

NHẬN XÉT VỀ KẾT QUẢ VÀ THÁI ĐỘ XỬ TRÍ THAI NGHÉN TRONG PHÙ THAI-RAU

Nguyễn Quốc Trường⁽¹⁾, Vũ Bá Quyết⁽²⁾, Trần Danh Cường⁽³⁾

(1) Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng, (2) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, (3) Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Phù thai-rau là bệnh lý cấp tính của thai. Cơ chế bệnh sinh được tìm hiểu tương đối rõ ràng nhưng hiệu quả điều trị chưa cao, hậu quả chu sinh khá nặng nề. **Mục tiêu:** nhận xét kết quả và thái độ xử trí thai nghén trong những trường hợp phù thai-rau. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu 209 hồ sơ của thai phụ được chẩn đoán phù thai rau có theo dõi thai nghén và đẻ hoặc ngừng thai nghén tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Kết quả nghiên cứu:** tuổi thai trung bình kết thúc thai nghén là $27,2 \pm 6,4$ tuần. Đẻ thường 62,2%, mổ lấy thai 12,0%. Tỷ lệ biến chứng tiền sản giật 10,5%. Tỷ lệ can thiệp để lấy rau ở giai đoạn sơ rau là 84,7%, rau bám chặt là 12,2%. Trẻ sống qua giai đoạn sơ sinh (4,3%). **Kết luận:** tuổi thai cần phải kết thúc thai kỳ tương đối muộn, tỷ lệ có biến chứng tiền sản giật và phải can thiệp để lấy rau cao. Tỷ lệ trẻ sống qua giai đoạn sơ sinh rất thấp. **Từ khóa:** phù thai-rau, tiền sản giật, mổ lấy thai, biến chứng.

Abstract

TO COMMENT ON RESULTS MANAGEMENT OF HYDROPS FETALIS

Hydrops fetalis is an acute disease of fetus. Pathogenesis is relatively clear understanding but not high treatment efficiency, perinatal consequences are quite severe. **Objectives:** To comment on results management of hydrops fetalis. **Materials and methods:** 209 women with a retrospective birth or abortion to the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Results:** the duration of gestation was $27,2 \pm 6,4$ weeks. Vaginal delivery (62,2%) and cesarean section (12,0%). 10,5% of women complicated by preeclampsia. Retained placenta (84,7%), accreta placenta (12,2%). Children living through neonatal period (4,3%). **Conclusion:** gestational age ended late pregnancy, maternal complications of preeclampsia and retained placenta were high and the proportion of children living through neonatal period was very low. **Keywords:** hydrops fetalis, complications. preeclampsia, cesarean.

1. Đặt vấn đề

Phù thai-rau là bệnh lý cấp tính của thai có thể xảy ra ở bất kỳ tuổi thai nào. Cơ chế bệnh sinh của bệnh đã được tìm hiểu tương đối rõ ràng nhưng cho đến hiện nay vẫn chưa có một phương pháp điều trị nào phù hợp cho thai để cải thiện tình trạng phù thai cho nên kết quả điều trị chưa mang lại hiệu quả cao, trong khi đó bệnh lại có hậu quả chu sinh rất nặng nề, có nhiều biến chứng cho người mẹ: đa ối, thiếu máu, tiền sản giật, sốt rau, đờ tử cung, chảy máu sau đẻ... Biến chứng đối với thai đó là sự suy giảm sức khỏe thai nhi trong tử cung cho nên khả năng sống sót sau đẻ rất thấp. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đều thấy rằng hậu quả chu sản của thai rất tồi, tỷ lệ sống sót sau đẻ thấp <5%. Nghiên cứu của Ratanasiri T thấy tỷ lệ chết sơ sinh là 98,78%. Do tính nghiêm trọng của bệnh lý phù thai-rau như vậy, đặc biệt ở nước ta su thể ngừng thai nghén theo yêu cầu của thai phụ và gia đình, ngay sau khi có chẩn đoán xác định bằng siêu âm thường được đặt ra cho nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu để tài này nhằm mục tiêu: Nhận xét các kết quả và

thái độ xử trí thai nghén ở phù thai-rau tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1 Đối tượng nghiên cứu.

Tất cả các thai phụ được chẩn đoán là phù thai-rau được theo dõi và quản lý thai nghén sau đó đẻ hoặc ngừng thai nghén tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ ngày 01/07/2011 đến 30/06/2013.

2.2 Phương pháp nghiên cứu.

- Phương pháp mô tả hồi cứu. các hồ sơ thu thập để nghiên cứu phải có đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán là phù thai hoặc phù thai-rau.

