

PHẦN 1
TỔNG QUAN



CHƯƠNG 1

Tổng quan về Sản khoa

SỐ LIỆU THỐNG KÊ SINH TỒN	2
TỶ LỆ MANG THAI TẠI HOA KỲ	3
CÁC THUỐC ĐO CHĂM SÓC SẢN KHOA	4
CÁC CHỦ ĐỀ THỜI SỰ TRONG SẢN KHOA	6
TÀI LIỆU THAM KHẢO	8

Khoa học và thực hành lâm sàng của sản khoa tập trung vào sự sinh sản của con người. Chuyên ngành này thúc đẩy sức khỏe và phúc lợi của phụ nữ mang thai và thai nhi thông qua chăm sóc chu sinh chất lượng. Việc chăm sóc như vậy đòi hỏi phải nhận biết và điều trị các biến chứng, theo dõi chuyển dạ và sinh nở, chăm sóc ban đầu cho trẻ sơ sinh và quản lý thời kỳ hậu sản. Chăm sóc sau sinh giúp tăng cường sức khỏe và cung cấp các lựa chọn kế hoạch hóa gia đình. Y học dựa trên bằng chứng chiếm ưu thế trong thực hành sản khoa hiện đại. Như được mô tả bởi Williams trong ấn bản đầu tiên của sách giáo khoa này, chúng tôi cũng cố gắng trình bày bằng chứng khoa học cho việc chăm sóc sản khoa hiện tại. Tuy nhiên, dữ liệu chất lượng cao không hỗ trợ hầu hết các khuyến nghị (Brock, 2021). Do đó, phần lớn thực hành của chúng tôi bắt nguồn từ các ý kiến dựa trên chuyên gia và kinh nghiệm lịch sử (Hội Y học Bà mẹ-Thai nhi, 2021). Để giúp thu hẹp khoảng cách kiến thức, chúng tôi cũng dựa vào các nguồn có thẩm quyền như Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG) và Hội Y học Bà mẹ-Thai nhi (Society for Maternal-Fetal Medicine - SMFM), cũng như các cơ quan như Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) và Viện Y tế Quốc gia (National Institutes of Health - NIH).

SỐ LIỆU THỐNG KÊ SINH TỒN

Tầm quan trọng của sản khoa được thể hiện qua việc sử dụng các kết cục của mẹ và trẻ sơ sinh như một chỉ số về sức khỏe và

chất lượng cuộc sống giữa các quốc gia. Theo trực giác, các chỉ số cho thấy kết cục sản khoa và chu sinh kém có thể được cho là phản ánh sự thiếu hụt trong chăm sóc y tế cho toàn bộ dân số. Hệ thống Thống kê Sinh tồn Quốc gia (National Vital Statistics System) của Hoa Kỳ thu thập số liệu thống kê về sinh và tử, bao gồm cả thai chết lưu. Thẩm quyền pháp lý để thu thập thuộc về từng cá nhân trong số 50 tiểu bang; hai khu vực—Đặc khu Columbia và Thành phố New York; và năm lãnh thổ—Samoa thuộc Mỹ, Guam, Quần đảo Bắc Mariana, Puerto Rico và Quần đảo Virgin thuộc Hoa Kỳ. Giấy chứng sinh tiêu chuẩn bao gồm thông tin về các nguy cơ y tế và lối sống, các yếu tố chuyển dạ và sinh nở, và các đặc điểm của trẻ sơ sinh. Quan trọng là, giấy chứng tử hiện tại có một ô đánh dấu về tình trạng mang thai (Hoyert, 2020).

Định nghĩa

Các định nghĩa tiêu chuẩn được khuyến khích bởi Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization - WHO) cũng như Viện Hàn lâm Nhi khoa Hoa Kỳ (American Academy of Pediatrics - AAP) và Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG) (2019a). Sự thống nhất cho phép so sánh dữ liệu giữa các tiểu bang hoặc khu vực và giữa các quốc gia. Tuy nhiên, không phải tất cả các định nghĩa đều được áp dụng thống nhất. Ví dụ, sự thống nhất chưa đầy đủ giữa các tiểu bang liên quan đến tiêu chí cân nặng khi sinh và tuổi thai để báo cáo thai chết lưu (Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ, 2020a). Không phải tất cả các tiểu bang đều tuân theo khuyến nghị này. Cụ thể, 28 tiểu bang quy định rằng các trường hợp mất thai bắt đầu từ 20 tuần tuổi thai nên được ghi nhận là thai chết lưu; tám tiểu bang báo cáo tất cả các sản phẩm thụ thai là thai chết lưu; và các tiểu bang khác vẫn sử dụng cân nặng khi sinh tối thiểu là 350 g, 400 g hoặc 500 g để xác định thai chết lưu. Để làm tăng thêm sự nhầm lẫn, Báo cáo Thống kê Sinh tồn Quốc gia (National Vital Statistics Reports) lập bảng thống kê thai chết lưu từ các thai kỳ đủ 20 tuần tuổi thai trở lên (Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh, 2020a). Điều này có vấn đề vì phân vị thứ 50 cho cân nặng thai nhi ở 20 tuần xấp xỉ 325 đến 350 g—ít hơn đáng kể so với định nghĩa 500 g. Trên thực tế, cân nặng khi sinh 500 g tương ứng chặt chẽ với phân vị thứ 50 cho tuổi thai 22 tuần.

