rằng, trong giai đoạn chu sinh, các biến chứng tăng cao hơn khi sinh từ 37 - 38 tuần và 41 - 42 tuần so với sinh từ 39 - 40 tuần. Chính vì vậy, tại Workshop ở Bethesda, Maryland năm 2012 các chuyên gia trong các tổ chức Sản phụ khoa, Nhi khoa trên thế giới thống nhất khuyến cáo phân loại thuật ngữ thai đủ tháng ("term" pregnancy) thành các nhóm như sau [4]:

- + Đủ tháng sớm (Early term): 37 0/7 - 38 6/7 tuần.
- + Đủ tháng hoàn toàn (Full term): 39 0/7 - 40 6/7 tuần.
- + Đủ tháng muộn (Late term): 41 0/7 - 41 6/7 tuần.
- + Quá ngày (Postterm): > 42 0/7 tuần.

2. So sánh giữa MLT chủ động với sinh đường âm đạo khi đủ tháng:

2.1. Tử vong chu sinh:

Tỉ lệ tử vong sơ sinh của MLT là 1,77/1.000 trường hợp sinh, nhiều gấp 2,9 lần so với sinh đường âm đạo (0,62/1.000). Tỉ lệ tử vong sơ sinh của MLT nhiều hơn sinh đường âm đạo 2,2 lần khi thai phụ sinh con so và 3,7 lần khi thai phụ sinh con rạ [6].

Khi so sánh với trẻ được sinh qua đường âm đạo, trẻ được sinh mổ có nguy cơ bị các biến chứng hô hấp cao hơn, đặc biệt nếu MLT chủ động khi chưa có chuyển dạ. Thậm chí, nguy cơ này vẫn cao hơn cả khi thai đã đủ tháng (sau 37 tuần) [5].

2.2. Biến chứng hô hấp và các biến chứng khác:

Sinh đường âm đạo có nhiều ưu điểm hơn MLT khi thời gian nằm viện ngắn hơn, tỉ lệ nhiễm trùng ít hơn, ít biến chứng gây mê, gây tê và mau lên sữa hơn. MLT làm gia tăng nguy cơ bị các biến chứng trong thai kỳ tiếp theo như: vỡ tử cung, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, tổn thương ruột, bàng quang và tăng tỉ lệ cắt tử cung khi MLT...[3]

Theo Morison và cộng sự, trong 9 năm nghiên cứu với 33,289 trường hợp sinh sau 37 tuần thấy rằng: tần suất các biến chứng hô hấp như Hội chứng suy hô

hấp (RDS - Respiratory distress syndrome) hoặc cơn thở nhanh thoáng qua (TTN - Transient tachypnea) là 3,5% ở nhóm MLT chủ động không có chuyển dạ so với 1,2% ở nhóm MLT có chuyển dạ (OR 2,9; 95% CI 1,9-4,4; P < 0,001) và 0,5% ở nhóm sinh đường âm đạo (OR 6,8; 95% CI 5,2-8,9; P < 0,001). Nguy cơ tương đối bệnh lý hô hấp MLT của chủ động không có chuyển dạ lúc 37 0/7- 37 6/7 tuần so với 38 0/7- 38 6/7 tuần là 1,74 (95% CI 1,1-2,8; P < 0,02) và 38 0/7- 38 6/7 tuần so với 39 0/7- 39 6/7 tuần là 2,4 [2][6]. Còn Levine và cộng sự thấy nguy cơ tăng áp phổi dai dẳng (PPH) ở nhóm MLT chủ động nhiều hơn nhóm sinh đường âm đạo gấp gần 5 lần [6].

Trên thai phụ đủ tháng, nguy cơ biến chứng hô hấp sơ sinh (RDS và TTN) có dấu hiệu nhiều hơn ở nhóm trẻ được MLT chủ động so với sinh đường âm đạo (OR 2,6; 95% CI: 1,35-5,9; p= 0,01). Trong khi TTN không có dấu hiệu gia tăng (OR 1,19; 95% CI: 0,58-2,4; p= 0,05) thì RDS lại có dấu hiệu tăng cao (OR 5,85; 95% CI: 2,27-32,4; p= 0,01). Đỉnh cao nhất của RDS là khi MLT lúc 37 tuần-38 tuần 6 ngày (OR 12,9; 95% CI: 3,57-35,53; p= 0,01). Sau 39 tuần, không thấy có sự khác biệt về RDS giữa MLT chủ động và sinh đường âm đạo (OR 1,15; 95% CI: 0,17-5,3; p= 0,05) [7].