-Tiêu chuẩn chẩn đoán phù thai-rau: hình ảnh siêu âm có ít nhất 2 trong 4 dấu hiệu siêu âm chứng tỏ có hiện tượng ứ dịch ở thai: tràn dịch ổ bụng (cổ chướng), tràn dịch màng phổi (một bên hoặc cả hai bên), tràn dịch màng ngoài tim (có kèm theo hoặc không kèm theo giãn tim toàn bộ), phù tổ chức dưới da (bề dày của da thai nhi trên 5mm ở bất kỳ vị trí nào của thai).

-Phù rau khi kích thước bánh rau đo bằng siêu âm đầy trên 50 mm

3. Kết quả nghiên cứu

-Tổng đối tượng nghiên cứu: 209 hồ sơ của các thai phụ có đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

3.1. Tuổi thai kết thúc thai nghén.

Bảng 1. Phân bố tuổi thai kết thúc thai nghén.

Tuổi thai kết thúc thai nghén	Số lượng	Tỷ lệ %
13 - 16 tuần	12	5,8
17 - 21 tuần	33	15,8
≥ 22 tuần	142	78,4
Tổng	209	100

Nhận xét: Tuổi thai trung bình kết thúc thai nghén 27,2+ 6,4 tuần

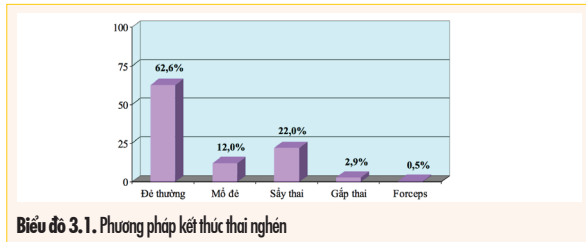
3.2. Lý do kết thúc thai nghén.

Bảng 2. Phân bố các lý do kết thúc thai nghén.

Lý do kết thúc thai nghén	Số lượng	Tỷ lệ %
Đình chỉ thai nghén tự nguyện	159	76,1
Chuyển dạ đẻ tự nhiên	41	19,6
Quyết định đình chỉ thai nghén	9	4,3
Tổng	209	100

Nhận xét: tỷ lệ thai phụ tự nguyện ngừng thai nghén sau khi được tư vấn rất cao 76,1%.

3.3 Phương pháp kết thúc thai nghén.



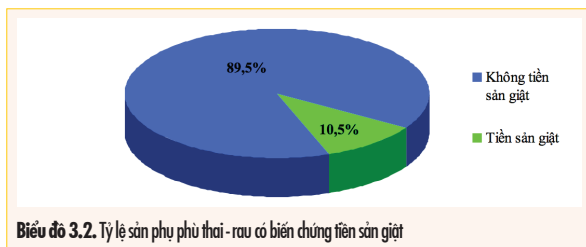
Biểu đồ 3.1. Phương pháp kết thúc thai nghén

Bảng 3. Phân bố các chỉ định mổ lấy thai.

Chỉ định mổ lấy thai	n	Chỉ định mổ lấy thai	n
Mổ cũ + nguyên nhân khác	9	Gây chuyển dạ thất bại	3
TSG + nguyên nhân khác	4	Xin mổ lấy thai	2
Rau tiền đạo trung tâm	3	HCTM có biến chứng	1
Thai to	3		

3.4 Biến chứng của phù thai - rau gây ra cho người mẹ.

-Biến chứng tiền sản giật.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ sản phụ phù thai - rau có biến chứng tiền sản giật

Bảng 4. Liên quan giữa dấu hiệu phù bánh rau với biến chứng tiền sản giật.

Phù bánh rau	Tiền sản giật		OR (95%CI)
	Có	Không	
Có	15	81	2,8 (1,1 - 7,2)
Không	7	106	

Nhận xét: phù bánh rau có liên quan đến biến chứng tiền sản giật nhưng không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Phân bố các biến chứng của sản phụ khi kết thúc thai kỳ.

Phương pháp kết thúc thai nghén	Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Đẻ thường (n = 131)	Sốt rau	111	84,7
	Rau bám chặt	16	12,2
	Chảy máu sau đẻ	13	9,9
	Đờ tử cung	7	5,3
	Nhiễm khuẩn hậu sản	2	1,5
Mổ đẻ (n = 25)	Khâu cầm máu	7	28,0
	Nhiễm khuẩn hậu sản	1	4,0

Nhận xét: Không có biến chứng đối với những trường hợp sảy thai, gắp thai.