Các định nghĩa được khuyến nghị bởi Trung tâm Thống kê Y tế Quốc gia (National Center for Health Statistics - NCHS) và CDC như sau:

Giai đoạn chu sinh. Khoảng thời gian giữa lúc sinh của một trẻ sơ sinh được sinh ra sau 20 tuần tuổi thai và 28 ngày hoàn chỉnh sau khi sinh đó. Khi tỷ lệ chu sinh dựa trên cân nặng lúc sinh, thay vì tuổi thai, các khuyến nghị xác định giai đoạn chu sinh bắt đầu từ lúc sinh của trẻ sơ sinh nặng 500g. Sinh. Sự tổng xuất hoặc lấy ra hoàn toàn thai nhi khỏi người mẹ sau 20 tuần tuổi thai. Như mô tả ở trên, khi không có tiêu chuẩn xác định tuổi thai chính xác, thai nhi nặng <500g thường không được coi là ca sinh mà được gọi là sẩy thai/phá thai cho mục đích thống kê dân số. Cân nặng lúc sinh. Cân nặng của trẻ sơ sinh được xác định ngay sau khi sinh hoặc sớm nhất có thể sau đó. Nên được biểu thị chính xác đến từng gam. Tỷ suất sinh thô. Số ca sinh sống trên 1000 dân. Tỷ suất sinh sản. Số ca sinh sống trên 1000 phụ nữ trong độ tuổi 15 đến 44. Sinh sống. Thuật ngữ được sử dụng để ghi nhận một ca sinh bất cứ khi nào trẻ sơ sinh tại hoặc một thời điểm nào đó sau sinh tự thở hoặc cho thấy bất kỳ dấu hiệu sự sống nào khác như nhịp tim hoặc cử động tự chủ rõ ràng của các cơ vân. Nhịp tim được phân biệt với các cơn co thắt tim thoáng qua, và hô hấp được phân biệt với các nỗ lực hô hấp thoáng qua hoặc thở ngáp. Thai chết lưu hoặc thai chết. Không có dấu hiệu sự sống lúc sinh. Tử vong sơ sinh sớm. Tử vong của trẻ sơ sinh sống trong 7 ngày đầu sau sinh. Tử vong sơ sinh muộn. Tử vong sau 7 ngày nhưng trước 29 ngày. Tỷ suất thai chết lưu hoặc tỷ suất thai chết. Số trẻ sơ sinh chết lưu trên 1000 trẻ sơ sinh được sinh ra, bao gồm cả sinh sống và thai chết lưu. Tỷ suất tử vong sơ sinh. Số ca tử vong sơ sinh trên 1000 ca sinh sống. Tỷ suất tử vong chu sinh. Số ca thai chết lưu cộng với số ca tử vong sơ sinh trên 1000 tổng số ca sinh. Tử vong trẻ nhũ nhi. Tất cả các trường hợp tử vong của trẻ sơ sinh sống từ khi sinh đến hết 12 tháng tuổi. Tỷ suất tử vong trẻ nhũ nhi. Số ca tử vong trẻ nhũ nhi trên 1000 ca sinh sống. Nhẹ cân lúc sinh. Trẻ sơ sinh có cân nặng <2500 g. Rất nhẹ cân lúc sinh. Trẻ sơ sinh có cân nặng <1500 g. Cực kỳ nhẹ cân lúc sinh. Trẻ sơ sinh có cân nặng <1000 g. Trẻ sơ sinh đủ tháng. Trẻ sơ sinh được sinh ra bất cứ lúc nào sau 37 tuần tuổi thai hoàn chỉnh và cho đến 42 tuần tuổi thai hoàn chỉnh (260 đến 294 ngày). Trường môn Sản phụ khoa Hoa Kỳ (American College of Obstetricians and Gynecologists) và Hiệp hội Y học Bà mẹ-Thai nhi (Society for Maternal-Fetal Medicine) khuyến khích các định danh tuổi thai cụ thể (2019a). Đủ tháng sớm đề cập đến trẻ sơ sinh được sinh ra từ 37 tuần hoàn chỉnh đến 386/7 tuần. Đủ tháng đúng cho những trẻ sinh ra từ 39 tuần hoàn chỉnh đến 406/7 tuần. Cuối cùng, đủ tháng muộn mô tả trẻ sơ sinh được sinh ra từ 41 tuần hoàn chỉnh đến 416/7 tuần. Trẻ sơ sinh non tháng. Trẻ sơ sinh được sinh ra trước 37 tuần hoàn chỉnh (ngày thứ 259). Trẻ sơ sinh sinh trước 34 tuần hoàn chỉnh là non tháng sớm, trong khi trẻ sơ sinh sinh từ 34 đến 36 tuần hoàn chỉnh là non tháng muộn.

Trẻ sơ sinh già tháng. Trẻ sơ sinh được sinh ra bất cứ lúc nào sau khi hoàn thành tuần thứ 42, bắt đầu từ ngày 295. Sẩy thai/Phá thai (Abortus). Thai nhi hoặc phôi bị lấy ra hoặc tổng xuất khỏi tử cung trong nửa đầu của thai kỳ—20 tuần hoặc ít hơn, hoặc trong trường hợp không có tiêu chí xác định tuổi thai chính xác, sinh ra nặng <500 g. Chấm dứt thai kỳ chủ động. Sự gián đoạn có chủ đích một thai kỳ trong tử cung với mục đích khác với việc sinh ra một trẻ sơ sinh sống và không dẫn đến một ca sinh sống. Định nghĩa này loại trừ việc giữ lại các sản phẩm thụ thai sau khi thai chết. Tử vong mẹ trực tiếp. Tử vong của người mẹ do các biến chứng sản khoa của thai kỳ, chuyển dạ, hoặc thời kỳ hậu sản và từ các can thiệp, thiếu sót, điều trị không đúng, hoặc một chuỗi các sự kiện bắt nguồn từ bất kỳ yếu tố nào trong số này. Ví dụ là tử vong mẹ do mất máu sau vỡ tử cung. Tử vong mẹ gián tiếp. Tử vong mẹ không trực tiếp do nguyên nhân sản khoa. Tử vong là kết quả của bệnh có từ trước hoặc bệnh phát triển trong quá trình mang thai, chuyển dạ, hoặc hậu sản mà bị trầm trọng hơn do sự thích ứng sinh lý của mẹ với thai kỳ. Ví dụ là tử vong mẹ do các biến chứng của hẹp van hai lá. Tử vong mẹ muộn. Tử vong của một phụ nữ do nguyên nhân sản khoa trực tiếp hoặc gián tiếp hơn 42 ngày nhưng dưới 1 năm sau khi kết thúc thai kỳ. Tử vong không do nguyên nhân sản khoa. Tử vong của người mẹ do các nguyên nhân tai nạn hoặc ngẫu nhiên không liên quan đến thai kỳ. Ví dụ là tử vong do tai nạn ô tô hoặc bệnh ác tính đồng thời. Tử vong liên quan đến thai kỳ (về thời gian). Tử vong của một phụ nữ, do bất kỳ nguyên nhân nào, trong khi mang thai hoặc trong vòng 1 năm dương lịch kể từ khi chấm dứt thai kỳ, bất kể thời gian và vị trí của thai kỳ. Tử vong liên quan đến thai kỳ (về nguyên nhân). Một trường hợp tử vong liên quan đến thai kỳ (về thời gian) là kết quả của: (1) các biến chứng của chính thai kỳ, (2) chuỗi các sự kiện do thai kỳ khởi phát dẫn đến tử vong, hoặc (3) sự trầm trọng hơn của một tình trạng không liên quan bởi các tác động sinh lý hoặc được lý của thai kỳ và sau đó gây tử vong. Tỷ số tử vong mẹ. Số ca tử vong mẹ do quá trình sinh sản trên 100.000 ca sinh sống. Các thuật ngữ tỷ suất tử vong mẹ hoặc tỷ lệ tử vong mẹ được sử dụng phổ biến hơn, nhưng kém chính xác hơn. Thuật ngữ tỷ số chính xác hơn vì nó bao gồm trong tử số số ca tử vong bất kể kết cục thai kỳ—ví dụ, sinh sống, thai chết lưu và thai ngoài tử cung—trong khi mẫu số bao gồm số ca sinh sống.