Trong 1 nghiên cứu tại Đan Mạch, trên 2.687 trẻ được sinh mổ chủ động. Tần suất bị biến chứng hô hấp là 1,8% (n=604), với 0,2% (n=64) bị biến chứng hô hấp nặng. Khi so với những trẻ được sinh đường âm đạo, những trẻ sinh bằng MLT chủ động có dấu hiệu gia tăng bị nguy cơ biến chứng hô hấp. Nguy cơ này tăng gấp 3,9 lần khi MLT lúc 37 tuần (OR 3,9, 95% CI: 2,4-6,5), gấp 3 lần khi MLT lúc 38 tuần (OR 3,0, 95% CI: 2,1-4,3) và gần gấp 2 lần khi MLT lúc 39 tuần (OR 1,9, 95% CI: 1,2-3,0). Nguy cơ bị biến chứng hô hấp nặng cũng có dấu hiệu tăng tương tự nhưng tỷ số chênh cao hơn, gấp 5 lần khi MLT lúc 37 tuần (OR 5,0, 95% CI: 1,6-16,0), gấp 4 lần lúc 38 tuần (OR 4,2, 95% CI: 1,6-11) và hơn gấp 2 lần lúc 39 tuần 2,4, 95% CI: 0,5-12) [8].

Theo đa số các chuyên gia, tỉ lệ các biến chứng hô hấp của sinh đường âm đạo thấp hơn so với MLT chủ động là do catecholamines được tiết ra trong quá trình sinh sẽ kích thích tái hấp thu và ức chế tiết ra dịch phổi thai nhi, đồng thời quá trình chuyển dạ sinh cũng làm tăng tiết ta surfactant [9].

3. Các biến chứng khi MLT chủ động trên thai đủ tháng sớm:

Có sự gia tăng tỉ lệ tử vong sơ sinh và trẻ cho con bú khi sinh giai đoạn đủ tháng sớm so với sinh đủ

tháng hoàn toàn. Khi so sánh với sinh lúc 39 tuần, nguy cơ bị các biến chứng sơ sinh lúc 37 tuần tăng gấp 2,3 lần (OR 2,3, 95% CI, 2,1–2,6), lúc 38 tuần gấp 1,4 lần (OR 1,4, 95% CI, 1,3–1,5). Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nhũ nhi cũng có dấu hiệu tăng cao hơn ở trẻ sinh lúc 37 tuần và 38 tuần so với sinh lúc 39 tuần.

Trong những nghiên cứu gần đây thấy rằng, nguy cơ suy hô hấp khi thai đủ tháng sẽ giảm theo tuổi thai. Hensen và cộng sự báo cáo, tỷ lệ các biến chứng hô hấp (TTN, RDS hoặc PPH) khi MLT chủ động lúc 37 tuần là 10% so với chỉ là 2,8% khi sinh đường âm đạo (OR 3,7, 95% CI 2,2 – 6,1). Khi 40 tuần, tỷ lệ các biến chứng hô hấp khi MLT chủ động xuống còn 1,5%, không có sự khác biệt khi sinh đường âm đạo. Một điều cần lưu ý là, bệnh lý suy hô hấp nặng vẫn xảy ra trên MLT chủ động khi thai đủ tháng. Trong nghiên cứu của Hansen, 1,9% trẻ MLT chủ động lúc 37 tuần bị biến chứng hô hấp nặng (được định nghĩa như: cần phải điều trị bằng oxy liên tục ≥ 3 ngày hoặc thông khí áp lực dương qua mũi hoặc phải thông khí cơ học một thời gian) [2].

Trong 1 nghiên cứu hồi cứu rất lớn, với 233.844 thai nhi được sinh tại 12 trung tâm tại Mỹ cho thấy: tất cả các thai nhi được sinh lúc 37 tuần khi so với sinh lúc 39 tuần (bất kể chỉ định) đều có tỷ lệ bị suy hô hấp cao hơn (OR 2,8; 95% CI, 2,0–3,9), tương tự là tỷ lệ sử dụng cần hỗ trợ thông khí (OR 2,8; 95% CI, 2,3–3,4). Thêm vào đó, tỷ lệ bị các biến chứng: ARDS, TTN, viêm phổi và sử dụng Surfactant ở trẻ sinh lúc 37 tuần cũng cao hơn khi so với sinh lúc 39 tuần [10][11].

