

Báo cáo hàng loạt ca: 74 trường hợp điều trị dự phòng sinh non bằng Vòng nâng cổ tử cung

Lê Văn Hiền*; Nguyễn Thị Thanh Tâm**

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Sinh non là nguyên nhân chủ yếu của bệnh suất và tử suất sơ sinh, vì vậy giảm tỷ lệ sinh non là mục tiêu quan trọng của ngành sản khoa. Một trong những nguyên nhân gây sinh non thường gặp là hở eo tử cung. Gần đây, bên cạnh thủ thuật khâu eo tử cung để giữ thai, một phương pháp đang được sử dụng và đem lại hiệu quả tốt là dùng vòng nâng cổ tử cung.

Phương pháp: Một nghiên cứu báo cáo loạt ca được tiến hành nhằm điều trị dự phòng sinh non những trường hợp cổ tử cung ngắn bằng vòng nâng cổ tử cung trên 74 trường hợp thai phụ tuổi thai từ 11 đến 33 tuần trong thời gian từ tháng 9/2014 đến tháng 12/2015.

Kết quả: Tỷ lệ thành công kéo dài thai kỳ đến 34 tuần là 81,1%, đến 36 tuần là 68,9%.

Kết luận: Vòng nâng cổ tử cung có hiệu quả, an toàn và có thể là một phương pháp thay thế khâu cổ tử cung trong điều trị dự phòng sinh non ở những bệnh nhân có nguy cơ cao qua tầm soát bằng siêu âm đo chiều dài kinh cổ tử cung ở tam cá nguyệt thứ 2.

Series report on the use of cervical pessary for preventing premature labor among 74 cases

Introduction: Preterm birth (PTB) is the most common cause of perinatal morbidity and mortality; therefore, reduction of preterm birth is a major goal in obstetric care. Recently, an alternative for a cerclage is a cervical pessary to prevent preterm birth.

Methods: A cases report study carried on prospectively from Sept 2014 to December 2015 at Mekong hospital. 74 pregnant women at 11-33 weeks' gestation were recruited. They were diagnosed having cervical insufficiency by vaginal ultrasound and were treated with cervical pessary.

Result: The efficacy of treating with the pessary is 81.1% cases delivery at 34 weeks' gestation and 68.9% cases delivery at the age of 36 weeks.

Conclusion: The cervical pessary seems an affordable, safe, and reliable alternative for prevention of PTB in a population of appropriately selected at-risk pregnant women who have been screened for cervical length assessment at the midtrimester scan.

Đặt vấn đề

Sinh non là một nguyên nhân của trên 50% các trường hợp tử vong của trẻ sơ sinh. Hở eo tử cung và đẻ thai là những nguyên nhân gây sinh non thường gặp. Năm 2007 Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật Hoa Kỳ đã báo cáo tỷ lệ sinh non là 12,7% (sinh trước 37 tuần).^{12,13} Vì vậy việc phòng ngừa sinh non là một vấn đề lớn cần được quan tâm trong sản khoa hiện đại cũng như của toàn xã hội. Nhiều kỹ thuật khâu cổ tử cung đã được áp dụng để giữ thai đến khi

đủ trưởng thành trong trường hợp hở eo tử cung như Shirodkar và McDonald. Mặc dù kỹ thuật khâu cổ tử cung là thủ thuật khá đơn giản nhưng nó cũng là một phương pháp xâm lấn, cần phải gây tê, gây mê, gây chảy máu, nhiễm trùng, rỉ ối, sinh non,... Ngoài ra còn có nhiều tranh cãi về hiệu quả của khâu cổ tử cung trong điều trị hở eo tử cung. Vì thế tìm kiếm một phương pháp ít xâm lấn và hiệu quả hơn khâu cổ tử cung là một tất yếu.

Báo cáo đầu tiên về việc sử dụng vòng nâng cổ tử cung (vòng Bakelite) để giữ thai trong trường hợp hở eo tử cung được đăng tải trên tạp chí Lancet 1959 bởi Cross. Trong báo cáo này có 13 bệnh nhân

* Bệnh viện Quốc tế Hạnh Phúc

Email: drlvh76@yahoo.com ĐT: 0908418599

** BV Từ Dũ

được mô tả, 8 bệnh nhân giữ được đến thai đủ tháng, 1 bệnh nhân sảy thai tiếp diễn, 1 bệnh nhân phải chuyển sang khâu cỗ tử cung, và 3 bệnh nhân vẫn giữ được thai đến thời điểm bài báo này được đăng.⁶