TỶ LỆ MANG THAI TẠI HOA KỲ

Theo CDC, tỷ suất sinh sản của phụ nữ từ 15 đến 44 tuổi ở Hoa Kỳ vào năm 2019 là 58 ca sinh sống trên 1000 phụ nữ. Tỷ lệ này bắt đầu có xu hướng giảm chậm vào năm 1990 và hiện đã giảm xuống dưới mức sinh thay thế để duy trì mức dân số. Điều này cho thấy sự suy giảm dân số. Tỷ suất sinh giảm đối với tất cả các nhóm dân tộc và chủng tộc chính, đối với thanh thiếu niên và phụ nữ chưa kết hôn, và đối với

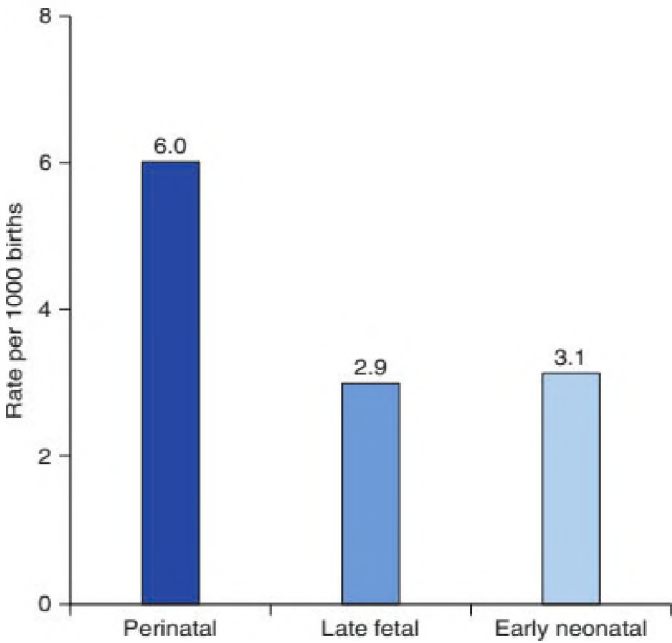
BẢNG 1-1. Tổng số Ca Mang Thai và Kết Cục tại Hoa Kỳ năm 2019		
Kết cục	Số lượng hoặc Tỷ lệ phần trăm	
Tổng số ca sinh	3.747.540	
Sinh mổ	31,7%	
Sinh mổ lần đầu	21,6%	
Sinh ngã âm đạo sau sinh mổ	13,8%	
Sinh non (<37 tuần)	10,0%	
Nhẹ cân lúc sinh (<2500 g)	8,0%	
Rất nhẹ cân lúc sinh (<1500 g)	1,4%	
Phá thai chủ động	862.320	

Dữ liệu từ Guttmacher 2019b; Martin, 2021.

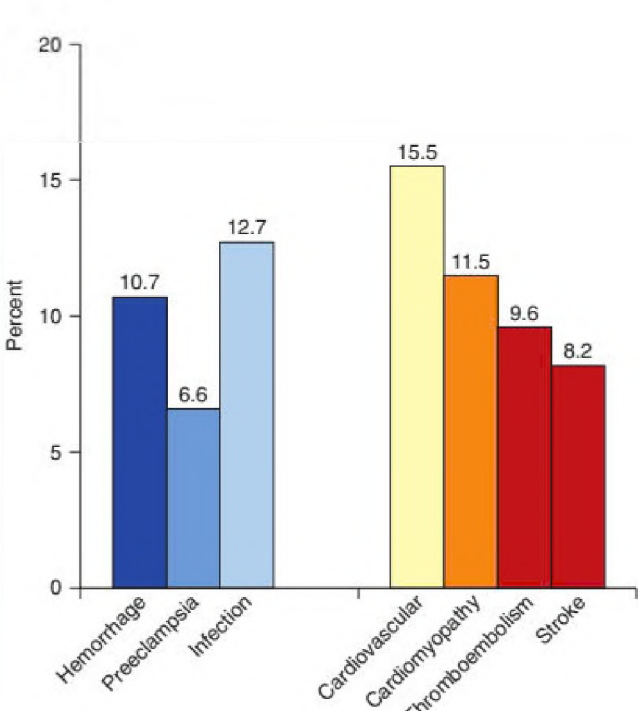
những người trong độ tuổi 20 đến 24. Đối với phụ nữ trên 30 tuổi, tỷ suất sinh tăng nhẹ. Gần một nửa số trẻ sơ sinh vào năm 2019 tại Hoa Kỳ là người dân tộc thiểu số: gốc Tây Ban Nha—25 phần trăm; người Mỹ gốc Phi—15 phần trăm; và người châu Á—4 phần trăm (Martin, 2021). Tổng số ca mang thai và kết cục của chúng vào năm 2019 được trình bày trong Bảng 1-1. Theo Viện Guttmacher (2019b), 45 phần trăm các ca sinh ở Hoa Kỳ là ngoài ý muốn tại thời điểm thụ thai. Nhưng, tỷ lệ chung các ca sinh ngoài ý muốn đã giảm kể từ năm 2008. Phụ nữ chưa kết hôn, phụ nữ da đen và phụ nữ có trình độ học vấn hoặc thu nhập thấp hơn có nhiều khả năng mang thai ngoài ý muốn hơn.