4. Mổ lấy thai lập lại lúc thai đủ tháng khi nào ?

Trong 1 báo cáo của nghiên cứu với 23.794 trường hợp MLT lập lại, trong đó có 14.993 MLT chủ động trước khi có chuyển dạ và không có những chỉ định y khoa hoặc sản khoa, kết quả cho thấy MLT chủ động lúc 37 tuần làm gia tăng nguy cơ những biến chứng trên mẹ (tăng tỷ lệ truyền máu và viêm phổi) so với tiếp tục theo dõi thai kỳ đến 39 tuần (OR 1,56, 95% CI 1,06–2,31). Trong khi đó MLT chủ động lúc 39 tuần sẽ tốt hơn cho mẹ do tỷ lệ cắt tử cung khi MLT sẽ ít hơn khi so với tiếp tục theo dõi thai kỳ (OR 0,51, 95% CI 0,36–0,72) [12].

MLT chủ động lập lại lúc thai 37 tuần và 38 tuần có dấu hiệu làm gia tăng các biến chứng trên trẻ sơ sinh (RDS, TTN, phải thông khí cơ học và tăng thời gian nằm tại NICU) so với tiếp tục theo dõi thai kỳ (lúc 37 tuần OR 2,02, 95% CI 1,73 – 2,36; lúc 38 tuần OR 1,39, 95% CI 1,24 – 1,56). Ngược lại, việc MLT lúc 39 – 40

tuần thường sẽ tốt hơn cho trẻ sơ sinh khi so với tiếp tục kéo dài thai kỳ (lúc 39 tuần OR 0,79, 95% CI 0,68 – 0,92; lúc 40 tuần OR 0,57, 95% CI 0,43 – 0,75)[12].

Trong 1 nghiên cứu rất lớn với 24.077 bệnh nhân được MLT lập lại lúc đủ tháng tại 19 trung tâm của Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network từ năm 1999–2002. Có 13.258 trường hợp được MLT chủ động, trong số này 35,8% được thực hiện trước 39 tuần (6,3% lúc 37 tuần, 29,5% lúc 38 tuần) và 49,1% thực hiện lúc 39 tuần. Khi so với MLT chủ động lúc 39 tuần, MLT lúc 37 và 38 tuần có tỷ lệ bị các biến chứng nguyên phát nhiều hơn, gấp 2 lần khi MLT lúc 37 tuần (OR 2,1 95% CI, 1,7–2,5) và gấp 1,5 lần khi MLT lúc 38 tuần (OR 1,5 95% CI, 1,3–1,7, $P < 0,001$). Tỷ lệ các biến chứng hô hấp, thông khí cơ học, nhiễm trùng nhiễm độc, hạ đường huyết, thời gian nằm tại NICU và nằm viện > 5 ngày có dấu hiệu tăng cao gấp 1,8–4,2 lần khi MLT lúc 37 tuần và 1,3–2,1 lần khi MLT lúc 38 tuần so với MLT lúc 39 tuần. MLT muộn sau 40 tuần cũng cho thấy làm gia tăng các biến chứng sơ sinh. Điều này cũng phù hợp với những chứng cứ y học khi mà nguy cơ thai chết lưu sẽ gấp đôi lúc 41 tuần và gấp 5 khi ≥ 42 tuần so với lúc 39 tuần. Nguy cơ các biến chứng sơ sinh cũng gia tăng nếu trì hoãn thời gian MLT chủ động sau 39–40 tuần [5].

Dựa vào những chứng cứ y học trên, hiện nay các tổ chức và các chuyên gia sản phụ khoa, nhi khoa đều thống nhất chỉ định MLT chủ động lập lại khi thai từ 39–40 tuần.

5. Sử dụng Corticosteroids trước khi mổ lấy thai chủ động khi thai đủ tháng sớm

Sử dụng corticosteroids trước khi MLT chủ động (37 tuần - 38 tuần 6 ngày) cho thấy làm giảm tỷ lệ trẻ sơ sinh cần phải nhập khoa hồi sức khi so sánh với nhóm chứng. Một nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên đa trung tâm (Antenatal Steroids for Term Elective Caesarean Section: ASTECS trial) cho thấy: tần suất nhập NICU do suy hô hấp là 0,051 ở nhóm chứng so với 0,024 ở nhóm điều trị corticosteroids (RR 0,46, 95% CI 0,23 - 0,93). Tỷ lệ nhập NICU khi sinh lúc 37 tuần là 11,4% ở nhóm chứng so với 5,2% ở nhóm điều trị, tương tự lúc 38 tuần là 6,2% ở nhóm chứng so với 2,8% ở nhóm điều trị và lúc 39 tuần là 1,5% ở nhóm chứng so với 0,6% ở nhóm điều trị. Tần suất TTN là 0,04 ở nhóm chứng so với 0,021 ở nhóm điều trị (RR 0,54, 0,26 - 1,12). Tần suất Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS - Acute respiratory distress syndrome) là 0,011 ở nhóm chứng so với 0,002 ở nhóm điều trị (RR

0,21, 0,03 - 1,32). Nguy cơ biến chứng hô hấp giảm đi 50% khi tuổi thai đạt 39 tuần [13][14].

