

Phá thai ngoại khoa: hiệu quả, biến chứng và giới hạn của chỉ định

Lê Hồng Cẩm

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được các bước chuẩn bị khi phá thai ngoại khoa
2. Trình bày được các phương pháp phá thai ngoại khoa
3. Trình bày được các lưu ý khi chăm sóc sau thủ thuật
4. Trình bày được các biến chứng của phá thai ngoại khoa

Phá thai được định nghĩa là kết thúc thai kỳ trước khi thai có thể sống được.

Tại Việt Nam, lý do của phá thai hợp pháp có thể là:

- Do thai dị tật
- Lý do sức khỏe của mẹ
- Theo yêu cầu của khách hàng
- Do hoang thai

Phá thai ngoại khoa là chấm dứt thai kỳ bằng cách sử dụng hút lòng tử cung ở những trường hợp thai nhỏ.

Ở những trường hợp thai kỳ lớn hơn (sau 14-16 tuần), sử dụng dụng cụ để lấy mô.

Thủ thuật có thể là thủ thuật tiêu chuẩn là nong và nạo (D&E).

Trong trường hợp cần thiết có thể thực hiện nong và cắt thai (D&X).

TRƯỚC KHI THỰC HIỆN PHÁ THAI NÓI CHUNG

Trước khi tiến hành phá thai, cần tuân thủ các bước sau:

1. Hỏi bệnh sử và tất cả các vấn đề tiền sử có liên quan
2. Khám tổng quát và khám phụ khoa. Siêu âm định vị trí thai, tuổi thai. Xét nghiệm cần thiết
3. Tư vấn và thảo luận về quyết định phá thai hay các chiều hướng khác
4. Tư vấn về kỹ thuật phá thai

1. Hỏi bệnh sử kinh nguyệt, kinh nguyệt, chu kỳ kinh, tiền căn sản phụ khoa, các phẫu thuật ở cổ tử cung, tử cung, dị ứng thuốc tê, thuốc mê, thuốc đang dùng, tiền căn nghiện rượu, ma túy, các bệnh lý nội khoa. Cách ngừa thai đã và sẽ sử dụng.

2. Khám tổng quát, tuyến giáp, tim phổi, bụng. Khám phụ khoa xác định có thai hay không, kích thước và tư thế của tử cung. Siêu âm xác định vị trí thai, tuổi thai. Xét nghiệm CTM, nhóm máu, Rh, PAP, tìm lậu và *Chlamydia trachomatis*.

3. Thảo luận chi tiết tất cả khả năng có thể có của thai kỳ, bao gồm cả khả năng tiếp tục nuôi dưỡng thai cho đến khi sinh, cho con nuôi và các chương trình sẵn có để hỗ trợ trong mỗi trường hợp.

4. Nếu đã chọn phá thai, thảo luận các kỹ thuật có thể thực hiện (phá thai nội khoa hay ngoại khoa), bàn luận chi tiết về cách thực hiện, hiệu quả của phương pháp và các biến chứng có thể xảy ra.

CÁC PHƯƠNG PHÁP PHÁ THAI NGOẠI KHOA

Có 3 phương pháp ngoại khoa được dùng cho 3 tháng đầu:

1. Hút chân không
2. Nong và nạo
3. Nong và hút chân không

Hút chân không là phương pháp hút các sản phẩm của thai trong tử cung thông qua một ống bằng chất dẻo (hay kim loại) nối với một nguồn tạo áp lực âm.

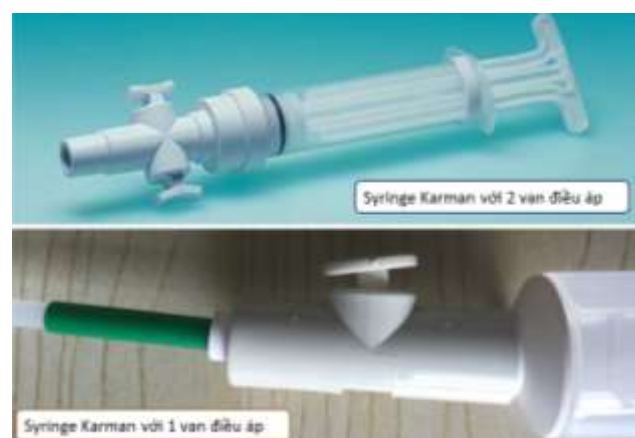
Có thể thực hiện ở phòng khám ngoại trú. Chỉ cần tê cạnh cổ tử cung, có hay không kết hợp giảm đau bằng an thần.

