

LỢI ÍCH VÀ NGUY CƠ CỦA MỔ LẤY THAI

Vũ Thị Nhung*

Những nghiên cứu gần đây trên thế giới liên quan đến mổ lấy thai (MLT) đã khẳng định một lần nữa sự đúng đắn của khuyến cáo về tỉ lệ MLT của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 1985 là tốt nhất chỉ nên từ 5 – 10%. Khi tỉ lệ này vượt trên 15% thì tai biến sẽ xảy ra nhiều hơn cho mẹ và con.¹ Theo thống kê của WHO: tỉ lệ MLT tăng từ 5-7% trong những năm 70 lên 25-30% vào năm 2003.¹ Ở Hoa Kỳ hiện nay cứ 3 người sanh thì có 1 người phải mổ sanh. Mặc dù MLT có thể cứu được tính mạng của mẹ và thai nhi trong một số tình huống cấp cứu nhưng trong khi có sự gia tăng tỉ lệ MLT mà không có bằng cứ cho thấy có sự giảm bệnh suất và tử suất cho mẹ và trẻ sơ sinh. Trong khi đó lại có sự tăng tỉ lệ của những biến chứng liên quan đến MLT. Vì vậy, nhân viên y tế đặc biệt là bác sĩ phải hiểu rõ về những biến chứng gần và xa của MLT để phòng ngừa sự lạm dụng MLT nhất là trên sản phụ sanh con so.

Tình hình MLT trên thế giới và tại Việt Nam

Trong khoảng 3 thập kỷ gần đây, số trường hợp sanh mổ tiếp tục tăng cao trên thế giới:

- Mỹ: tỉ lệ MLT là 21% năm 1996. Năm 2011 tỉ lệ này là 32,8%.²
- Ở các nước Âu Châu: tỉ lệ MLT hiện nay là 30%.³
- Năm 2001: Ở Anh tỉ lệ MLT là 21,4% - tăng gấp 5 lần so với năm 1971.³
- Ở các nước Châu Mỹ La Tinh: khảo sát ở 8 quốc gia cho thấy tỉ lệ MLT >30% như ở Paraguay là 42%, Ecuador là 40%.³
- Trung Quốc: Năm 1966 tỉ lệ MLT là 2,4% đến 2010 tỉ lệ này là 46%.³ Một nghiên cứu ở 9 quốc gia châu Á cho thấy MLT đã đạt đến mức độ "dịch" với tình trạng MLT không cần thiết tăng cao, trong đó, Trung Quốc có 25% các trường hợp MLT không vì lý do y khoa.
- Ở Brazil: Bệnh viện công có tỉ lệ MLT là 35% - BV tư là 70%.³
- Ở Na Uy: tỉ lệ MLT là 1,8% (1967) tăng lên 16,4% (2006).⁴

Việt Nam: Tại BV Phụ Sản Trung ương, MLT vào những năm 60 là 9%, đến năm 2005 con số này tăng lên gần 40%.⁵

Trong cuộc khảo sát thực hiện vào năm 2007 - 2008 ở 122 bệnh viện công và tư nhân, chọn ngẫu nhiên tại các nước Campuchia, Trung Quốc, Ấn Độ, Nhật Bản, Nepal, Philippines, Srilanca, Thái Lan và Việt Nam thì đứng đầu tỉ lệ MLT là Trung Quốc với tỉ lệ 46%, kế đến là Việt Nam (36%), Thái Lan (34%), Ấn Độ (18%), thấp nhất là Campuchia (15%).⁵

Nguyên nhân tăng tỉ lệ MLT

Nguyên nhân tăng tỉ lệ MLT có thể là do:⁶

Về phía người bệnh:

- Số người sanh con so tăng làm tăng nguy cơ sanh khó.
- Mẹ lớn tuổi mới mang thai.
- Máy theo dõi tim thai giúp phát hiện sớm những trường hợp suy thai và vì vậy phải MLT để cứu thai nhi.
- Nhiều can thiệp sớm vào quá trình chuyển dạ dễ dẫn đến phải MLT: tăng cơ khi cô tử cung không thuận lợi.
- Ngôi thai bất thường đặc biệt là ngôi mông: MLT tăng từ 30% lên 86% (1976-1996)
- Song thai: MLT tăng từ 13% lên 47% (1976-1996).
- MLT thay cho thủ thuật kéo kèm cao và trung bình.
- MLT trong trường hợp có vết mổ lấy thai cũ. Khi đã có MLT cũ thì người ta có khuynh hướng mổ lấy thai lặp lại trong những lần mang thai kế tiếp (90%).
- Càng ngày càng có nhiều người muốn MLT mà không có lý do y khoa nào⁷ như sợ đau đẻ, muốn giữ sự rần chắc của tầng sinh môn như khi chưa sanh, sanh theo lá số tử vi. Vấn đề quan trọng là sản phụ và thân nhân chưa hiểu rõ về lợi và hại của MLT, trong tư tưởng họ luôn nghĩ rằng MLT là an toàn nhất cho mẹ và con.

Về phía bác sĩ:

- Chi phí trả công cho bác sĩ MLT cao hơn đỡ sanh thường.

PGS TS Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

- MLT không mất nhiều thời gian như khi theo dõi đẻ sanh thường (20-30 phút thay vì 12 giờ).
- 82% bác sĩ mổ sanh vì sợ bị kiện thưa không theo dõi đẻ xảy ra tai biến. Do đó, ca mổ thường thực hiện vào ban ngày và trong những ngày làm việc.
- Mổ theo yêu cầu ở các bệnh viện tư và tâm lý bác sĩ cũng thích mổ vì đỡ mất thời giờ theo dõi cuộc chuyển dạ dài mà lại thu viện phí nhiều hơn.

So sánh lợi ích và nguy cơ giữa MLT và sanh ngã âm đạo

Sanh đẻ tuy là một tiến trình sinh lý bình thường nhưng vẫn tiềm ẩn những nguy cơ cho mẹ và thai nhi dù là sanh thường hay sanh mổ. Viện Sức khỏe Quốc gia Hoa Kỳ dựa trên y học chứng cứ để đưa ra bảng so sánh lợi ích và nguy cơ của MLT so với sanh thường sau đây và họ cho rằng ngoại trừ một số trường hợp chắc chắn phải MLT như nhau tiền đạo trung tâm, nhau bong non thể nặng, còn các trường hợp thai kỳ nguy cơ thấp thì MLT có thể làm tăng bệnh suất và tử suất cho mẹ nhiều hơn so với sanh thường

Bảng 1: So sánh lợi ích và nguy cơ giữa MLT và sanh ngã âm đạo

	Biến chứng	Nguy cơ
Mẹ	Sanh ngã âm đạo	Sanh mổ
Tỉ lệ tử vong mẹ⁸	3,6:100.000	13,3:100.000
Thuyên tắc ối⁹	3,3–7,7:100.000	15,8:100.000
Rách tầng sinh môn độ 3,4¹⁰	1,0–3,0%	0
Bất thường nhau bám¹¹	Tăng cao trong sanh mổ hơn sanh thường, nguy cơ càng tăng theo số lần MLT của các lần sanh sau	
Tiểu không kiểm soát¹²	Không có sự khác biệt giữa sanh ngã âm đạo và sanh mổ	
Trầm cảm sau sanh¹⁰	Không có sự khác biệt giữa sanh ngã âm đạo và sanh mổ	
Trẻ sơ sinh	Sanh ngã âm đạo	Sanh mổ
Dao cắt vào da¹³	0	1,0–2,0%
Suy hô hấp cấp¹³	< 1,0%	1,0–4,0% (mổ chủ động)
Kết vai	1,0–2,0%	0%

Người ta thường lầm tưởng MLT là an toàn tuyệt đối. Thực tế cho thấy tỉ lệ tử vong mẹ và tử