CÁC THUỐC ĐO CHĂM SÓC SẢN KHOA

Một số chỉ số được sử dụng để đánh giá kết cục sản khoa và chu sinh như là thước đo chất lượng chăm sóc y tế. Như đã lưu ý, tỷ suất tử vong chu sinh bao gồm số ca thai chết lưu và tử vong sơ sinh trên 1000 tổng số ca sinh. Vào năm 2016, tỷ lệ này là 6 ca tử vong trên 1000 ca sinh (Hình 1-1). Tỷ lệ này không thay đổi trong



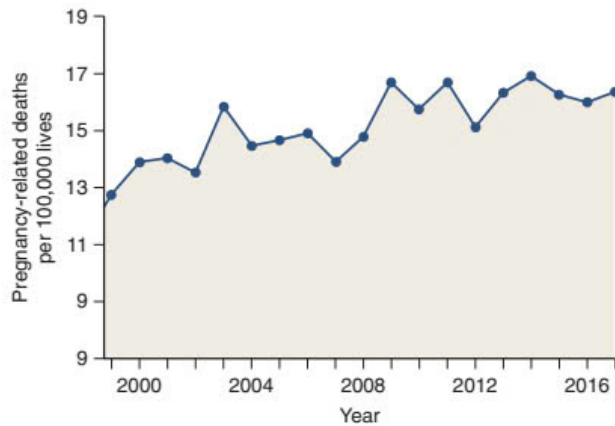
HÌNH 1-1 Tỷ suất tử vong chu sinh, thai chết lưu muộn và sơ sinh sớm trên 1000 ca sinh tại Hoa Kỳ năm 2016. (Dữ liệu từ Gregory, 2018).



Nguyên nhân tử vong liên quan đến thai kỳ

HÌNH 1-2 Một số nguyên nhân và đóng góp của chúng vào tử vong mẹ liên quan đến thai kỳ tại Hoa Kỳ từ 2014–2017. (Dữ liệu từ Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh, 2020c).

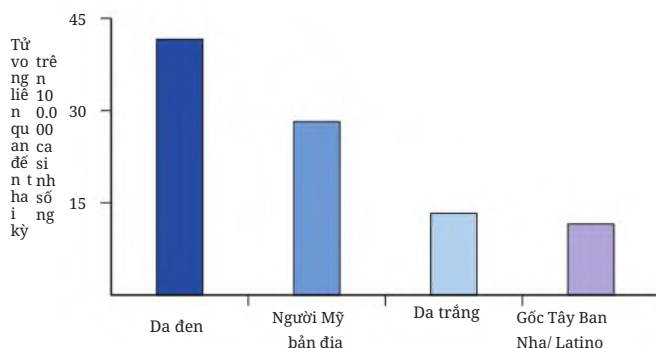
vài năm (Gregory, 2018). Tỷ lệ thai chết ở tuổi thai 28 tuần trở lên đã giảm kể từ năm 1990, trong khi tỷ lệ đối với những thai từ 20 đến 27 tuần không thay đổi. Về tử vong trẻ nhũ nhi, tỷ lệ này xấp xỉ 6 ca tử vong trên 1000 ca sinh sống vào năm 2018 so với gần 7 vào năm 2001 (Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh, 2020b). Bốn nguyên nhân hàng đầu—dị tật bẩm sinh, sinh non, nhẹ cân và các biến chứng thai kỳ của mẹ—chiếm gần một nửa tổng số ca tử vong ở trẻ nhũ nhi. Trẻ sơ sinh được sinh ra ở tuổi thai và cân nặng lúc sinh thấp nhất góp phần đáng kể vào các tỷ lệ tử vong này. Ví dụ, 17 phần trăm tổng số ca tử vong trẻ nhũ nhi vào năm 2018 là ở những trẻ sinh non và nhẹ cân (Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh, 2020d). Đặc biệt đáng quan tâm là trẻ sơ sinh có cân nặng lúc sinh <500 g, mà đối với những trẻ này hiện nay có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc tích cực sơ sinh (Chương 45, tr. 785). Về tử vong mẹ, tỷ lệ này đã giảm mạnh ở Hoa Kỳ trong thế kỷ 20. Các ca tử vong liên quan đến thai kỳ hiếm gặp đến mức được đo trên 100.000 ca sinh. CDC duy trì dữ liệu về tử vong mẹ liên quan đến thai kỳ trong Hệ thống Giám sát Tử vong trong Thai kỳ (PMSS). Báo cáo mới nhất của hệ thống này mô tả 3410 ca tử vong liên quan đến thai kỳ từ năm 2011 đến 2015 (Petersen, 2019b). Khoảng 5 phần trăm là tử vong mẹ trong giai đoạn đầu thai kỳ do thai ngoài tử cung hoặc các kết cục phá thai. Bộ ba sản khoa gây tử vong gồm xuất huyết, tiền sản giật và nhiễm trùng chiếm một phần ba tổng số ca tử vong (Hình 1-2). Thuyên tắc huyết khối, bệnh cơ tim và các bệnh tim mạch khác cùng chiếm một phần ba khác. Các yếu tố đóng góp đáng kể khác là thuyên tắc ối (5,5 phần trăm) và tai biến mạch máu não (8,2 phần trăm). Tử vong liên quan đến gây mê ở mức thấp nhất mọi thời đại—chỉ 0,4 phần trăm. Tương tự



HÌNH 1-3 Xu hướng tử vong mẹ liên quan đến thai kỳ tại Hoa Kỳ từ năm 1999–2017. (Dữ liệu từ Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh, 2020c).

nguyên nhân đã được báo cáo cho các nhóm thuần tập chọn lọc bởi MacDorman và cộng sự (2017).