Sử dụng vòng nâng cỗ tử cung để giữ thai đến trưởng thành trong trường hợp hở eo tử cung, cỗ tử cung bất toàn là một thủ thuật ít xâm lấn, đơn giản, không cần gây mê đã được một số trung tâm sản khoa áp dụng. Vòng nâng trong âm đạo có tác dụng chịu lực cơ học và giảm tác động lực trực tiếp từ phần thai và tử cung lên cỗ tử cung do làm đổi hướng cỗ tử cung ra sau. Phương pháp này đã được mô tả cách nay hơn 50 năm và hiện nay vẫn chưa được sử dụng rộng rãi.

Phương pháp tiến hành

Thiết kế nghiên cứu: báo cáo loạt ca tiến cứu.

Đối tượng nghiên cứu: Thai phụ có thai ở tam cá nguyệt thứ hai (≤ 28 tuần), được chẩn đoán nguy cơ sanh non tại Bệnh viện Phụ sản Mekong.

Cỡ mẫu : 74 trường hợp.

Thời gian : từ tháng 9/2014 đến tháng 12/2015.

Tiêu chuẩn nhận bệnh:

- Tiền cản sinh non, sảy thai to, hở eo tử cung, khoét chớp cỗ tử cung
- Cỗ tử cung ngắn ≤ 25 mm qua siêu âm ngả âm đạo ở tam cá nguyệt thứ 2
- Cỗ tử cung ngắn > 25 mm nhưng có chiều dài ngắn dần qua 3 lần siêu âm đo kinh cỗ tử cung ngả âm đạo

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đang ra huyết âm đạo hoặc viêm âm đạo nặng điều trị chưa hết
- Nhau tiền đạo
- Dọa sinh non chưa điều trị ổn: chưa cắt được con gò tử cung.
- Ối phồng trong âm đạo, rỉ ối

Các bước tiến hành kỹ thuật:

Những trường hợp có chỉ định, chúng tôi tư vấn 2 phương pháp điều trị: (1) khâu cỗ tử cung và (2) đặt vòng pessary. Tư vấn ưu và khuyết điểm của từng phương pháp. Nếu người bệnh đồng ý phương pháp thứ

hai thì ký vào bản đồng thuận tham gia nghiên cứu.

- Bước 1: Tư vấn, giải thích phương pháp áp dụng cho thai phụ và người nhà
- Bước 2: BS thăm khám thai, khám âm đạo đánh giá cỗ tử cung và giải phẫu khung chậu để chọn loại và kích thước vòng nâng phù hợp.
- Bước 3: Thoa gel bôi trơn K-Y lên vòng và tiến hành đặt vào âm đạo, kiểm tra vị trí vòng, cho thai phụ ho rặn và ghi nhận có đau cấn, khó chịu gì ở trong âm đạo.
- Bước 4: Thai phụ nhịn tiêu và thử cảm nhận vòng trong âm đạo trong thời gian chờ mắc tiêu.
- Bước 5: BS xác định nước tiểu tồn lưu sau đặt vòng, khám lại vị trí vòng, hỏi thai phụ các dấu hiệu đau cấn trong âm đạo, tiểu khó, tiểu phải rặn, tia nước tiểu yếu hay không.
- Bước 6: Dặn dò thai phụ các dấu hiệu theo dõi vòng nâng trong âm đạo và các dấu hiệu cần đi khám ngay. BS hẹn thai phụ tái khám lần đầu sau đặt vòng 1 tuần, sau đó hẹn chung với lịch khám thai. Hai tuần đầu sau đặt vòng nâng cỗ tử cung chúng tôi cho thai phụ đặt âm đạo utrogestan 200mg, 2 lần mỗi ngày.

Kết quả

Trong thời gian từ tháng 9/2014 đến tháng 12/2015, chúng tôi thực hiện 74 trường hợp đặt vòng nâng pessary trong âm đạo trong đó có 5 ca sinh song thai, 69 ca sinh đơn thai.

Tuổi trung bình: 29 tuổi. Tiền cản sinh non: 25 ca (33,8%).