vong chu sinh ở các trường hợp MLT cao hơn so với các trường hợp sanh thường. Tỉ lệ tử vong mẹ trong MLT tăng gấp 4 lần so với sanh thường, ngay cả mổ chủ động tỉ lệ tử vong mẹ tăng 2,84 lần.¹⁴ Nguyên nhân của những nguy cơ trong MLT là do tai biến gây tê mê, do chảy máu, nhiễm trùng, tổn thương đường tiết niệu, do thuyên tắc mạch. Ngoài ra, sẹo mổ trên tử cung có thể bị nứt trong những thai kỳ sau, nếu không xử trí kịp thời thì có thể dẫn đến tử vong cả mẹ lẫn con – nhất là nếu thời gian giữa hai lần mang thai quá gần (vết mổ mới). Tai biến xa còn phải kể đến bệnh lạc nội mạc tử cung, dính ruột, tắc ruột, nhau tiền đạo (tăng nguy cơ 1,7 lần),¹⁵ nhau cài răng lược (xảy ra trong 10% trường hợp nhau tiền đạo),¹⁶ nhau bong non (tăng nguy cơ 30%),¹⁷ thai ngoài tử cung (TNTC),¹⁸ đặc biệt thai đóng ở eo tử cung ngay vết mổ ngang cũ, MLT ít nhất một lần có thể bị TNTC ở sẹo mổ lấy thai từ 4,1-6,2%.¹⁹ Khả năng có thể có thai lần sau của người đã mổ một lần là 66,9% so với người sanh thường là 73,9%.³ Tỉ lệ phải sanh giúp trong lần sanh sau là 71,6%.²⁰

Còn một vấn đề cũng không kém phần quan trọng là so với trường hợp sanh thường, thời gian nằm viện của sản phụ MLT sẽ dài hơn, tốn kém nhiều hơn, đau đớn hơn, sự chăm sóc và cho con bú cũng bị ảnh hưởng.

Vì vậy, cần phải cân nhắc kỹ lưỡng khi chỉ định MLT để tạo sự an toàn tối đa cho mẹ và con. MLT theo đúng chỉ định sẽ giúp giảm tỉ lệ tai biến cho thai nhi. Tuy nhiên, MLT cũng là nguyên nhân của những tai biến khác đối với trẻ như:

- Dao mổ phạm vào thai nhi (1-2%).¹³
- Tăng số trẻ sanh non do muốn mổ sanh theo ngày mà ngay cả siêu âm cũng có thể chẩn đoán sai tuổi thai khi quyết định ngày giờ mổ sanh chủ động.²¹
- Hội chứng suy hô hấp cấp (RDS) ở trẻ sơ sinh xảy ra đối với trẻ sanh sớm và ngay cả trẻ đủ trưởng thành.²⁰ Nguy cơ RDS trong MLT chủ động không qua chuyển dạ cao 2,6 lần, có chuyển dạ rồi mới MLT thì nguy cơ RDS tăng 1,9 lần.²² Điều cần chú ý là RDS và sanh non là nguyên nhân chính của tử vong thai nhi. Một vấn đề cũng khá quan trọng mới được phát hiện gần đây: trẻ sanh mổ suy giảm khả năng miễn dịch hơn trẻ sanh thường, nguyên nhân là khi sanh mổ, trẻ

giảm tiếp xúc với vi khuẩn trong những ngày đầu tiên sau sinh vì điều kiện vệ sinh vô trùng chặt chẽ khi mổ (sử dụng các dung dịch kháng khuẩn, điều trị kháng sinh), trẻ không có nhiều cơ hội để tiếp xúc với vi khuẩn trên cơ thể mẹ và vi khuẩn trẻ bị nhiễm chủ yếu là từ môi trường bệnh viện (khi bé nằm trong bệnh viện). Các vi khuẩn này thường là những chủng kháng thuốc rất cao. Trong khi đó, nếu sinh thường thì trẻ có nhiều cơ hội tiếp xúc với vi khuẩn cơ thể người mẹ khi đi qua đường âm đạo (vi khuẩn có sẵn trong âm đạo, phân) và môi trường xung quanh.²³

Trước khi ra đời, đường tiêu hóa của trẻ vô khuẩn. Đối với trẻ sinh thường, chỉ vài giờ sau khi sanh, loại vi khuẩn mà trẻ tiếp xúc khi đi qua âm đạo thường gặp là bifidobacteria đã đến bám vào thành bộ máy tiêu hóa của trẻ sơ sinh tạo nên một hàng rào bảo vệ không để những vi khuẩn gây bệnh đến sau có thể bám vào những chỗ này. Sự có mặt của các vi khuẩn “thân thiện” này giúp thành lập hệ thống miễn dịch tạo sự đề kháng tốt cho trẻ và rất cần thiết cho sự phát triển cũng như điều hòa hệ thống miễn dịch của trẻ. Đối với trẻ sinh mổ thì phải mất một thời gian 6 tháng mới có được hệ vi khuẩn đường ruột giống như trẻ sinh thường. Sự chậm trễ này khiến trẻ dễ mắc một số bệnh như tiêu chảy, dị ứng (trong đó có hen suyễn).²⁴