Tỷ số tử vong mẹ liên quan đến thai kỳ là 17 ca tử vong trên 100.000 ca sinh sống vào năm 2017 (Hình 1-3). Nguyên nhân của sự gia tăng này trong 30 năm qua có thể đơn giản là do có nhiều phụ nữ tử vong hơn, tuy nhiên, các yếu tố khác cũng giải thích sự gia tăng này (Joseph, 2017). Thứ nhất, số lượng phụ nữ mang thai mắc các bệnh mạn tính nặng, khiến phụ nữ có nguy cơ cao hơn, đang lớn hơn (Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh, 2020c). Thứ hai, tỷ lệ sinh ở phụ nữ trên 40 tuổi tăng lên góp phần làm tăng tỷ lệ tử vong (Petersen, 2019b). Một yếu tố khác là sự gia tăng giả tạo do việc áp dụng Phân loại Thống kê Quốc tế về Bệnh tật, Phiên bản sửa đổi lần thứ 10 (ICD-10), được thực hiện vào năm 1999. Ngoài ra, việc cải thiện báo cáo về tử vong mẹ cũng góp phần vào sự gia tăng này (MacDorman, 2016, 2017). Cuối cùng, việc triển khai ô đánh dấu tình trạng mang thai trên giấy chứng tử có liên quan đến việc xác định tử vong mẹ tăng lên (Rossen, 2020). Do đó, sau khi tính đến ô đánh dấu này, tỷ lệ tử vong mẹ dự đoán không thay đổi đáng kể từ năm 1999 đến năm 2017. Một xem xét khác là sự chênh lệch rõ ràng về tỷ lệ tử vong cao hơn giữa phụ nữ da đen, gốc Tây Ban Nha và da trắng như trong Hình 1-4. Sự chênh lệch chủng tộc bắt nguồn từ việc chăm sóc sức khỏe



HÌNH 1-4 Tỷ số tử vong liên quan đến thai kỳ theo chủng tộc/sắc tộc tại Hoa Kỳ từ năm 2014–2017. (Dữ liệu từ Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh, 2020c).

sản có, khả năng tiếp cận hoặc sử dụng (Petersen, 2019a). Tỷ lệ tử vong mẹ cũng cao một cách không cân xứng ở khu vực nông thôn so với khu vực đô thị (Maron, 2017). Quan trọng là, nhiều ca tử vong mẹ được coi là có thể phòng ngừa được. Trong một báo cáo, có tới một phần ba số ca tử vong liên quan đến thai kỳ ở phụ nữ da trắng và tới một nửa số ca ở phụ nữ da đen được cho là có thể phòng ngừa được (Berg, 2005). Một đánh giá về một nhóm thuần tập có bảo hiểm báo cáo rằng 28% trong số 98 ca tử vong mẹ là có thể phòng ngừa được (Clark, 2008). Do đó, cần có những nỗ lực hơn nữa trong lĩnh vực sản khoa và được mô tả ở trang 6.

Bệnh suất mẹ nặng

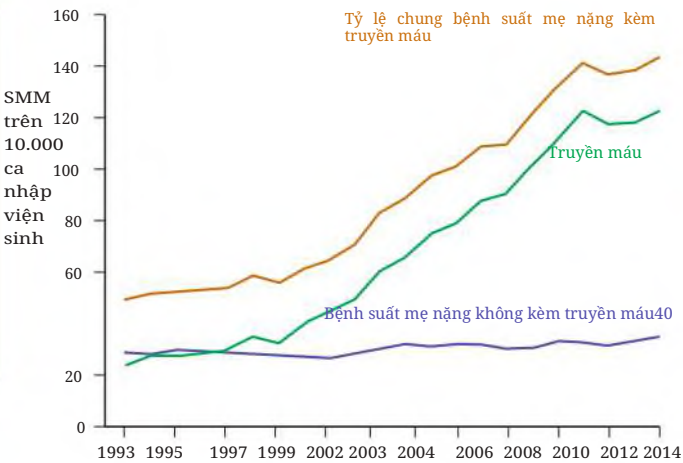
Đây được định nghĩa là những biến cố không mong muốn trong quá trình chuyển dạ và sinh nở dẫn đến hậu quả nghiêm trọng ngắn hạn hoặc dài hạn cho người phụ nữ. Các chỉ số đóng vai trò như một thước đo để định hướng phòng ngừa (Bảng 1-2). Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) và Hội Y học Bà mẹ - Thai nhi (SMFM) (2016) đã cung cấp danh sách các chủ đề sàng lọc được đề xuất cho mục đích này.

Để nghiên cứu bệnh suất mẹ nặng (SMM), CDC đã phân tích hơn 50 triệu hồ sơ thai sản từ năm 1998 đến năm 2009 (Callaghan, 2012). Họ báo cáo rằng 129 trên 10.000 phụ nữ có ít nhất một chỉ số SMM (Bảng 1-2). Như vậy, cứ mỗi ca tử vong mẹ, có khoảng 200 phụ nữ bị bệnh suất nặng. Như thể hiện trong Hình 1-5, tỷ lệ SMM đã tăng trong 15 năm qua, và xu hướng này được cho là do việc ghi chép tốt hơn và sự gia tăng tỷ lệ truyền máu. Những con số này cao nhất ở các bệnh viện nhỏ hơn với <1000 ca sinh hàng năm (Hehir, 2017). Cuối cùng, cũng như tỷ lệ tử vong,

BẢNG 1-2. Các chỉ số bệnh suất mẹ nặng

Nhồi máu cơ tim cấp
Suy thận cấp
Hội chứng suy hô hấp cấp ở người lớn (ARDS)
Tắc mạch ối
Ngừng tim/rung thất
Theo dõi tim mạch
Phẫu thuật tim
Chuyển nhịp tim
Đông máu nội mạch lan tỏa (DIC)
Sản giật
Suy tim trong thủ thuật
Cắt tử cung
Tổn thương ngực, bụng và khung chậu
Tổn thương nội sọ
Rối loạn mạch máu não sau sinh
Phù phổi
Biến chứng gây mê nặng
Nhiễm khuẩn huyết
Sốc
Khủng hoảng hồng cầu hình liềm
Tắc mạch do huyết khối
Mở khí quản
Thông khí (Thở máy)

Tóm tắt từ Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh, 2021.