Đối với thai nhỏ hơn 7 tuần vô kinh, có thể không cần nong cổ tử cung. Khi thực hiện nong với laminar hay prostaglandin, cần phải theo dõi thường xuyên nên ít khi được sử dụng đối với thai trong tam cá nguyệt đầu.

Nguồn áp lực âm được tạo ra bằng máy hút hay bằng syringe (thường là ống Karman cho thai dưới 10 tuần).

Hút bằng máy có ưu thế là có thể tùy chỉnh áp suất, theo chủ định của người thực hiện thủ thuật. Điều này có mặt thuận lợi cũng như có nhược điểm là việc “set” áp suất quá lớn có thể nhiều tổn thương hơn cho nội mạc tử cung.

Ống syringe Karman là một hệ thống tạo áp lực âm đơn giản, với trị số chân không vừa đủ tương thích để hút thai.



Hình 1: Syringe Karman

Syringe bằng chất dẻo, dung tích 50 mL. Piston được trang bị 2 chốt có nhiệm vụ ngăn không cho piston bị hút vào trong, đảm bảo duy trì áp suất chân không.

Hai (1a) hoặc một (1b) van điều áp dùng để khóa và mở. Khi xong thủ thuật, mở van điều áp để chấm dứt tình trạng chân không.

Nguồn: alibaba.com (1a), portable-ultrasound-scanner.com (1b)

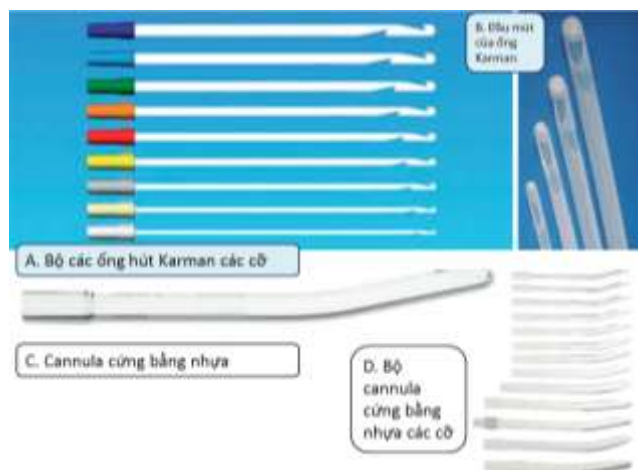
Với dung tích chân không là 50 mL, áp lực chân không tạo bởi syringe Karman không quá cao để gây thương tổn cho nội mạc, cũng không quá yếu để gây sót sản phẩm thụ thai. Syringe cũng được trang bị van điều áp để duy trì và chấm dứt tình trạng chân không.

Các cannula hút được làm bằng kim loại, bằng nhựa cứng (gọi chung là cannula cứng) (rigid uterine cannula) hay bằng chất dẻo mềm (cannula mềm).

Cannula mềm an toàn hơn cannula cứng.

Cannula cứng không có độ mềm dẻo và linh động, vì thế có nguy cơ gây thủng tử cung cao hơn cannula mềm.

Cannula mềm là loại cannula thông dụng hiện nay. Cannula có rất nhiều cỡ, gọi tên theo khẩu kính ngoài của cannula, được dùng phổ biến là số 5 và số 6 (khẩu kính 5 mm và 6 mm). Cannula dẻo rất mềm, đi theo dạng của kênh và buồng tử cung, nên ít có nguy cơ gây thủng so với canule kim loại. Đầu cùng của cannula chất dẻo là một đầu tù, làm giảm thêm nữa nguy cơ gây thủng tử cung. Thiết kế có 2 cửa sổ cho phép đảm nhận chức năng là hút thai khi được dịch chuyển và xoay tròn trong buồng tử cung. Cannula mềm không được thiết kế cho nạo.



Hình 2a: Các cannula mềm Karman

Chọn khẩu kính tùy tuổi thai (2a). Chú ý thiết kế đầu tù và 2 cửa sổ (2b).

