

SÃY THAI

*BS. Nguyễn Châu Trí
Khoa Phụ - BV Từ Dũ*

Sảy thai là khi thai được tổng xuất ra khỏi buồng tử cung trước 20 tuần vô kinh hay khi trọng lượng thai < 500 gr, khi thai chưa có khả năng sống được. (WHO)

I. Nguyên nhân:

1. Yếu tố của thai :

Sự phát triển bất thường của hợp tử, phôi, thai và nhau. 50% trường hợp là không có phôi, 50% do bất thường NST

Bất thường NST

95% bất thường NST do lỗi tổ hợp gene của mẹ, 5% từ bố

Các dạng bất thường NST :

- Autosommal trisomy (tam nhiễm) 13,16,18,21,22 thường hay gặp thai không tồn tại được.
- Đơn nhiễm : Turner (45,X) thai nhi có thể sống
- Tam bội : dẫn đến phù nhau thai => sảy thai sớm.
- Đa bội
- Bất thường cấu trúc: ít sảy thai

NST bình thường

Thường sảy muộn hơn so với các trường hợp sảy do bất thường NST. Thường sảy ở tuần thứ 13, hay gặp ở phụ nữ trên 35 tuổi.

2. Yếu tố của mẹ :

1) Viêm nhiễm :

Nhiễm trùng có thể dẫn đến sảy thai tuy nhiên tỷ lệ này không cao

2) Nội tiết :

Suy giáp: thường dẫn đến sảy thai. Phụ nữ thường thiếu hụt Thyroid do bị rối loạn miễn dịch

Tiểu đường: gặp ở tiểu đường type 2, nguy cơ phụ thuộc vào sự kiểm soát mức độ chuyển hóa trong thai kỳ. Nếu kiểm soát tốt đường huyết trong 21 ngày đầu thì sẽ giảm tỷ lệ sảy thai.

3) Dinh dưỡng

Ăn kiêng chế độ ăn thiếu chất ít gây sảy thai, ngay cả nôn mửa nhiều dẫn đến sụt cân nhiều cũng hiếm khi dẫn đến sảy thai

4) Thuốc và các yếu tố môi trường gây sảy thai :

Thuốc lá

Rượu : nghiện rượu sẽ gây sảy thai và thai dị tật

Caffein : 5 ly caffein mỗi ngày (500mg caffein) sẽ là tăng nguy cơ sảy thai

Phóng xạ

Thuốc ngừa thai : các loại thuốc uống hay bôi để ngừa thai không làm tăng nguy cơ sảy thai. Dụng cụ ngừa thai đặt trong tử cung dễ dẫn đến sảy thai, gây nhiễm trùng.

Chất độc môi trường : arsen, chì, formaldehyde, benzene, ethylene oxide, các loại khí gây mê ...

5) Yếu tố miễn dịch : kháng thể kháng phospholipid, kháng thể kháng tế bào nuôi ...

6) Phẫu thuật vùng bụng: các phẫu thuật nhỏ không phức tạp không làm tăng nguy cơ sảy thai. U buồng trứng có thể bóc mà không ảnh hưởng đến thai kỳ. Một ngoại lệ đó là nang hoàng thể hay là buồng trứng với thể vàng bên trong, nguyên nhân là do progesterone được cung cấp bởi các cơ quan trên. Nếu phẫu thuật ở tuần thứ 8 – 10

cần 1 mũi 17-hydroxyprogesterone caproate 150mg ngay sau phẫu thuật. Nếu ở tuần thứ 6-8 thì cần thêm 2 liều sau liều đầu cách 1 hoặc 2 tuần.

- 7) Chấn thương
- 8) Tử cung bất thường
 - Bất thường tử cung mắc phải :
 - U xơ tử cung to, hay đa NXTC gây sảy thai. Tuy nhiên, vị trí của u xơ quan trọng hơn là kích thước.
 - Đính buồng tử cung (còn gọi là hội chứng Asherman) do nội mạc tử cung bị phá hủy rộng sau nạo phá thai. Số lượng nội mạc còn lại không đủ để nuôi dưỡng dẫn đến sảy thai
 - Tử cung dị tật bẩm sinh : do tiếp xúc với diethylstilbestrol hoặc lý do khác nên quá trình hình thành và sự sát nhập ống Muller bất thường gây dị tật tử cung. Thường gây sảy thai muộn, sanh non, ngôi thai bất thường.
- 9) Hở eo tử cung

3. Yếu tố của cha :

Ít nghiên cứu mối liên quan đến bố, nguyên nhân bất thường NST là chủ yếu.