HÌNH 1-5 Tỷ lệ bệnh suất mẹ nặng (SMM) trên 10.000 ca nhập viện sinh. Phụ nữ được truyền máu chiếm tỷ lệ SMM lớn nhất. (Dữ liệu từ Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh, 2021).

có sự chênh lệch nghiêm trọng về chủng tộc và sắc tộc đối với SMM, và phụ nữ da đen bị ảnh hưởng một cách không cân xứng (Creanga, 2014).

Các trường hợp suýt xảy ra tai biến

Giảm tỷ lệ sai sót y khoa giúp giảm thiểu nguy cơ tử vong mẹ và SMM. Các thuật ngữ "near misses" (suýt xảy ra tai biến) hoặc "close calls" (tình huống nguy cấp) đã được giới thiệu và định nghĩa là các sự kiện không có kế hoạch gây ra bởi sai sót không dẫn đến tổn thương cho bệnh nhân nhưng có tiềm năng gây ra điều đó (Viện Thực hành Thuốc An toàn, 2009). Những trường hợp này phổ biến hơn các sự kiện gây tổn thương, nhưng vì những lý do rõ ràng, chúng khó xác định và định lượng hơn. Các hệ thống được thiết kế để khuyến khích báo cáo đã được lắp đặt tại nhiều cơ sở khác nhau và cho phép các nỗ lực an toàn tập trung (Clark, 2012; King, 2012; Shields, 2017). Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cũng đã triển khai một hệ thống như vậy. Nó đã được xác nhận tại Brazil và tương quan chính xác với tỷ lệ tử vong mẹ (Souza, 2012). Một hệ thống tương tự ở Anh là Hệ thống Giám sát Sản khoa Vương quốc Anh—UKOSS (Knight, 2005, 2008). Tại Hoa Kỳ, một hệ thống là Hiệp hội Đối tác Quốc gia vì An toàn Bà mẹ (D’Alton, 2016; Main, 2015).

CÁC CHỦ ĐỀ THỜI SỰ TRONG SẢN KHOA

Nhiều chủ đề khác nhau đã được chú ý kể từ phiên bản thứ 25 của sách giáo khoa này. Ở đây, chúng tôi thảo luận về một vài trong số đó.

Đại dịch COVID-19

Đầu năm 2020, virus hội chứng hô hấp cấp tính nặng (SARS)-CoV-2 lây lan nhanh chóng trên toàn cầu, tạo ra cuộc khủng hoảng sức khỏe cộng đồng lớn nhất kể từ đại dịch cúm năm 1918 (Chương 67, tr. 1187). Tính đến đầu năm 2021, căn bệnh do virus này gây ra và thường được gọi là COVID-19 ước tính đã lây nhiễm cho hơn 181 triệu người và gây ra gần 4 triệu ca tử vong (Tổ chức Y tế Thế giới, 2021). Như dự kiến, bối cảnh chăm sóc sức khỏe và chính trị ở Hoa Kỳ đã thay đổi đáng kể do đại dịch.

Sau tuyên bố Tình trạng khẩn cấp y tế toàn cầu vào tháng 1 năm 2020 của WHO, các lệnh phong tỏa toàn thành phố, lệnh trú ẩn tại chỗ do tiểu bang bắt buộc và việc đeo khẩu trang công cộng đều được thực hiện để giúp kiểm soát sự lây lan sớm của virus. Các hệ thống chăm sóc sức khỏe đã phải vật lộn để có được các xét nghiệm COVID-19 và thiết bị bảo hộ cá nhân cho nhân viên. Các khu điều trị dành riêng cho chăm sóc COVID-19 đã được mở tại các bệnh viện trên toàn quốc để xử lý khối lượng bệnh nhân đáng kể. Bất chấp các biện pháp này, hơn 500.000 cá nhân—bao gồm hơn 3000 nhân viên y tế—đã tử vong tại Hoa Kỳ vào năm 2020 do nhiễm trùng. Các khoa sản không tránh khỏi, và các mô hình chăm sóc trước sinh truyền thống đã được chuyển đổi. Cụ thể, các mô hình chăm sóc ảo và chăm sóc trước sinh qua ô tô nhằm giảm nguy cơ phơi nhiễm cho bệnh nhân và nhân viên (Holcomb, 2020; Turrentine, 2020). Nhiễm trùng không triệu chứng hoặc nhẹ là phổ biến trong thai kỳ (Adhikari, 2020). Tuy nhiên, tác động của COVID-19 đối với thai kỳ chưa được hiểu hoàn toàn, và ảnh hưởng của thai kỳ đối với diễn biến bệnh còn gây tranh cãi. Quản lý nhiễm COVID-19 nặng trong thai kỳ đòi hỏi sự chăm sóc liên ngành và hiểu biết về sinh lý học thai kỳ và sinh lý bệnh học virus. Các biện pháp phòng ngừa—bao gồm vắc-xin mRNA—đã được chứng minh là an toàn và hiệu quả cao trong phòng ngừa bệnh. Tuy nhiên, thông tin quan trọng này đã bị trì hoãn sau khi loại trừ các cá nhân mang thai khỏi các thử nghiệm lâm sàng ban đầu (Adhikari, 2021; Polack, 2020). Trong một báo cáo mô tả hơn 800.000 trường hợp mang thai, Chinn và cộng sự (2021) nhận thấy rằng 2,2% (18.715) trong số những phụ nữ này mắc COVID-19. Khi so sánh với những phụ nữ không bị nhiễm trùng như vậy, những phụ nữ này có kết cục bất lợi tăng lên đáng kể bao gồm sinh non, nhập viện ICU, đặt nội khí quản và thở máy, và tử vong mẹ. Năm 2021, FDA đã phê duyệt vắc-xin COVID-19 cho phụ nữ mang thai. Kiến thức thu được trong đại dịch SARS-CoV-2 chắc chắn sẽ định hình việc chăm sóc sức khỏe trong tương lai (Cook, 2021). Thật vậy, một mô hình chăm sóc trước sinh kết hợp trực tiếp cộng với ảo chỉ có âm thanh có thể cung cấp dịch vụ hiệu quả nhất cho những bệnh nhân dễ bị tổn thương thiếu truy cập internet (Duryea, 2021).