Tuổi thai đặt vòng trung bình 25 tuần, tuổi thai đặt vòng lớn nhất 33 tuần, nhỏ nhất 11 tuần 6 ngày. Thời gian theo dõi trung bình là 13 tuần, nhỏ nhất 3 ngày, dài nhất là 25 tuần 5 ngày. Đa phần những trường hợp sử dụng vòng pessary trong nghiên cứu là sau 20 tuần, có 1 trường hợp tiên sinh nhanh 2 lần lúc thai 23 và 17 tuần, khi người bệnh đến khám lúc 11 tuần 6 ngày siêu âm chiều dài kinh cỗ tử cung

= 20mm và được chỉ định đặt vòng pessary ngay tại thời điểm này. Thay vòng nâng 4 ca (5,4%) do vòng tuột, cấn trong âm đạo gây khó chịu, ra huyết âm đạo không rõ nguyên nhân. Không có trường hợp nào bị xói mòn âm đạo, tăng tiết dịch âm đạo hoặc viêm âm đạo, tiêu tiểu đau hoặc khó sau đặt vòng. 100% bệnh nhân trong nhóm sinh đơn thai đều an tâm khi mang vòng nâng và muốn giới thiệu lợi ích của vòng.

Kết cục sinh của 74 thai kỳ có đặt vòng nâng trong âm đạo (Bảng 1&2).

Bảng 1: Kết cục thai kỳ của 74 trường hợp đặt vòng pessary

Tuổi thai trung bình lúc sinh	Cân nặng trung bình của bé	Sinh lúc ≥ 34 tuần	Sinh lúc ≥ 36 tuần	Cân nặng trung bình > 2.500g
34 tuần 5 ngày	2.957 gram	60/74 (81,1%)	51/74 (68,9%)	51/74 (68,9%)

Bảng 2: Kết cục cuộc sinh theo nhóm chỉ định

Chỉ định đặt pessary	Tuổi thai trung bình lúc đặt pessary	Tuổi thai trung bình lúc sinh	CN TB của bé lúc sinh	Tổng
CTC ngắn	24,5 tuần	36,5 tuần	2.906 gram	26
Dự phòng	22 tuần	35 tuần	2.239 gram	15
Hở eo TC	26 tuần	34,5 tuần	2.859 gram	33

Bảng 3: So sánh với các nghiên cứu trên thế giới

Tác giả, Năm	Số bệnh nhân (BN)	Trước đặt vòng nâng CTC (không điều trị)		Sau đặt vòng nâng CTC (có điều trị)		Loại vòng nâng
		Số các thai kỳ	Sinh đủ tháng	Số thai kỳ	Sinh đủ tháng	
Cross, 1959 ⁶	13	40	8	13	8	Bakelite
Vitsky, 1963 ¹²	21	83	19	21	14 (3 trường hợp > 34 tuần)	Smith-Hodge
Oster and Javert, 1966 ⁹	29	94	16	35	23	Hodge
Leduc and Wasserstrum, 1992 ⁷	1	1	0	1	0	Smith-Hodge
Arabin et al, 2003 ³	12	6 BN có tiền căn sinh non		12	12	Arabin
Ludmir et al, 2002 ⁸	18	Tất cả BN có tiền căn sinh non		10	3	Arabin
Archarya et al, 2006 ⁴	32	12 BN có tiền căn sinh non		29	16 (> 34 tuần)	Arabin
Lê văn Hiền và Cs (2015)	74	15 BN có tiền căn sinh non	20	74	81,1% sinh ≥ 34 tuần và 68,9% sinh ≥ 36 tuần	Risser và Smith

Hở eo tử cung một nguyên nhân gây sinh non với đặc điểm tái phát nhiều lần, xảy ra ở tam cá nguyệt thứ 2, diễn tiến nhanh, không chảy máu, không đau, thường không kèm theo chảy máu và không kèm cơn co tử cung. Cổ tử cung ngắn trên lâm

Bàn luận

Sinh non là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến bệnh tật và tử vong ở trẻ sơ sinh. Mặc dù có nhiều nỗ lực nhằm giảm sinh non trong nhiều thập kỷ qua nhưng tỷ lệ sinh non vẫn còn khá cao. Một nghiên cứu mang tính bước ngoặt năm 1996, Lams và cs đã chứng minh rằng nguy cơ sinh non tỷ lệ nghịch với chiều dài cổ tử cung qua siêu âm ngả âm đạo ở tuần lễ 24-28.

sàng và siêu âm là những dấu hiệu của hở eo tử cung. Đặc biệt trên những bệnh nhân có tiền căn sảy thai/ sinh non ở tam cá nguyệt thứ 2.^{12,13} Phương pháp điều trị cơ học bằng cách khâu cổ tử cung theo phương pháp Shirodkar và McDonald đã