II. Các hình thái lâm sàng :

1. Đọa sảy thai :

➢ *Lâm sàng:* ra huyết âm đạo ở nửa đầu thai kỳ. Triệu chứng này gặp ở 20-25% phụ nữ trong giai đoạn sớm và tồn tại từ vài ngày đến nhiều tuần lễ. Khoảng 1 nửa các trường hợp trên sẽ dẫn đến sảy thai, nếu có hoạt động của tim thai thì tiên lượng sẽ tốt hơn. Tuy nhiên cần lưu ý nếu thai vẫn bình thường thì thai kỳ này sẽ có nguy cơ cao : sanh non, nhẹ cân, nguy cơ thai lưu ở từ tháng thứ 5 trở đi...

Đau trần bụng dưới xảy ra sau vài giờ, vài ngày sau ra huyết, đôi khi chỉ có cảm giác khó chịu ở vùng chậu. Dù cho tính chất cơn đau như thế nào, nếu cả 2 triệu chứng tồn tại cùng lúc thì tiên lượng sẽ rất dè dặt,

Xử trí :

Không có liệu pháp hữu hiệu. Nên nằm nghỉ ngơi tại giường, có thể dùng thuốc Acetaminophen để giảm khó chịu, dùng progesterone tự nhiên để làm giảm co thắt tử cung. Tránh lao động nặng và cử giao hợp ít nhất 2 tuần sau khi ngừng ra huyết.

2. Sảy thai khó tránh :

Vỡ ối, rỉ ối, cổ tử cung hở ngoài sẽ dẫn đến sảy thai, Nếu ra nước kèm theo đau, chảy máu hoặc sốt thì sảy thai khó tránh được, nên lấy thai ra.

3. Sảy thai không trọn :

Chảy máu kèm theo một phần hay cả bánh nhau nằm trong tử cung. Nhau và thai vẫn còn một phần hay toàn bộ trong tử cung. Trước 10 tuần nhau và thai bị tống xuất chung nhưng sau 10 tuần thai và nhau thường bị tách rời nhau ra. Ở một số trường hợp cần chuẩn bị cổ tử cung trước khi hút thai, đôi khi phần nhau thai nằm ngay tại kênh cổ tử cung, chỉ cần kéo nhẹ bằng kẹp.

Chảy máu thường rất trầm trọng nhưng hiếm khi dẫn đến tử vong. Tiến hành hút sạch lòng tử cung, nếu có sốt phải sử dụng kháng sinh trước khi thực hiện thủ thuật.

4. Sảy thai sớm :

Ngày nay thuật ngữ sảy thai sớm không còn chính xác vì sự phát triển của siêu âm và các xét

nghiệm thử thai. Người phụ nữ hầu như không có triệu chứng gì ngoại trừ xuất huyết, quá trình sảy thai diễn ra tự nhiên.

5. Sảy thai nhiễm trùng (septic abortion):

Các trường hợp sảy thai nhiễm trùng thường trầm trọng và có thể đưa đến tử vong. Nhiễm trùng tử cung là dấu hiệu nhiễm trùng thường gặp, tiếp theo là nội mạc, viêm phúc mạc, nhiễm trùng huyết, thậm chí viêm nội tâm mạc.

III. Xử trí:

Nhờ có siêu âm, chẩn đoán sớm thai lưu sẽ giúp Bs xử trí dễ dàng bằng nhiều phương pháp khác nhau: chờ sảy tự nhiên, đặt thuốc hay dùng thủ thuật. Thủ thuật nạo hút thai xâm lấn nhiều, đôi khi không cần thiết. Chờ sảy tự nhiên, đặt thuốc có thể gây chảy máu nhiều đôi khi cần phải can thiệp bằng thủ thuật.

Một số nghiên cứu cho thấy:

Mức độ thành công từng phương pháp tùy thuộc vào hình thức sảy thai

Đối với sảy thai không trọn có thể chờ để sảy tự nhiên thành công trong 80% trường hợp nghiên cứu, sử dụng Prostaglandin E1 sẽ tăng tỷ lệ thành công.

Thai lưu sớm sử dụng PG E1 uống hoặc đặt âm đạo sẽ hiệu quả khoảng 85% trường hợp nghiên cứu.