Tử vong mẹ—Lời kêu gọi hành động

Gần 700 phụ nữ ở Hoa Kỳ tử vong mỗi năm do mang thai hoặc các biến chứng của nó, và nhiều ca tử vong được cho là có thể phòng ngừa được. Do đó, các bác sĩ sản khoa và các bên liên quan khác đã hợp nhất để giải quyết những thách thức này (Chescheir, 2015). Bởi vì tử vong mẹ liên quan mật thiết đến các chỉ số SMM (xem Bảng 1-2), một số chương trình đã được các tổ chức quốc gia thiết kế để tránh những biến cố này. Như đã đề cập trước đó, Hệ thống Giám sát Tử vong trong Thai kỳ (PMSS) thu thập dữ liệu tử vong liên quan đến thai kỳ quốc gia để định hướng các nỗ lực phòng ngừa. Một chương trình khác, chương trình Liên minh Đối mới về Sức khỏe Bà mẹ (AIM), tạo ra các gói an toàn bệnh nhân, mô tả các thực hành tốt nhất dựa trên bằng chứng cho các môi trường sản khoa khác nhau. Ủy ban Liên hợp (The Joint Commission) khuyến nghị các trung tâm sinh nở thiết lập các quy trình và thực hiện các nỗ lực mô phỏng (Barbieri, 2015). Hơn nữa, các nhóm làm việc quốc gia nhắm vào các rủi ro cụ thể, chẳng hạn như thuyên tắc huyết khối (D’Alton, 2016). Ngoài thai kỳ, thời kỳ hậu sản cũng là một giai đoạn dễ bị tổn thương. Một nỗ lực quốc gia cụ thể là thiết lập

theo dõi sau sinh 1 năm chuyên biệt để đảm bảo chăm sóc liên tục. Các mục tiêu quan trọng là các rối loạn y khoa như tăng huyết áp, đái tháo đường, các bệnh tim mạch khác và hậu quả của chúng. Để nhấn mạnh việc chăm sóc hậu sản, khái niệm “tam cá nguyệt thứ tư” đã được giới thiệu (Chương 36, tr. 634). Hơn nữa, luật pháp—Đạo luật MOMMA—nhằm mục đích mở rộng phạm vi chi trả của Medicaid sau sinh từ 60 ngày lên 12 tháng (Bailey, 2021). Như Tổng Y sĩ Jerome Adams đã tuyên bố, “Chúng ta phải hành động ngay bây giờ; quốc gia của chúng ta và các bà mẹ của chúng ta xứng đáng được hưởng điều tốt đẹp hơn.” (Frieden, 2020).

Rối loạn sử dụng Opioid

Trong giai đoạn 1999 đến 2014, tỷ lệ rối loạn sử dụng opioid trên toàn quốc ở phụ nữ mang thai đã tăng 333 phần trăm từ 1,5 lên 6,5 trường hợp trên 1000 ca sinh (Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh, 2018). Ngoài sự phức tạp của tình trạng nghiện ở mẹ, việc sử dụng opioid đã dẫn đến sự gia tăng chưa từng có về tỷ lệ mắc hội chứng cai opioid ở trẻ sơ sinh (Chương 33, tr. 605). Để chống lại các tác động bất lợi liên quan đến phụ nữ và thai kỳ của họ, Trường môn Sản phụ khoa Hoa Kỳ (American College of Obstetricians and Gynecologists) (2019b) đã nhấn mạnh vai trò tích cực của các bác sĩ sản khoa. Trường môn khuyến nghị sàng lọc toàn dân bằng bảng câu hỏi, cũng như chăm sóc cho những phụ nữ bị ảnh hưởng bởi một nhóm đa chuyên khoa. Việc sử dụng opioid trong điều trị được hạn chế ở mức tốt nhất có thể. Điều trị rối loạn sử dụng opioid bằng methadone hoặc buprenorphine là một thách thức và được thảo luận trong Chương 64 (tr. 1150). Bất chấp những nỗ lực, sự suy giảm đáng kể về tỷ lệ mắc các rối loạn này ở phụ nữ mang thai vẫn chưa thấy rõ.