3.5 Tình trạng của trẻ sau sinh.

- 209 thai phụ kết thúc thai nghén có 116 (55,5%) trẻ sinh sống.

- 9 trẻ sống trên 28 ngày tương ứng với tỷ lệ 4,3%.

4. Bàn luận

4.1 Tuổi thai kết thúc thai nghén.

Tuổi thai kết thúc thai nghén là một yếu tố quan trọng để quyết định lựa chọn phương pháp kết thúc thai nghén. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ sản phụ kết thúc thai nghén ở tuổi thai 13 - 16 tuần và 17 - 21 tuần (tức là dưới 22 tuần) không nhiều, tương ứng là 5,8% và 15,8% chủ yếu là ở tuổi thai ≥ 22 tuần (78,4%) với tuổi thai trung bình là 27,2 ± 6,4 tuần. Như vậy, tuổi thai kết thúc thai nghén tương đối muộn sẽ làm cho quá trình đình chỉ thai nghén gặp nhiều khó khăn và có nhiều nguy cơ xảy ra các biến chứng cho người mẹ, vì đây coi như một cuộc đẻ, do đặc thù của bệnh lý này là xảy ra ở bất kỳ tuổi thai nào, các dấu hiệu báo trước nghèo nàn, các triệu chứng lâm sàng dường như không có, hoặc nếu có thì là các triệu chứng của các biến chứng như tiền sản giật.

4.2 Lý do kết thúc thai nghén.

Phù thai-rau là một bệnh lý thể hiện tình trạng sức khỏe của thai trong tử cung rất xấu và có thể gây ra những biến chứng cho sản phụ đặc biệt là tiền sản giật vì thế sau khi được tư vấn về tình trạng bệnh thì đa số cặp vợ chồng xin ngừng thai nghén. Nghiên cứu này cho thấy lý do kết thúc thai nghén chủ yếu là đình chỉ thai nghén tự nguyện tương ứng chiếm tỷ lệ 76,1%, ngoài ra có 19,6% thai phụ xuất hiện chuyển dạ đẻ tự nhiên và có 4,3% thai phụ được chỉ định đình

chỉ thai nghén bệnh lý do biến chứng tiền sản giật nặng, tiên lượng thai có khả năng sống sau đình chỉ thai nghén. So sánh với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Đông cho biết tỷ lệ sản phụ có chuyển dạ đẻ tự nhiên là 20,5% [1] và tỷ lệ này trong nghiên cứu của Nghiêm Thị Hồng Thanh là 27,8% [2]. Sự khác biệt này là do một số dị dạng thai được phát hiện ở tuổi thai gần đủ tháng được xử trí bằng chờ chuyển dạ đẻ tự nhiên. Đối với phù thai-rau do bệnh có thể gây biến chứng cho thai phụ cho nên thái độ chờ đợi chuyển dạ đẻ tự nhiên ít được đặt ra.

4.3 Phương pháp kết thúc thai nghén.

Kết quả nghiên cứu của này cho thấy đề thường có tỷ lệ cao nhất 62,6% bao gồm những trường hợp xuất hiện chuyển dạ đẻ tự nhiên hoặc gây chuyển dạ bằng thuốc. Tỷ lệ phải sử dụng phương pháp gấp thai là 2,9% và đẻ bằng forceps 0,5%. Trong các phương pháp kết thúc thai nghén thì mổ đẻ rất ít khi được đặt ra đối với dị dạng thai nói chung và phù thai-rau nói riêng, bởi mổ đẻ ảnh hưởng rất nhiều đến sức khỏe sản phụ, khó khăn ở những lần thai nghén tiếp theo, và trẻ sinh ra có tỷ lệ sống sót thấp. Trong nghiên cứu này mổ đẻ chỉ chiếm tỷ lệ 12,0% do các nguyên nhân như mổ cũ + nguyên nhân khác, tiền sản giật + nguyên nhân khác, rau tiền đạo trung tâm, thai to, gây chuyển dạ thất bại. So sánh với tỷ lệ mổ lấy thai do dị dạng nói chung thì sự khác biệt là không nhiều. Nghiên cứu của Nghiêm Thị Hồng Thanh cho biết tỷ lệ mổ lấy thai do dị dạng thai là 12,8% [2]. Đối với các nghiên cứu nước ngoài cho biết tỷ lệ mổ lấy thai của họ rất cao. Như nghiên cứu của Wanababe N tại Nhật Bản thì tỷ lệ này là 68,3% [3] và nghiên cứu của Ismail K.M.K tại Anh Quốc thấy tỷ lệ này là 100% đối với phù thai - rau do miễn dịch và 53% đối với phù thai - rau không do miễn dịch [4]. Nguyên nhân của mổ lấy thai tăng cao trong các nghiên cứu này là do ở các quốc gia này phù thai-rau được đặt vấn đề và sử dụng một số phương pháp điều trị trước và sau sinh, làm cho tỷ lệ sống sót sau sinh được cải thiện ít nhiều và mổ lấy thai là một lựa chọn phổ biến để giảm sang chấn cho thai khi đẻ đường âm đạo.