Nạo hút thai là giải pháp nhanh nhất với thành công gần như 100%

Nghiên cứu của tác giả	Loại sảy thai	Số lượng BN	Hướng điều trị	Kết quả
Nielsen (1995)	Sảy thai không trọn	103	(1) Chờ sảy tự nhiên	80% sảy trọn sau 3 ngày; chảy máu lượng trung bình kéo dài hơn 1 ngày
		52	(2) Nạo hút thai	
Nielsen (1999)	Sảy thai không trọn	62	(1) Mifepristone 400g uống + PGE ₁ , 600 g sau 48 hrs	82% sảy trọn sau 5 ngày
		60	(2) Chờ sảy tự nhiên	76% sảy trọn sau 5 ngày
Blohm	Có triệu chứng sảy	126	(1) Giả dược	54% sảy trọn sau 7 ngày

(2005)	thai			
			(2) PGE ₁ , 400 g Đặt âm đạo	81% trọn sau 7 ngày; đau nhiều cần phải có thuốc giảm đau
Lister (2005)	Thai lưu	36	(1) Giả dược	40% phải nạo hút thai
			(2) PGE ₁ , 800 g đặt âm đạo	12% phải nạo hút thai
Nguyen (2005)	Sảy thai không trọn	149	(1) PGE ₁ , 600 g uống	60% sảy trọn sau 3 ngày; 95% sau 7 ngày; 3% phải nạo kiểm tra
		145	(2) PGE ₁ , 600 g uống + 600 mg uống sau 4 hrs	
Zhang (2005)	Thai lưu	652	(1) PGE ₁ , 800mg đặt âm đạo	71% sảy trọn sau 3 ngày; 84% 8 ngày ; 16% thất bại
			(2) hút chân không	97% thành công; 3% thất bại

Sảy thai liên tục (sảy thai tái phát)

Định nghĩa: Sảy thai liên tục là khi sảy liên tiếp 3 lần lúc thai nhỏ hơn 20 tuần hoặc trọng lượng thai nhỏ hơn 500g.

Sảy thai liên tiếp khác với sảy thai gián đoạn là có những thai kỳ bình thường giữa những lần sảy thai. Cần phân biệt sảy thai liên tục nguyên phát và sảy thai liên tục thứ phát.

Nguyên nhân sảy thai liên tiếp gần tương tự với sảy thai gián đoạn mặc dù có 1 số khác biệt : ít bất thường nhiễm sắc thể, tổ hợp NST thường là bình thường. Tuổi thai cũng có thể giúp ít, đa số bất thường gen sẽ sảy sớm, còn yếu tố miễn dịch và giải phẫu thường ở tam cá nguyệt thứ 2.

Nguyên nhân	Phương pháp chẩn đoán	Tỷ lệ bất thường	Xử trí
Di truyền	Tổ hợp NST	3–5%	Tư vấn về di truyền, hiến tặng tế bào giới tính
Giải phẫu	Chụp hình tử cung vòi trứng Nội soi buồng tử cung Siêu âm MRI	15–20%	Rạch vách ngăn, bóc u xơ, ...
Nội tiết	Thiếu Progesterone hoàng thể	8–12%	Bổ sung progesterone
	Thyroid-stimulating hormone		Bổ sung Levothyroxine
	Prolactin		Điều trị Dopamine
	Fasting insulin:glucose		Metformin
Miễn dịch	Lupus kháng đông, Kháng thể kháng phospholipid	15–20%	Heparin + aspirin
Viêm nhiễm	Viêm nhiễm cổ tử cung	5–10%	Kháng sinh
Thrombophilia	Antithrombin III, thiếu protein C hay S ; yếu tố V Leiden hay chuyển hóa Prothrombin	8–12%	Heparin + aspirin, Heparin trọng lượng phân tử thấp
	Hyperhomocysteinemia		Bổ sung Folic acid
Tâm lý	Gỡ hời, Giao tiếp	Không xác định	Tư vấn
Môi trường	Thuốc lá, rượu	5%	Thay đổi hành vi
	Độc chất , hóa chất		Ngừng tiếp xúc

Yếu tố di truyền: Genetic

Chiếm khoảng 2-4 % các trường hợp sảy thai liên tiếp, do tổ hợp NST bất thường vẫn là một phần.

Yếu tố cơ thể học: Anatomic

Các bất thường của đường sinh dục có thể dẫn đến sảy thai liên tục. Chiếm khoảng 15 %, các bất thường này có thể là bẩm sinh hay mắc phải (nghiên cứu của Devi Wold)

Bẩm sinh : tử cung có vách ngăn, tử cung 2 sừng, tử cung đôi...

Mắc phải : hội chứng Asherman, u xơ, polype nội mạc tử cung...

Yếu tố miễn dịch: Immunologic

2 dạng chính thường gặp là tự miễn và miễn dịch bởi cơ thể khác.

a) Yếu tố tự miễn :

Hội chứng kháng thể kháng phospholipid :

➤ Tiêu chuẩn lâm sàng:

Ba hay nhiều lần sảy thai trước 10 tuần, sanh non, 1 hoặc nhiều lần thai lưu không rõ nguyên nhân mà hình thái học bình thường hoặc tiền sản giật hoặc bánh nhau không cung cấp đủ dưỡng chất trước tuần 34.