Hình 2b: Cannula cứng bằng nhựa

Ghi nhận sự khác biệt ở đầu cannula và cửa sổ (2c).

Nguồn: medalexpo.com (2a)(2d) tradeindia.com (2a) hsc.com.pk (2c)

Thành công của phương pháp này 95-100%.

Theo WHO¹, đối với thai nhỏ hơn 10 tuần, hút chân không ít đau, ít biến chứng hơn và nhanh hơn so với phương pháp nong và nạo.

Phá thai bằng hút chân không có thể được thực hiện cho các thai đến dưới 15 tuần. Đối với các thai lớn, nạo lòng tử cung sau hút làm giảm tỉ lệ sót các sản phẩm thai.

Nong và nạo là phương pháp mà trong đó cổ tử cung được nong rộng trước khi dùng phương tiện gắp nạo thai.

Chỉ định nong và hút thai cho tuổi thai dưới 7 tuần. Với thai nhỏ hơn 7 tuần, đôi khi không cần nong cổ tử cung.

¹ WHO. Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems. 2012

Nong và gắp thai khi tuổi thai từ trên 13 tuần cho đến dưới 22 tuần vô kinh (phá thai kế hoạch).

Trong phương pháp này, nong cổ tử cung có thể bằng phương pháp cơ học (que nong) hay sử dụng các chất có tính chất hút nước để giãn nở (laminar) hoặc sử dụng prostaglandin. Thường dùng misoprostol 200 µg uống hay đặt âm đạo trước thủ thuật 3-4 giờ.

Nong cơ học với que nong kim loại được dùng nhiều trong 3 tháng đầu. Que nong thường được chế tạo bằng kim loại, với các cỡ từ 5 mm đến 12 mm, với mỗi bước tăng khẩu kính là 0.5 mm.



Hình 3: Bộ que nong Hegar

Nguồn: wikiwand.com

Thành công còn phụ thuộc và kỹ năng, kinh nghiệm của người thực hiện thủ thuật. Vì thế, thủ thuật này chỉ được phép thực hiện bởi người được huấn luyện và có kinh nghiệm.

Thủ thuật này cũng cần nong cổ tử cung, tùy tuổi thai mà thời gian nong có thể thay đổi từ 2-24 giờ, sau đó làm sạch lòng tử cung bằng cannula 12-16 mm và kèm forceps dài.

Siêu âm hướng dẫn khi thực hiện thủ thuật sẽ tránh tai biến và sót mô.

Bảng 1: So sánh phá thai nội khoa và phá thai ngoại khoa

Phá thai nội khoa	Phá thai ngoại khoa
Không xâm lấn	Xâm lấn
Đòi hỏi tái khám nhiều lần	Đòi hỏi một lần khám
Mất vài ngày đến hàng tuần để hoàn thành	Thường hoàn thành trong vài phút
Áp dụng trong thai nhỏ	Áp dụng trong thai nhỏ và thai lớn
Tỷ lệ thành công cao (94-97%)	Tỷ lệ thành công cao hơn (99%)
Đòi hỏi phải theo dõi để đảm bảo hoàn thành phá thai	Không đòi hỏi theo dõi trong đa số các trường hợp
Có tính bảo mật cho một số trường hợp, thay đổi tùy từng đối tượng	Có tính bảo mật cho một số trường hợp, thay đổi tùy từng đối tượng
Sự tham gia của khách hàng trong nhiều bước	Sự tham gia của khách hàng trong ít bước hơn
Có thể dùng giảm đau nếu muốn	Cho phép dùng an thần, giảm đau
Không đòi hỏi huấn luyện ngoại khoa, nhưng đòi hỏi có thể phải sử dụng biện pháp ngoại khoa	Đòi hỏi huấn luyện ngoại khoa và đôi khi phải có giấy phép

TIẾN TRÌNH PHÁ THAI NGOẠI KHOA

Sau khi tư vấn khách hàng và khách hàng ký giấy cam kết đồng thuận, loại thủ thuật được thực hiện tùy theo tuổi thai và mong muốn của bệnh nhân.

Thăm khám bằng tay cẩn thận để xác định kích thước và tư thế của tử cung.