4.4 Biến chứng của phù thai-rau gây ra cho người mẹ.

Biến chứng tiền sản giật.

Tiền sản giật là một biến chứng nặng nề của phù thai-rau gây ra cho người mẹ do hậu quả quá sản và thiếu máu ở bánh rau. Biến chứng đã được rất nhiều nghiên cứu quan tâm đến với thông báo tỷ lệ mắc tương đối cao. Ratanasiri T và cộng sự nghiên cứu trên 82 sản phụ phù thai-rau cho biết tỷ lệ sản phụ có biến chứng tiền sản giật là 20,73% và tác giả thấy nguyên

nhân do bệnh alpha-thalassemia có tỷ lệ biến chứng này là 33,33% cao hơn so với do các nguyên nhân khác là 13,46%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [5]. Nghiên cứu của Okai T và cộng sự trên 30 trường hợp phù thai-rau không do miễn dịch thấy biến chứng tiền sản giật cũng phổ biến tương ứng với tỷ lệ 20% [6]. Nghiên cứu của Thumasathit B và cộng sự tỷ lệ này là 33,3% [7]. Trong nghiên cứu này cho biết tỷ lệ sản phụ phù thai-rau có biến chứng tiền sản giật là 10,5% và khi tìm hiểu về sự liên quan giữa dấu hiệu phù bánh rau với biến chứng này thấy rằng thai phụ có biểu hiện phù bánh rau có khả năng bị biến chứng tiền sản giật tăng lên 2,8 lần so với sản phụ không có dấu hiệu này (OR = 2,8; 95%CI: 1,1 - 7,2). Điều này góp phần cảnh báo cho các bác sỹ sản khoa cần phải theo dõi sự xuất hiện biến chứng tiền sản giật trên những sản phụ phù thai-rau khi khám và quản lý thai nghén đặc biệt là khi có dấu hiệu phù bánh rau.

Biến chứng trong quá trình kết thúc thai nghén.

Biến chứng do phù thai-rau gây ra cho sản phụ trong quá trình kết thúc thai nghén tương đối hay gặp phụ thuộc vào từng phương pháp và tuổi thai kết thúc thai nghén.

Trong nghiên cứu này có 131 sản phụ kết thúc thai nghén bằng đẻ thường có biến chứng hay gặp là sót rau ngay sau khi mổ rau cần phải kiểm soát tử cung 84,7%, rau bám chặt 12,2%, chảy máu sau đẻ 9,9% và một số biến chứng ít gặp là đờ tử cung 5,3%, nhiễm khuẩn hậu sản 1,5%. Tỷ lệ sót rau tăng cao có thể do sự xuất hiện của phù bánh rau-các gai rau tích dịch to lên bong không hết những cũng có thể do tuổi thai lúc kết thúc thai nghén chưa đủ tháng, bánh rau còn non làm tăng tỷ lệ sót rau.

Đối với nhóm mổ đẻ thì có 28% trường hợp chảy máu phải khâu cầm máu tại chỗ hay thắt động mạch tử cung. Không có biến chứng xảy ra trên những sản phụ kết thúc thai nghén bằng sẩy thai, gấp thai hoặc forceps.

Nghiên cứu của Hutchison A.A và cộng sự thấy một số biến chứng hay gặp đối với sản phụ phù thai-rau đẻ thường có sót rau 36,4%, chảy máu sau đẻ 39,4% và biến chứng ít gặp hơn là rau bám chặt 6,1%. Trong nhóm mổ đẻ của tác giả có 5 sản phụ thì 3 sản phụ phải truyền máu trong mổ, hoặc ngay sau mổ [8]. Như vậy, tỷ lệ các biến chứng trong nghiên cứu của Hutchison A.A có sự khác biệt với kết quả của nghiên cứu này. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm biểu hiện bệnh khác nhau của hai nhóm đối tượng và tuổi thai trung bình kết thúc thai nghén của tác giả 31 ± 5 tuần khác với tuổi thai trung bình kết thúc thai nghén của chúng tôi $27,2 \pm 6,4$ tuần.