Tiến bộ trong Di truyền học Tiền sản

Một số công nghệ giúp phát hiện các bất thường di truyền của thai nhi. Kể từ lần xuất bản trước, sàng lọc tiền sản không xâm lấn sử dụng DNA ngoại bào tự do (cfDNA) đã trở nên phổ biến trong chăm sóc tiền sản (Zhang, 2019). Một kỹ thuật đầy hứa hẹn khác là phân tích vi dòng nhiễm sắc thể (chromosomal microarray analysis - CMA) được thực hiện trên các mẫu gai nhau hoặc nước ối. Các xét nghiệm này cung cấp thông tin tinh vi về sự thêm và mất các đoạn DNA nhỏ tới 50 đến 100 kilobase. Tuy nhiên, mặc dù hiệu quả của CMA vượt trội so với lập bộ nhiễm sắc thể thai nhi, hầu hết các dị tật bẩm sinh xảy ra trong bối cảnh kết quả CMA và bộ nhiễm sắc thể bình thường. Khi kiến thức về bộ gen người được mở rộng, vai trò của các bất thường trình tự DNA cụ thể đã thu hút sự chú ý. Ví dụ, đánh giá loạn sản xương của thai nhi có thể bao gồm các bộ xét nghiệm trong đó giải trình tự thể hệ mới được sử dụng để xác định các đột biến trong các gen cụ thể. Giải trình tự toàn bộ exon (Whole exome sequencing - WES) phân tích tất cả các vùng mã hóa của DNA, chiếm 1,5% bộ gen. Trong các trường hợp mang thai có bất thường cấu trúc thai nhi, và kết quả CMA và bộ nhiễm sắc thể bình thường, WES đã xác định được các bất thường có ý nghĩa lâm sàng ở khoảng 10% thai nhi (Lord, 2019; Petrovski, 2019). Trong một loạt các thai nhi bị phù thai không do miễn dịch không giải thích được, WES đã phát hiện các biến thể di truyền mang tính chẩn đoán ở gần 30% trường hợp (Sparks, 2020). Mặc dù đầy hứa hẹn, công nghệ WES tại thời điểm này không được khuyến nghị sử dụng thường quy trong chẩn đoán tiền sản (Trường môn Sản phụ khoa Hoa Kỳ,

2020b). Hạn chế bao gồm tỷ lệ cao các biến thể di truyền chưa rõ ý nghĩa, thời gian trả kết quả dài và chi phí cao. Cần tư vấn toàn diện vì WES có thể phát hiện hoặc nghi ngờ một phát hiện không liên quan nhưng có thể can thiệp về mặt y tế. Các xét nghiệm bộ gen được xem xét trong Chương 16 (tr. 324), và các yếu tố tư vấn được thảo luận trong Chương 17 (tr. 334).

Phổ Nhau Cài Răng Lược

Kể từ lần xuất bản trước của chúng tôi, tỷ lệ sinh mổ không thay đổi và xấp xỉ 32 phần trăm. Tuy nhiên, tỷ lệ các trường hợp mang thai có biến chứng do phổ nhau cài răng lược (Placenta Accreta Spectrum - PAS) đã tăng lên đáng kể. Tỷ lệ mắc cao tới 1 trường hợp trong 300 ca sinh đã được ghi nhận (Trường môn Sản phụ khoa Hoa Kỳ, 2018). Hậu quả của những hội chứng nguy hiểm này được thảo luận trong Chương 43 (tr. 765). Để giải quyết những rủi ro này, các nhóm phẫu thuật nhau cài răng lược chuyên biệt tại các trung tâm chăm sóc bậc ba và việc chuyển viện trước sinh đến các trung tâm này đều đang gia tăng. Như một biện pháp phòng ngừa, các nỗ lực quốc gia đã hướng tới việc tránh sinh mổ lần đầu. Tuy nhiên, bất chấp những nỗ lực này, PAS có khả năng tiếp tục là một nguy cơ đáng kể gây bệnh suất nặng ở mẹ (Severe Maternal Morbidity - SMM).

Progestogen để Ngăn ngừa Sinh non

Các dẫn xuất progesterone để ngăn ngừa sinh non đã được nghiên cứu trong nhiều thập kỷ. Một loại—17-alpha-hydroxyprogesterone caproate (17-OHPC) tiêm bắp—đã được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) phê duyệt theo quy trình phê duyệt nhanh và phụ thuộc vào việc chứng minh hiệu quả trong một thử nghiệm thứ hai. Thuốc được bán trên thị trường với tên Makena, và các nghiên cứu quan sát sau đó, được mô tả trong Chương 45 (tr. 795), đã đặt ra câu hỏi về hiệu quả của nó (Nelson, 2021). Năm 2019, kết quả của thử nghiệm xác nhận hiệu quả của Makena—thử nghiệm PROLONG—đã không cho thấy lợi ích của nó so với giả dược trong việc ngăn ngừa sinh trước 35 tuần (Blackwell, 2020). Cuối năm 2019, một Ủy ban Cố vấn của FDA đã bỏ phiếu 9 thuận 7 chống để rút lại phê duyệt nhanh tạm thời. Các phân tích của ủy ban bao gồm so sánh giữa các nghiên cứu và phân tích phân nhóm không cho thấy lợi ích của 17-OHPC (Hình 45-6, tr. 796). Cuối năm 2020, Trung tâm Nghiên cứu và Đánh giá Thuốc (CDER) của FDA đã khuyến nghị rút thuốc khỏi thị trường. Sau đó, các bác sĩ sản khoa trở nên phân cực về việc sử dụng thuốc “ngoài chỉ định” vì nó có vẻ an toàn (Chang, 2020; Greene, 2020; Sibai, 2020). Bất chấp những phát hiện từ thử nghiệm PROLONG và CDER của FDA, cả Trường môn Sản phụ khoa Hoa Kỳ (2021) và Hiệp hội Y học Bà mẹ-Thai nhi (Society for Maternal-Fetal Medicine) (2020) vẫn tiếp tục ủng hộ việc sử dụng 17-OHPC. Tuy nhiên, điều này đi kèm với điều kiện là “sự không chắc chắn về lợi ích” phải được chia sẻ với bệnh nhân trong quá trình đưa ra quyết định. Cuối cùng, Nhóm EPPPIC (2021) đã thực hiện một phân tích gộp các thử nghiệm ngẫu nhiên đánh giá progestogen trong phòng ngừa sinh non. Mặc dù không có ý nghĩa thống kê, họ kết luận rằng progestogen, bao gồm cả 17-OHPC, làm giảm tỷ lệ sinh dưới 34 tuần. CDER của FDA (2021) tiếp tục khuyến nghị rút 17-OHPC khỏi thị trường. Tuy nhiên, tại thời điểm này, hàng nghìn phụ nữ vẫn tiếp tục nhận 17-OHPC bất chấp hiệu quả đáng nghi ngờ của nó.