Trong tam ca nguyệt thứ hai, nong cổ tử cung bằng dụng cụ nong áp lực thẩm thấu (luminaria hoặc dilapan) hoặc một prostaglandin analogue (misoprostol) có hoặc không có nong áp lực thẩm thấu kèm theo². Chuẩn bị cổ tử cung bằng Dilapan hay Misoprostol làm giảm tỉ lệ tai biến và giúp rút ngắn thời gian thực hiện thủ thuật ở những thai kỳ có tuổi thai lớn. Việc nong cổ tử cung cùng ngày thực hiện thủ thuật giúp thuận tiện cho khách hàng.

Kháng sinh quanh thời điểm thủ thuật giúp giảm nguy cơ nhiễm trùng sau thủ thuật. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào chứng minh phác đồ đơn liều hiệu quả hơn phác đồ khác.

- Nghiên cứu tốt nhất ủng hộ việc sử dụng Doxycycline
- 1g Azithromycin có thể được sử dụng
- Nếu có nhiễm chlamydia, sử dụng Doxycycline trong 7 ngày hay Azithromycin 1g liều duy nhất.
- Nếu có viêm đạo do vi khuẩn (bacterial vaginosis), điều trị kháng sinh thích hợp³

Lau cổ ngoài cổ tử cung, và cổ trong cổ tử cung

Gây tê cổ tử cung, có thể sử dụng thuốc an thần nếu muốn.

Kẹp cổ tử cung bằng kẹp pozzi và nong cổ tử cung cơ học nếu cổ tử cung chưa được nong đủ.

Sử dụng kỹ thuật vô trùng, đặt một ống bằng nhựa và hút thai hoặc bằng máy hút hoặc bằng tay hoặc bằng dụng cụ hút chân không bằng tay (MVA)

Đánh giá mô để xác định sự hiện diện của túi thai, gai nhau nếu thai nhỏ. Nếu thai trên 9 tuần, phải thấy được mô thai. Nếu không thấy gai nhau, cần lưu ý đi tìm khả năng thai ngoài tử cung.

Tiêm Globulin miễn dịch Rhesus nếu khách hàng có nhóm máu Rhesus âm.

CÁC BIẾN CHỨNG CỦA PHÁ THAI NGOẠI KHOA

So với phá thai nội khoa, phá thai ngoại khoa ít có nguy cơ sót sản phẩm thụ thai hơn. NNT = 8.

Tuy nhiên, nguy cơ xảy ra biến chứng thủng, nhiễm trùng là cao hơn phá thai nội khoa.

Khi thực hiện phá thai nội khoa, việc sót sản phẩm thụ thai lệ thuộc vào khả năng tổng xuất bằng cơn co tử cung. Sót sản phẩm thụ thai thường gặp ở phá thai nội khoa hơn là phá thai ngoại khoa. Tuy nhiên, điều này không làm giảm giá trị của phá thai nội khoa, do phá thai nội khoa phải đối mặt với các nguy cơ quan trọng là nhiễm trùng và thủng tử cung khi thực hiện thủ thuật.

² Hai nghiên cứu gần đây [Lyons 2013], [Maurer 2013] cho thấy việc chuẩn bị cổ tử cung bằng Dilapan hay Misoprostol có liên quan đến giảm tỉ lệ tai biến và giúp rút ngắn thời gian thực hiện thủ thuật ở những thai kỳ có tuổi thai đến 21 tuần 6 ngày.

³ [Reeves M. et al. 2011]

Nhiễm trùng là biến chứng muộn của phá thai ngoại khoa, có thể kèm theo sót sản phẩm thụ thai.

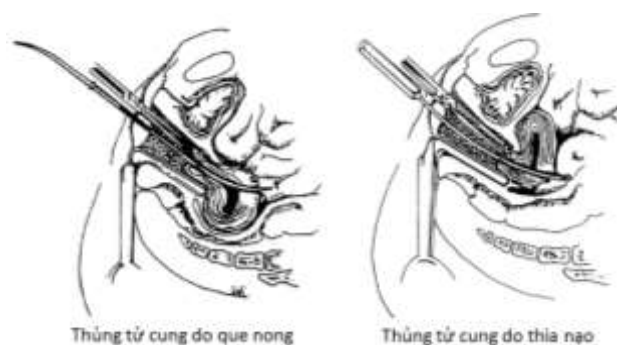
Triệu chứng lâm sàng của nhiễm trùng sau phá thai ngoại khoa cũng giống như các trường hợp viêm nội mạc tử cung và thêm vào đó là có sót sản phẩm thụ thai trong lòng tử cung (mô nhau, mô thai, màng thai). Các triệu chứng gồm sốt, tử cung lớn và mềm, đau bụng dưới và ra máu âm đạo nhiều hơn mong đợi. Siêu âm sẽ giúp xác định có sót mô hay không. Việc điều trị phải tuân thủ nguyên tắc là lấy hết mô còn sót, kết hợp với kháng sinh phổ rộng, bao phủ cả vi khuẩn yếm khí.