được áp dụng và tỏ ra có hiệu quả trong việc giữ thai đến trưởng thành. Trong những năm gần đây phương pháp điều trị cơ học bằng vòng nâng cổ tử cung đơn giản, ít xâm lấn và an toàn cũng được áp dụng rộng rãi.¹¹

Hiện nay vòng nâng cổ tử cung có rất nhiều hình dạng và kích cỡ khác nhau, được sử dụng trong trường hợp sa sàn chậu. Vòng nâng cổ tử cung sử dụng như một cơ chế cơ học gần giống như khâu cổ tử cung. Vitsky đã đề xuất việc sử dụng cơ chế cơ học của vòng nâng cổ tử cung trong trường hợp hở eo tử cung.¹⁰

Qua bảng so sánh những bệnh nhân trước và sau khi sử dụng vòng nâng của các tác giả đều nhận thấy hiệu quả của việc sử dụng vòng nâng giúp kéo dài thai kỳ đến ngày sinh tốt hơn. Như tác giả Cross ghi nhận 13 bệnh nhân trước khi sử dụng vòng nâng có đến 40 thai kỳ, nhưng chỉ có 8 thai kỳ sinh đủ tháng; khi sử dụng vòng nâng cổ tử cung thì 8/13 thai kỳ kéo dài đến ngày sinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 81,1% sinh tại thời điểm 34 tuần trở đi, có 1 ca sinh sau đặt vòng Smith 3 ngày.

Một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng, nghiên cứu 385 phụ nữ mang thai từ 18 – 22 tuần có chiều dài cổ tử cung ≤ 25mm. 192 bệnh nhân được sử dụng vòng nâng cổ tử cung và 193 bệnh nhân chỉ theo dõi. Nghiên cứu ghi nhận sử dụng vòng nâng cổ tử cung làm giảm nguy cơ sinh non trước 37 tuần so với theo dõi (22% so với 59%; RR 0,36, 95% CI 0,27 – 0,49). Sinh trước 34 tuần cũng giảm ở nhóm sử dụng vòng nâng cổ tử cung (6% so với 27%, RR 0,24; 95% CI 0,13 – 0,43). Tuổi thai tại thời điểm sinh ở nhóm dùng vòng nâng cổ tử cung là $37,7 \pm 2$ tuần và ở nhóm theo dõi là $34,9 \pm 4$ tuần. Nhóm sử dụng vòng nâng cổ tử cung ít sử dụng thuốc giảm co hơn (RR 0,63; 95% CI 0,50 – 0,81) và ít cần sử dụng corticosteroids kích thích trưởng thành phổi (RR 0,66; 95% CI 0,54 - 0,81) hơn so với nhóm theo dõi. Khí hư âm đạo là triệu

chứng thường gặp ở nhóm sử dụng vòng nâng cổ tử cung (RR 2,18; 95% CI 1,87 - 2,54). Trong nhóm sử dụng vòng nâng cổ tử cung có 27 bệnh nhân đặt lại vị trí vòng nâng, và chỉ có 1 bệnh nhân phải lấy vòng nâng vì khó chịu. 95% bệnh nhân sử dụng vòng nâng sẽ giới thiệu cho bệnh nhân khác về phương pháp này. Tỷ lệ trẻ sơ sinh phải nhập đơn vị chăm sóc đặc biệt ở nhóm sử dụng vòng nâng cổ tử cung cũng giảm so với nhóm theo dõi (RR 0,17; 95% CI 0,07 - 0,42).¹

Một nghiên cứu so sánh hai phương pháp khâu cổ tử cung theo phương pháp MacDonald và sử dụng vòng nâng cổ tử cung ở thai phụ hở eo tử cung tuổi thai từ 22 đến 27 tuần. Phân tích 57 bệnh nhân, 22 bệnh nhân được khâu cổ tử cung và 35 bệnh nhân sử dụng vòng nâng cổ tử cung. Kết quả kéo dài thai kỳ trung bình 13,4 tuần và 12,1 tuần cho khâu cổ tử cung và sử dụng vòng nâng ($p = 0,06$). Không có sự khác biệt về cách sinh, tỷ lệ sinh non, cân nặng trung bình và chỉ số Apgar².