4.5 Tình trạng của trẻ sau sinh.

Tình trạng sức khỏe của trẻ sau sinh đối với bệnh lý phù thai-rau phụ thuộc rất nhiều vào tuổi thai phát hiện (thai có biểu hiện bệnh càng sớm thì tỷ lệ sống sót càng thấp), nguyên nhân gây bệnh (có nguyên nhân có thể điều trị được trước và sau sinh những cũng có nguyên nhân việc điều trị chưa mang lại hiệu quả) và trình độ phát triển của điều trị trước sinh trong sản khoa ở mỗi quốc gia. Nghiên cứu của Santo S thống kê 71 thai bị phù cho kết quả tỷ lệ sống sau sinh trên 1 tháng là 48% [9]. Nghiên cứu của Watanabe N lại thấy tỷ lệ này là 35,6% [3]. Tuy nhiên, tỷ lệ này giảm đi rõ rệt trong nghiên cứu của Swain S (12,5%) [10], Suwanrath-kengpol C (4,2%) [11] và Liao C (1,4%) [12].

Nghiên cứu này trên 209 sản phụ phù thai-rau thấy có 116 trẻ sống tương ứng với tỷ lệ 55,5%. Theo dõi qua giai đoạn sơ sinh thì số trẻ còn sống giảm đi nhất nhiều, chỉ còn 9 trẻ chiếm tỷ lệ 4,3%. Như vậy ở nước ta, phù thai - rau có tỷ lệ sống qua giai đoạn sơ sinh rất thấp.

5. Kết luận

Phù thai-rau có tuổi thai kết thúc thai nghén trung bình là $27,2 \pm 6,4$ tuần, chủ yếu là đình chỉ thai nghén tự nguyện 76,1%, đẻ thường 62,6%. biến chứng tiền sản giật 10,5% trong đó phù bánh rau làm tăng khả năng có biến chứng này lên 2,8 lần. Tỷ lệ sót rau tương đối cao 84,7%. Đặc biệt tỷ lệ trẻ sống qua giai đoạn sơ sinh rất thấp 4,3% có lẽ đây là hậu quả tồi nhất của phù thai rau do bất kỳ nguyên nhân gì.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Văn Đông. Khảo sát tình hình thai dị dạng của các bà mẹ đến đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương trong 3 năm 2001 – 2003. Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2004.
2. NghiêM Thị Hồng Thanh. Nghiên cứu tình hình thai dị dạng và một số yếu tố nguy cơ đối với thai dị dạng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm 1998 – 2002. Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2003.
3. Watanabe N, Hosono T, Chiba Y, Kanagawa T. Outcomes of infants with nonimmune hydrops fetalis born after 22 weeks gestation - our experience between 1982 – 2000. J Med Ultrasound 2002; 10: 80 - 85.
4. Ismail K.M.K et al. Etiology and outcome of hydrops fetalis. The Journal of Maternal-Fetal Medicine. 2001; 10: 175 – 181.
5. Ratanasiri T et al. Incidence, causes and pregnancy outcomes of hydrops fetalis at Srinagarind hospital. 1996 - 2005: a 10 - year review. J Med Assoc Thai. 2009; 92 (5): 594 - 9.
6. Okai T, Baba K, Kohzuma S, Mukuboh M, Shi S, Mizuno M, Sakamoto S. Nonimmunologic hydrops fetalis: a review of 30 cases. Nihon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi. 1984; 36 (10): 1813 - 21.
7. Thumasathit B et al. Hydrops fetalis associated with Bart's hemoglobin in northern Thailand. The Journal of Pediatrics. 1968; 73 (1): 132 - 138.
8. Hutchison AA, Drew JH, Yu VY, Williams ML, Fortune DW, Beischer NA. Nonimmunologic hydrops fetalis: a review of 61 cases. Obstet Gynecol. 1982; 59: 347 – 352.
9. Santo S et al. Prenatal diagnosis of non-immune hydrops fetalis: what do we tell the parents?. Prenat Diagn. 2011; 31: 186 - 195.
10. Swain S et al. Prenatal diagnosis and management of nonimmune hydrops fetalis. Aust NZ Obstet Gynaecol. 1999; 39 (3): 285 - 290.
11. Suwanrath-Kengpol C et al. Etiology and outcome of non-immune hydrops fetalis in Southern Thailand. Gynecol Obstet Invest. 2005; 59: 134 - 137.
12. Liao C et al. Nonimmune hydrops fetalis diagnosed during the second half of pregnancy in southern China. Fetal Diagn Ther. 2007; 22: 302 - 305.