Tần suất của nhiễm trùng nội mạc tử cung sau phá thai ngoại khoa vào khoảng 5-20% khi không sử dụng kháng sinh. Kháng sinh dự phòng làm giảm đi ½ số ca bị viêm nội mạc tử cung. Các kháng sinh thường dùng là: doxycycline 100 mg uống 2 lần mỗi ngày (lúc no), hay ofloxacin 400 mg uống 2 lần mỗi ngày, trong ngày làm thủ thuật, hoặc ceftriaxone 1 g truyền tĩnh mạch 30 phút trước thủ thuật.

Thủng tử cung là biến chứng sớm của phá thai ngoại khoa, có thể xảy ra cho mọi phá thai ở bất cứ tuổi thai nào.

Thủng tử cung có thể xảy ra cho mọi phá thai ở bất cứ tuổi thai nào, với tỉ lệ chung là 0.6%. Tuy nhiên, thủng tử cung thường xảy ra hơn với các thai to hơn là thai nhỏ, với ống hút cứng hơn là ống hút mềm, với thủ thuật có nong cổ tử cung bằng dụng cụ hơn là thủ thuật không có nong cổ tử cung bằng dụng cụ.

Có thể hạn chế biến chứng này khi người làm thủ thuật có nhiều kinh nghiệm và nong cổ tử cung bằng các chất hút nước khi phải thực hiện phá thai to trên 12 tuần.



Hình 4: Thủng tử cung do que nong Hegar (trái) và do thìa nạo (phải). Thủng thường xảy ra ở đoạn eo tử cung.

Hình 4a: Thủng tử cung thường xảy ra nhất ở thì nong, khi que nong cứng vượt qua một trở kháng lớn là cổ tử cung chật và cứng.

Hình 4b: Thủng cũng có thể xảy ra ở thì nạo bằng thìa. Vì thế, ngày nay, trong phá thai an toàn, người ta rất hạn chế dùng thìa kim loại để nạo buồng tử cung.

Nguồn: glowm.com

Chảy máu nhiều là triệu chứng của một biến chứng sớm và nặng. Cần phải tìm nguyên nhân để có xử trí thích hợp.

Chảy máu nhiều sau thủ thuật phá thai có thể do rách cổ tử cung, âm đạo, thủng tử cung, sót mô hay đờ tử cung.

Một số nguyên nhân khác hiếm gặp hơn như phân bố động tĩnh mạch ở tử cung bất thường, nhau cài răng lược hay

bệnh lý đông máu. Nhiễm trùng có thể gây chảy máu nhiều, nhưng muộn hơn.

Máu có thể chảy ra ngoài, hay gây ứ máu trong tử cung. Ứ máu gây đau đột ngột sau thủ thuật, với ra máu âm đạo ít. Khám thấy tử cung là khối cầu to mềm, căng. Triệu chứng thường xảy ra trong vòng 1 giờ sau thủ thuật. Cần hút lòng tử cung ngay và cho thuốc co hồi tử cung.

Trong các nguyên nhân chảy máu, đáng sợ nhất là nhau bám ở vùng eo tử cung hay trên vết mổ sinh cũ. Về bản chất, đây là một thai ngoài tử cung (do làm tổ ở vị trí bên ngoài buồng tử cung). Việc phá thai trên các thai này sẽ gây nguy hiểm chết người, với chảy máu ồ ạt, lượng lớn. Vì thế, loại trừ chắc chắn một thai làm tổ ở vị trí bất thường trước khi phá thai là cần thiết, bất chấp đó là phá thai theo phương pháp nào.