Huyết khối động hay tĩnh mạch mà không có nguyên nhân rõ ràng, những huyết khối nhỏ tại bất kỳ mô hay cơ quan mà không có triệu chứng nào của viêm tắc mạch.

➤ Tiêu chuẩn cận lâm sàng :

Nồng độ kháng thể IgM và IgG kháng lipid tim (anticardiolipin) trung bình hoặc cao.

Tồn tại yếu tố lupus chống đông.

Để chẩn đoán cần ít nhất một tiêu chuẩn lâm sàng và cận lâm sàng.

Kháng thể Antiphospholipid là yếu tố miễn dịch duy nhất mà liên quan đến tiên lượng xấu của thai. Yếu tố này làm sảy thai vì kháng thể này làm ngưng tiết prostacyclin (chất làm giãn mạch và kết tập tiểu cầu). Ngược lại, tiểu cầu sản xuất thromboxane A2 (gây co mạch) đồng thời làm kết tập tiểu cầu. Những kháng thể này cũng làm ngừng hoạt động của Protein C (gây đông máu và hình thành sợi fibrin C). Trên lâm sàng, những yếu tố này dẫn đến đông máu nhanh và đông máu tại bánh nhau.

Phụ nữ với tiền sử sảy thai sớm và nồng độ kháng thể cao sẽ dẫn đến lại bị sảy thai trong 70% trường hợp.

Điều trị :

Sử dụng kết hợp heparin và aspirin liều thấp. Theo American College of Obstetricians and Gynecologists, liều 80 mg mỗi ngày, kèm theo heparine 5000 UI tiêm dưới da 2 lần mỗi ngày. Bắt đầu điều trị khi có thai, kéo dài đến ngày sanh. Mặc dù liệu pháp này làm tăng mức độ thành công nhưng nguy cơ sanh non, vỡ ối, thai suy dinh dưỡng.

b) Yếu tố từ ngoài cơ thể :

Thai phụ cần sản xuất ra các yếu tố khoá (blocking factors) giúp chống lại các kháng nguyên từ cha vì đây là những kháng nguyên lạ. Nếu có cùng HLAs (Human Leukocyte antigens) với chồng thì người phụ nữ sẽ không thể sản xuất ra blocking factors. Về điều trị thì vẫn chưa có liệu pháp nào thực sự hiệu quả.

Yếu tố nội tiết : Endocrinologic

Chiếm khoảng 8-12 %

➤ Giảm Progesterone:

Bánh nhau hay hoàng thể tiết ra không đủ lượng Progesterone sẽ dẫn đến sảy thai. Tuy nhiên đa số thường gặp ở đầu thai kỳ. Điều trị bằng cách bổ sung Progesterone hoặc dùng Chlomiphene citrate tuy nhiên không có điều trị nào thực sự hiệu quả.

➤ Buồng trứng đa nang :

Chưa có học thuyết nào chứng minh cụ thể tuy nhiên 2 giả thiết được đưa ra là sự tăng LH và hội chứng tăng Insuline ảnh hưởng đến chức năng buồng trứng. Cả LH và b-HCG đều hiện diện ở nội mạc tử cung và LH nồng độ cao sẽ khiến khó thụ thai. LH tăng sẽ ảnh hưởng trực

tiếp đến sự phát triển của noãn bào.

Một giả thuyết khác LH làm tăng nồng độ androgen ở buồng trứng, yếu tố này làm hẹp các nang và giảm sự phát triển của các noãn bào.

Một số nghiên cứu cho thấy điều trị bằng Metformin (thuốc gây nhạy cảm với insulin) giúp giảm tỷ lệ sảy thai.

➤ Tiểu đường :

Sảy thai liên tiếp và dị tật bẩm sinh đều có liên quan đến bệnh nhân tiểu đường type 2

➤ Suy giáp :

Kháng thể tự miễn kháng Thyroid làm tăng nguy cơ sảy thai. Nên thử nghiệm TSH cho bn sảy thai liên tiếp vì suy giáp thường khó phát hiện trên lâm sàng

Viêm nhiễm:

Có thể gây sảy thai nhưng sảy thai liên tiếp lại ít gặp vì cơ thể có thể thích ứng sau lần viêm nhiễm đầu.

Tài liệu tham khảo :

Sách sản phụ khoa Trường ĐH Y Dược TPHCM

Dịch từ : William gynecology 2008

BỆNH VIỆN TỰ DŨ