Một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng khác tại đại học Barcelona, Tây Ban Nha, trên những bệnh nhân tuổi thai 18-25 tuần có chiều dài cổ tử cung < 25mm, 190 bệnh nhân được sử dụng vòng nâng cổ tử cung và 190 bệnh nhân được theo dõi. Kết quả cho thấy tỷ lệ sinh trước 34 tuần ở nhóm sử dụng vòng nâng cổ tử cung thấp hơn nhóm theo dõi (6% sv 27%; OR 0,18, 95% CI, 0,08 – 0,37; $P < 0,0001$). Cân nặng của trẻ lúc sinh < 2.500g ở nhóm sử dụng vòng nâng cổ tử cung ít hơn nhóm theo dõi (9% sv 29%; $P = 0,0001$). Tỷ lệ trẻ bị suy hô hấp ở nhóm sử dụng vòng nâng ít hơn (3% sv 12%; $P = 0,003$) và nhiễm trùng sơ sinh cũng ít hơn (2% sv 6%; $P = 0,0317$).⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm hở eo tử cung có đến 25,1% trường hợp sinh non trước 34 tuần và thời điểm chẩn đoán và đặt vòng nâng khá muộn (26 tuần), điều này cho thấy việc cảnh giác và tầm soát hở eo tử cung sớm còn chưa cao,

can thiệp khi tuổi thai khá lớn, tỷ lệ thành công thấp.

Kết luận

Qua nghiên cứu 74 trường hợp sử dụng vòng nâng cổ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản MêKông nhằm dự phòng sảy thai to, sinh non ở thai phụ bị hở eo tử cung hoặc cổ tử cung ngắn khá hiệu quả và an toàn với tỷ lệ thành công kéo dài thai kỳ đến 34 tuần là 81,1%, đến 36 tuần là 68,9%. Báo cáo hàng loạt ca này đã mở ra một hướng nghiên cứu để có thêm chứng cứ lâm sàng và có thể áp dụng rộng rãi để dự phòng sinh non trong trường hợp hở eo tử cung hoặc cổ tử cung ngắn.

Tài liệu tham khảo

1. Abdel-Aleem H, Shaaban OM, Abdel-Aleem MA. Cervical pessary for preventing preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD007873. DOI: 10.1002/14651858.CD007873.pub3.
2. Antczak-Judycka A1, Sawicki W, Spiewankiewicz B, Cendrowski K, Stelmachów J., Comparison of cerclage and cerclage pessary in the treatment of pregnant women with incompetent cervix and threatened preterm delivery, *Ginekol Pol.* 2003 Oct;74(10):1029-36.
3. Arabin B, Halbesma JR, Vork F, et al: Is treatment with vaginal pessaries an option in patients with sonographically detected short cervix? *J Perinat Med* 31:122-133, 2003
4. Archarya G, Eschler B, Gronberg M, et al: Noninvasive cerclage for the management of cervical incompetence: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet* 273:283-287, 2006
5. Barbara Boughton, Cervical Pessary May Prevent Preterm Birth, *Lancet*. Published online April 3, 2012.
6. Cross RG: Treatment of habitual abortion due to cervical incompetence. *Lancet* 2:127, 1959
7. Leduc L, Wasserstrum N: Successful treatment with the Smith-Hodge pessary of cervical incompetence due to defective connective tissue in Ehlers-Danlos syndrome. *Am J Perinatol* 9:25-27, 1992
8. Ludmir J, Mantione JR, Debbs RH, et al: Is pessary a valid treatment for cervical change during the late midtrimester. *J Soc Gynecol Investig* S9:11, 2002
9. Oster S, Javert CT: Treatment of the incompetent cervix with the Hodge pessary. *Obstet Gynecol* 28:206-208, 1966.
10. Sophie M. S. Liem, Mariëlle G. van Pampus, Ben Willem J. Mol, and Dick J. Bekedam, Cervical Pessaries for the Prevention of Preterm Birth: A Systematic Review, Hindawi Publishing Corporation *Obstetrics and Gynecology International Volume* 2013, Article ID 576723, 10 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2013/576723>.
11. Vanita B. Dharan, Jack Ludmir, Alternative Treatment for a Short Cervix: The Cervical Pessary, 0146-0005/09/\$—see front matter © 2009 Elsevier Inc. All rights reserved. doi:10.1053/j.semperi.2009.06.008
12. Vitsky M: The incompetent cervical os and the pessary. *Am J Obstet Gynecol* 87:144-147, 1963.

Người phản hồi: BS Lê Văn Hiền

Email: drlvh76@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12/12/2016

Ngày phản biện: 14/12/2016

Ngày đăng báo: 28/12/2016