Hình 5: Thai ngoài tử cung ở đoạn eo tử cung
Phá thai ngoại khoa trong tình huống này sẽ dẫn đến chảy máu ồ ạt.
Nguồn: embryology.med.unsw.edu.au

Sốt trọn vẹn túi thai hiếm gặp. Thai vẫn phát triển sau phá thai, các triệu chứng của thai vẫn còn. Cần tư vấn với bệnh nhân về cách giải quyết tiếp thai kỳ.

CHĂM SÓC SAU PHÁ THAI NGOẠI KHOA

Sau thủ thuật, khách hàng cần được theo dõi sát lượng máu âm đạo và sinh hiệu trong vòng 30 phút sau khi kết thúc thủ thuật. Có thể dùng thuốc co tử cung như misoprostol hay methylergotamin để ngăn chảy máu nhiều.

Khách hàng cần được thông tin về hiện tượng ra máu âm đạo, có thể có mô sau thủ thuật.

Nhiều khách hàng sẽ cảm thấy đau quặn bụng dưới trong 2 đến 4 ngày sau thủ thuật. Trong trường hợp này, có thể dùng thuốc kháng viêm không steroid để giảm bớt triệu chứng nếu cần thiết.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Uptodate 2015. Overview of pregnancy termination.

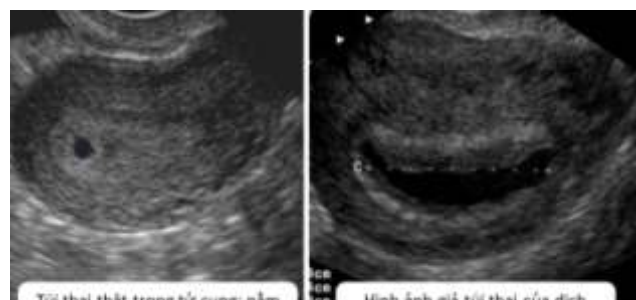
TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

2. WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2012

Cũng phải hướng dẫn khách hàng rằng bà ta cần phải đến cơ sở y tế ngay khi có các triệu chứng bất thường sau (các triệu chứng này thường xảy ra trong tuần đầu):

- Ra máu âm đạo nhiều
- Sốt
- Đau bụng nhiều

Khi có các triệu chứng này, phải nhận biết đây là biến chứng của phá thai ngoại khoa hay của một tình trạng thai ngoài tử cung bị bỏ sót.



Hình 6: Túi thai thật trong tử cung (trái) và túi thai giả của thai ngoài tử cung (phải)

Hình 6a: (trái) Túi thai thật, 5 tuần, đúng vị trong buồng tử cung. Túi thai thật hình dạng tròn đều, có quầng nguyên bào nuôi (dấu vòng đôi), nằm lệch về một phía so với đường giữa lòng tử cung.

Hình 6b: (phải) Túi thai giả, bờ không tròn đều, nằm ngay giữa lòng tử cung, không có quầng nguyên bào nuôi. Hình ảnh này bắt buộc phải nhận biết trước khi phá thai ngoại khoa, do tình trạng rong huyết và đau sau phá thai và của thai ngoài tử cung rất khó phân biệt. Buộc phải loại trừ khả năng có thai ngoài tử cung nếu có đau bụng và rong huyết lượng ít kéo dài sau phá thai.

Nguồn: fetalultrasound.com (6a), obgyn.net (6b)

Để tránh bỏ sót một thai tiến triển, khách hàng cũng cần phải đi khám lại khi:

- Các triệu chứng nghén không mất đi sau 1 tuần
- Không có kinh trở lại sau 6 tuần

Không nên quan hệ tình dục, hay đặt tampon âm đạo trong 2 tuần đầu, để tránh nhiễm trùng.

Nên áp dụng các biện pháp tránh thai hiệu quả cao: dụng cụ tử cung, que cấy tránh thai, tránh dùng các biện pháp ít hiệu quả như tránh ngày phóng noãn, giao hợp gián đoạn.

Nếu có thai ngoài ý muốn nên chấm dứt thai kỳ sớm trước 8 tuần vô kinh.

Phá thai nội khoa là phương pháp ít xâm lấn so với hút nạo thai.

Sau khi phá thai, phải tư vấn khách hàng dùng biện pháp tránh thai hiệu quả.