Tóm lại, vì sức khỏe của bà mẹ và thai nhi, thái độ tốt nhất của người thầy thuốc và của cả sản phụ là phải quan niệm rằng không nên lạm dụng MLT. Chỉ nên sử dụng nó khi cuộc sanh ngã âm đạo có nguy cơ ảnh hưởng đến mẹ hoặc con hoặc cả hai. Mọi người cũng cần nhớ rằng MLT không phải là một phẫu thuật tuyệt đối an toàn mà nó vẫn có thể gây những hậu quả nghiêm trọng cho mẹ và con. Chỉ định đúng và hợp lý, kỹ thuật tốt thì sẽ hạn chế tối đa những hậu quả này, nhờ vậy sẽ giúp làm giảm tỉ lệ MLT. Theo FIGO 1999: MLT không vì lý do y khoa là vi phạm y đức.²⁵

Tài liệu tham khảo

1. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; ii; 436-7

2. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: preliminary data for 2010. Natl Vital Stat Rep 2011;60(2):1-25
3. www.nestlenutrition-institute.org: Cesarean delivery versus vaginal delivery: its impact on gut microbiota, neonatal immunity and disease risk
4. Anne Kjersti Daltveit: Cesarean delivery and subsequent pregnancies
5. The Lancet (2010) “Unnecessary surgeries which are jeopardizing women's health”
6. SN Mukherjee Rising cesarean section rate . J Obstet Gynecol India Vol. 56, No 4; July/August 2006 Pg 298-300.
7. Declercq E, Menacker F, MacDorman M. Rise in “no indicated risk” primary caesareans in the United States, 1991-2001: cross sectional analysis. BMJ 2005;330:71.
8. Deneux-Tharoux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, Breart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. Obstet Gynecol 2006;108:541-8.
9. Abenham HA, Azoulay L, Kramer MS, Leduc L. Incidence and risk factors of amniotic fluid embolisms: a population-based study on 3 million births in the United States. Am J Obstet Gynecol 2008;199:49.e1-49.e8.
10. Hofmeyr GJ, Barrett JF, Crowther CA. Planned caesarean section for women with a twin pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD006553. DOI: 10.1002/14651858.CD006553.pub2.
11. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, và cs. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Obstet Gynecol 2006;107:1226-32.
12. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, và cs. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Am J Obstet Gynecol 2004;191:917-27.
13. Gregory KD, Jackson S, Korst L, Fridman M. Cesarean versus vaginal delivery: whose risks? Whose benefits? Am J Perinatol 2012;29:7-18.
14. Harper MA . Pregnancy related death and health care services. Am. J. Obstet Gynecol 2003;102: 273-8.
15. Gilliam M The likelihood of placenta previa with greater number of cesarean deliveries and higher parity . Obstet Gynecol 2002; 99:976-80
16. Miller D A, Clinical risk factors for placenta previa accreta Am. J. Obstet Gynecol 1997; 177: 210-4.
17. Lydon-Rochelle M . First birth cesarean and placental abruption or previa at second birth Obstet Gynecol 2001; 97 ; 765-9
18. Maymon R. Ectopic pregnancies in cesarean section scars: the 8 year experience of one medical center . Human Reprod 2004; 19:278-84
19. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL. Cesarean scar pregnancy: issues in management. Ultrasound Obstet Gynecol 2004; 23:247-253
20. Renate M.E.Hager (2003): Complications of cesarean deliveries: Rates and risk factors
21. Smith JF. Fetal laceration injury at cesarean delivery. Obstet Gynecol 1997; 90 344-5
22. Kim A. Gerten Cesarean delivery and respiratory distress syndrome: Does labor make a difference? Am. J. Obstet Gynecol (2005) 193, 1061-4
23. Glacomo Biasucci (2008) Cesarean delivery may affect the early biodiversity of intestinal bacteria American Society for Nutrition.
24. B.Laubereau, B.Filipiak-Pittroff và cs (2004) Caesarean section and gastrointestinal symptoms, atopic dermatitis, and sensitization during the first year of life. Arch Dis Child 2004; 89:993-997 . doi:10.1126/adc.203.043265
25. FIGO Committee. Int J Obstet Gynecol 1999;64; 217-21