Cũng trong nghiên cứu trên, việc sử dụng corticosteroids trước sinh không làm tăng các tác dụng phụ cho trẻ về sau, như: thói quen, hành vi,

Bảng 1. Lý do nhập viện hồi sức cấp cứu sơ sinh theo nhóm (ASTECS trial, BMJ, doi:10.1136/bmj.38547.416493.06, 8/2005)

Lý do nhập viện	Nhóm Betamethasone	Nhóm chứng
Suy hô hấp theo độ nặng		
Nhe	4	9
Trung bình	6	10
Nặng	1	5
Suy hô hấp theo loại bệnh		
Cơn thở nhanh thoáng qua	10	19
Suy hô hấp cấp	1	5
Tổng số trẻ nhập viện	26	32
Do suy hô hấp	11	24
Nguyên nhân khác (không do suy hô hấp)	15	8

cách cư xử, khả năng học tập ngoại ngữ, khoa học... thậm chí cũng không làm thay đổi tỉ lệ trẻ bị khô khè (30% so với 30%), hen phế quản (24% so với 21%), eczema (34% so với 37%), dị ứng [13][14].

Dù sử dụng corticosteroids có làm giảm các biến chứng khi MLT chủ động lúc thai đủ tháng sớm. Tuy nhiên, tốt nhất chỉ nên thực hiện MLT khi tuổi thai \geq 39 tuần hơn là sử dụng corticosteroids để rồi MLT sớm.

6. Kết luận

- Mổ lấy thai chủ động làm gia tăng tỉ lệ các biến chứng so với sinh đường âm đạo lúc thai đủ tháng.

- Mổ lấy thai chủ động khi chưa có chuyển dạ chỉ nên thực hiện khi thai đạt từ 39-40 tuần.

- Sử dụng corticosteroids trước mổ lấy thai chủ động khi thai đủ tháng sớm làm giảm các biến chứng hô hấp ở trẻ sơ sinh.

Tài liệu tham khảo

1. Y. Niino. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. *Biosci. Trends*, vol. 5, no. 11, pp. 139–150, 2011.
2. C. Signore. Neonatal Morbidity and Mortality After Elective Cesarean Delivery. *Clin Perinatol*, vol. 35, no. 2, p. 361–vi., 2008.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Cesarean delivery on maternal request. Committee Opinion No. 559. *Obstet. Gynecol.*, vol. 121, no. 559, pp. 904–907, 2013.
4. Catherine Y. Spong. Defining 'Term' Pregnancy. *Jama*, vol. 309, p. 2445, 2013.
5. Alan T.N. Tita, Mark B. Landon. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and maternal perioperative outcomes. *Obstet. Gynecol*, vol. 117, pp. 280–286, 2011.
6. M. F. MacDorman, E. Declercq, F. Menacker, and M. H. Malloy. Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with 'no indicated risk,' United States, 1998-2001 birth cohorts. *Birth*, vol. 33, no. September 2006, pp. 175–182, 2006.
7. V. Zanardo, A. K. Simbi, M. Franzoi, G. Solda, A. Salvadori, and D. Trevisanuto. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective cesarean delivery. *Acta Paediatr*, vol. 93, pp. 643–647, 2004.

8. A. K. Hansen, K. Wisborg, N. Ulbjerg, and T. B. Henriksen. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ*, vol. 336, pp. 85–87, 2008.

9. Anemone van DenElburg. Neonatal respiratory morbidity following elective caesarean section in term infants. A 5-year retrospective study and a review of the literature. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, vol. 98, pp. 9–13, 2001.

10. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Nonmedically Indicated Early-Term Deliveries. *Obstet. Gynecol*, vol. 121, no. 4, pp. 911–915, 2013.

11. J. U. Hibbard. Respiratory morbidity in late preterm births. *JAMA*, vol. 304, no. 4, pp. 419–425, 2010.

12. Giuseppe CHIOSSI, Yinglei LAI. Timing of Delivery and Adverse Outcomes in Term Singleton Repeat Cesarean Deliveries. *Obs. Gynecol*, p. 121(3): 561–569, 2013.

13. P. Stutchfield, R. Whitaker, and I. Russell. Antenatal betamethasone and incidence of neonatal respiratory distress after elective caesarean section: pragmatic randomised trial. *BMJ*, vol. 331, no. August, p. 662, 2005.

14. P.R. Stutchfield, R. Whitaker. Behavioural, educational and respiratory outcomes of antenatal betamethasone for term caesarean section (ASTECS trial). *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed*, vol. 98, pp. F195–200, 2013.