

Xử trí các trường hợp xảy thai tự nhiên

Pr Henri-Jean Philippe

Hôpital Cochin

Faculté de médecine Paris Descartes

CNGOF

Xả thai tự nhiên

- o **Đồng nghĩa:**

- o fausse couche spontanée = FCS

- o **Định nghĩa (OMS de 1976) :**

- o Phôi hoặc thai bị đẩy ra ngoài một cách tự nhiên trước khi có thể sống được, có nghĩa là dưới 500 gr và/ hoặc dưới 22 tuần

Phân loại theo tuổi thai

Sảy thai tự nhiên sớm dưới 14 tuần

Sảy thai tự nhiên muộn từ 14-22 tuần

Chương trình

- o Thai nghén phát triển không chắc chắn
- o Thai ngừng phát triển
- o Sảy thai không hoàn toàn
- o Sảy thai muộn
- o Sảy thai liên tiếp

Thai phát triển không chắc chắn

- o Hình ảnh siêu âm qua đường âm đạo thấy có túi thai < 25 mm không có phôi hoặc phôi < 7 mm mà không có hoạt động của tim thai

Xử trí



- o Trường hợp thai trong tử cung phát triển không chắc chắn có túi thai
- o Không có túi noãn hoàng- siêu âm kiểm tra lại 14 ngày
- o Không có hoạt động của tim thai trên siêu âm- dừng lại

- o Trường hợp thai trong tử cung phát triển không chắc chắn có túi thai
- o Nếu có túi noãn hoàng → kiểm tra siêu âm 11 ngày
- o Nếu không có hoạt động tim thai trên siêu âm = dừng thai nghén

- o Trường hợp thai trong tử cung phát triển không chắc chắn có túi thai
- o Nếu nhìn thấy phôi thai → kiểm tra siêu âm sau 7 ngày
- o Nếu không có hoạt động tim thai trên siêu âm = dừng thai nghén

Trong trường hợp dọa xảy

- o Không khuyến cáo vì vô ích
- o Bổ sung vitamin
- o Điều trị bằng progesteron hoặc hCG
- o Nằm nghỉ ngơi

Xử trí khi thai nghén ngừng phát triển

- 2 phương pháp điều trị có thể được áp dụng: hút thai hoặc dùng misoprostol
- Nguy cơ biến chứng trong thời gian trước mắt, chấn thương, chảy máu, nhiễm trùng của 2 phương pháp này là hiếm và có thể so sánh (<5%)
- Không khuyến cáo Phương pháp chờ đợi vì làm tăng nguy cơ :thai không xảy tự nhiên, phải làm thủ thuật không có kế hoạch và truyền máu

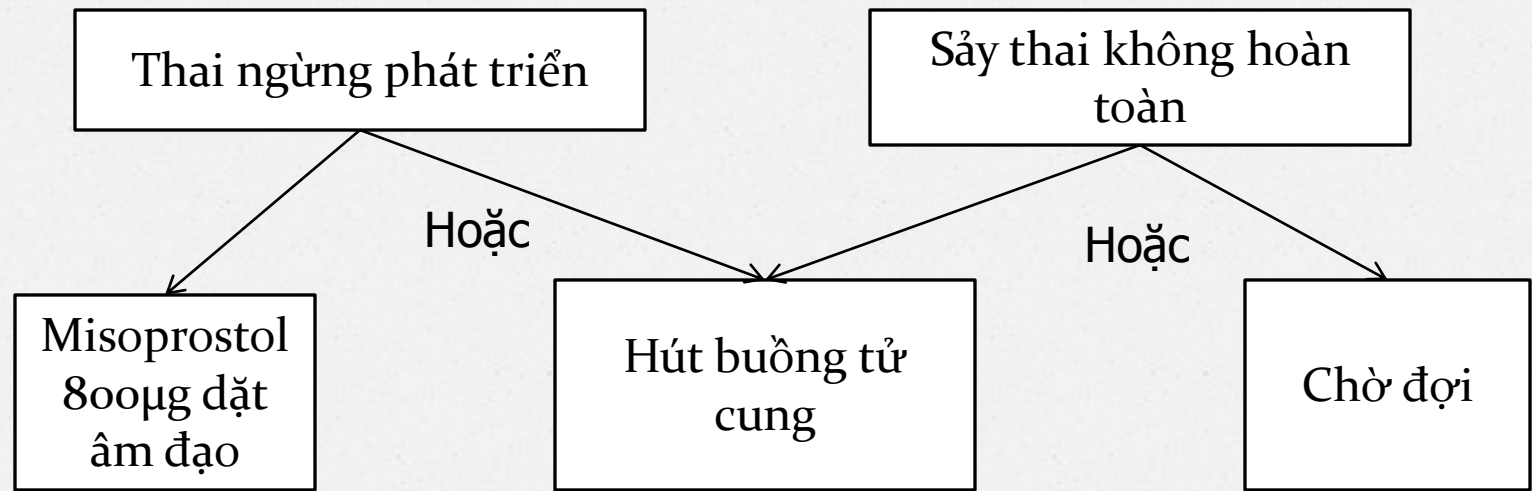
- o Hút thai trong trường hợp thai nghén ngừng phát triển hiệu quả hơn là dùng misoprostol
- o Điều trị nội khoa bằng misoprostol rẻ hơn nhưng chảy máu kéo dài hơn, đau thường gặp hơn, và nguy cơ nhập viện không có kế hoạch tăng lên

Sử dụng misoprostol

- Misoprostol được dùng đặt âm đạo với liều duy nhất là 800µg, có thể nhắc lại sau 24-48 giờ(tỷ lệ thành công thường gặp nhất trên 80%)
- Dùng mifepriston trước không được khuyến cáo
- Nếu túi ối còn tồn tại sau ngậm misoprostol, cần tôn trọng thời gian chờ đợi(hai ngày đến 2 tuần) trước khi quyết định phương pháp điều trị khác

Xử trí xảy thai không hoàn toàn

- o 2 phương pháp điều trị: hút thai hoặc chờ đợi
- o Chờ đợi có thể được áp dụng đầu tiên, nhưng không thể xác định được thời gian chờ
- o Điều trị phẫu thuật(hút thai): tỷ lệ BTC sạch cao 97-98%, nguy cơ chảy máu và nhiễm khuẩn thấp < 5%. Nó cũng làm giảm nguy cơ khám và làm thủ thuật không có kế hoạch so với các phương pháp điều trị khác
- o Hút thai được lựa chọn nhiều hơn nạo thai vì nhanh hơn, ít đau hơn và ít chảy máu hơn
- o Trường hợp xảy thai không hoàn toàn, điều trị nội khoa bằng misoprostol không được khuyến cáo vì không cải thiện tỷ lệ buồng tử cung sạch hoàn toàn sau 2 tuần so với theo dõi đơn thuần và không làm giảm nguy cơ biến chứng chảy máu và nhiễm trùng



Sau xảy thai

- o Không khuyến cáo làm bilan sau 1 hoặc 2 lần xảy, trừ trường hợp nghi ngờ bệnh lý mẹ kèm theo tiềm tàng

Xử trí dọa sảy thai muộn

- o Trong trường hợp cổ tử cung mở hoặc ối thông mà không nhiễm trùng ối hay vỡ ối → khâu vòng cổ tử cung theo kỹ thuật Mc Donald phối hợp với thuốc giảm co như indometacine và kháng sinh
- o trường hợp cổ tử cung ngắn đơn thuần (dưới 25mm qua siêu âm không xóa → progesteron đặt âm đạo hàng ngày (90-200mg/ngày) duy trì tới 34 tuần
- o Nếu cổ tử cung ngắn kèm theo tiền sử sảy thai muộn hoặc đẻ non → khâu vòng cổ tử cung

Thăm dò trong trường hợp xảy thai muộn

- Ngoài thời kỳ thai nghén → tìm bất thường tử cung hoặc bệnh lý tử cung mắc phải bằng siêu âm, soi buồng tử cung hoặc IRM
- Trong thời kỳ thai nghén → đo chiều dài cổ tử cung đường âm đạo từ tuần 15-24

Điều trị dự phòng trong trường hợp tiền sử xảy thai muộn

- o Vách ngăn tử cung và tiền sử xảy thai muộn → cắt vách ngăn tử cung qua soi buồng tử cung
- o Tử cung chữ T → TẠO HÌNH còn đang tranh cãi
- o Bệnh lý trong tử cung → sửa chữa bất thường mắc phải BTC
- o Xảy thai muộn và cổ tử cung ngắn → khâu vòng
- o Xảy thai muộn sau 20 tuần đơn thuần → dùng progesteron

Xảy thai tự nhiên nhắc lại

- o Định nghĩa: có 3 lần xảy thai liên tiếp
- o Chiếm 1-5% các cặp vô sinh

Thăm dò trong trường hợp xảy thai liên tiếp

- o Đái đường
- o Hội chứng antiphospholipid, kháng đông lưu hành, kháng thể cardiolipin
- o Suy giáp với sự xuất hiện các kháng thể
- o Thiếu vitamin B9, B12
- o Tăng prolactin máu
- o Suy giảm dự trữ buồng trứng (đếm nang thứ cấp qua siêu âm vùng chậu vào ngày t3 chu kỳ và định lượng AMH)
- o Dị dạng tử cung hoặc Bất thường tử cung mắc phải
- o Caryotype của cặp , phân tích gen của tổ chức xảy
- o Không khuyến cáo thực hiện bilan bệnh đông máu cũng như gen

Xử trí đối với thai nghén lần sau

- o Điều trị đặc hiệu trong trường hợp
- o Bất thường mắc phải buồng tử cung → phẫu thuật
- o Hội chứng kháng phospholipid → aspirin và Heparin trọng lượng phân tử thấp
- o Suy giáp và /hoặc mang kháng thể kháng tuyến giáp → L-Thyroxin
- o Thiếu vitamin B₁₂ → vit B₁₂ (250-500µg/ngày uống hoặc 1000µg/tuần bằng đường tiêm
- o Không điều trị các trường hợp Sảy thai liên tiếp không giả thích được bằng aspirin, heparin hoặc globulin miễn dịch đường tĩnh mạch

KẾT LUẬN

1. Thai nghén phát triển không chắc chắn: cần tôn trọng thời gian trước khi chẩn đoán là thai ngừng phát triển
2. Xử trí thai ngừng phát triển: hút thai nhưng có thể dùng misoprostol
3. Xử trí sảy thai không hoàn toàn: hút thai nhưng có thể theo dõi
4. Trong trường hợp dọa sảy thai muộn, khâu vòng và dùng progesteron còn đang tranh luận
5. Trường hợp sảy thai liên tiếp, làm toàn bộ bilan nhưng hạn chế