

Ths.Bs Nguyễn Thị Ngọc Loan - Trưởng ngành CĐYT Quãng Nam

Với những người làm chuyên môn sản khoa, công tác sinh môn là chuyện xò a nh trái đũa. Tôi bác sĩ cho đến nay h sinh, ai ai cũng thu hoạch lòng các lợi ích của việc công tác sinh môn trong đó. Nào là công tác sinh môn giúp thai sản nhanh đẻ tránh thai suy, bỏ o và đẻ u thai nhi trong trường hợp hợp thai non tháng. Nào là chỉ đạo công tác sinh môn sản tránh mất đẻ nguy rách phôi cho mẹ, ngăn chặn chảy máu dẫn ra quá mức, để đó tránh các hậu quả sa băng quang, sa trực tràng, tiêu, tiểu không thể chịu và sau... Còn trình độ kỹ thuật thì không phải nói. Ai cũng quá thành thạo đến mức không có lỗi do thủ thuật này quá đến giờ, lợi ích của việc này khá thú vị xuyên!



Cắt tỉng sinh môn vốn có những chỗ đáng chú ý. Tuy nhiên với những sinh con sơ, chỗ đáng chú ý của cắt tỉng sinh môn dường như đã trở thành thói quen. Thỉnh thoảng gần đây nhiều nghiên cứu lâm sàng đã so sánh những lợi ích và hậu quả của cắt tỉng sinh môn giữa 2 nhóm cắt tỉng sinh môn thói quen và cắt tỉng sinh môn chọn lọc. Kết quả họ đưa ra làm chúng ta phải suy nghĩ.

Fritel đã nghiên cứu 627 trẻ em sinh con sơ có cắt tỉng sinh môn, trong đó 307 trẻ em sinh con sơ có cắt tỉng sinh môn thói quen và 320 trẻ em sinh con sơ có cắt tỉng sinh môn chọn lọc. Tại thời điểm 4 năm sau sinh, tác giả thấy rằng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tử vong không do chèn ép, đau sinh môn và đau khi quan hệ tình dục giữa 2 nhóm. Nguy cơ không tử vong của cả vòng hậu môn tăng gấp 2 lần ở nhóm cắt tỉng sinh môn thói quen ($OR=1,84$; $95\%CI=1,02-3,22$). Tuy đó tác giả kết luận việc cắt tỉng sinh môn thói quen không có tác dụng ngăn chặn việc tiêu, tử vong không do chèn ép cho phụ nữ sau sinh [4]. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Carroli. Tác giả Carroli cũng không thấy có sự khác biệt về chèn ép âm đạo, sinh môn trầm trọng ($RR=0,92$; $95\% CI=0,71-1,18$); tử vong không do chèn ép ($RR=0,98$; $95\% CI=0,79-1,20$) và đau khi quan hệ tình dục ($RR=1,02$; $95\%CI=0,90-1,16$) giữa 2 nhóm cắt tỉng sinh môn thói quen và cắt tỉng sinh môn chọn lọc [2].

Nhóm xác định xem việc cắt tỉng sinh môn thói quen có giúp ngăn chặn rách sinh môn độ 3, 4 hay không, Rodriguez đã nghiên cứu 446 trẻ em sinh con sơ có cắt tỉng sinh môn, trong đó 223 trẻ em sinh con sơ có cắt tỉng sinh môn thói quen và 222 trẻ em sinh con sơ có cắt tỉng sinh môn chọn lọc. Kết quả là tử vong rách sinh môn độ 3,4 ở nhóm cắt tỉng sinh môn thói quen cao hơn nhóm cắt tỉng sinh môn chọn lọc ($RR=2,12$; $95\%CI= 1,18-3,81$) [5]. Nghiên cứu của Carroli cũng cho kết quả tương tự. So với cắt tỉng sinh môn thói quen, cắt tỉng sinh môn chọn lọc ít gây rách sinh môn độ 3,4 hơn ($RR=0,67$; $95\% CI=0,49-0,91$), và ít biến chứng trong quá trình liên hệ hơn ($RR=0,69$; $95\% CI=0,56-0,85$) [2].

Để đánh giá xem việc cắt tỉng sinh môn chọn lọc đầu tiên có ảnh hưởng đến tử vong rách sinh môn tự nhiên hay không, Alperin đã nghiên cứu 6052 trẻ em sinh con sơ vào sinh tại bệnh viện Magee-Women từ 1995- 2005, trong đó có 47,8% trẻ em sinh con sơ có cắt tỉng sinh môn trong lần đầu tiên. Kết quả là tử vong rách sinh môn tự nhiên ở 2 nhóm có tỉ lệ số cắt tỉng sinh môn và nhóm không có tỉ lệ số cắt tỉng sinh môn lần đầu tiên là 51,3% và 26,7% ($P<0,01$; $OR=4,47$; $95\% CI=3,78-5,30$). Tử vong rách sinh môn tự nhiên ở 3,4 ở 2 nhóm lần đầu tiên là 4,8% và 1,7% ($P<0,01$; $OR=5,25$; $95\% CI=2,96-9,32$). Như vậy cắt tỉng sinh môn chọn lọc đầu tiên sẽ làm tăng nguy cơ rách sinh môn chọn lọc sau [1].

Nghiên cứu của Ejegard liên quan tâm đến sinh hoạt tình dục của các phụ nữ có cắt tỉng sinh môn vào thời điểm 12-18 tháng sau sinh. Tác giả đã nghiên cứu 2 nhóm, 110 phụ nữ sinh con sơ có cắt tỉng sinh môn và 153 phụ nữ đẻ tự nhiên không cắt tỉng sinh môn. Tác giả kết luận

ring cắt tầng sinh môn làm tăng nguy cơ đau và khô âm đạo khi quan hệ tình dục trong suốt 2 năm sau sinh [3].

Qua nghiên cứu của mình, tác giả Signorello cũng thấy rằng, người có cắt tầng sinh môn có nguy cơ đi tiểu không tự chủ cao gấp 4-6 lần người có tầng sinh môn nguyên vẹn và cao gấp 3 lần người bị rách tầng sinh môn tự nhiên [6].

Như vậy việc cắt tầng sinh môn đã đem lại một số bất lợi cho người phụ nữ sau sinh. Cắt tầng sinh môn thường quy trong đó không mang lại những lợi ích vượt trội so với cắt tầng sinh môn chọn lọc, thậm chí còn đem lại một số nguy cơ cho sản phụ. Do vậy Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ khuyến cáo các nhà sản khoa nên áp dụng cắt tầng sinh môn chọn lọc trong các trường hợp thai suy cần lấy thai ra nhanh, sinh thiếu hụt, đẻ khó do vai, ngôi ngược, ngôi chồm kiếu đầu sau và những trường hợp sản phụ không cắt được, tầng sinh môn sẽ bị rách phức tạp. Vì thế nên ý của nhóm nghiên cứu cùng. Người đẻ phải hết sức cân nhắc quyết định cắt tầng sinh môn cho thai phụ nhằm đảm bảo sức khỏe cho trẻ và mẹ cả trong và sau sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alperin M., Krohn M.A., and Parviainen K. (2008), "Episiotomy and increase in the risk of obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery", *Obstet Gynecol*, 111(6), pp. 1274-8.
2. Carroli G. and Mignini L. (2009), "Episiotomy for vaginal birth", *Cochrane Database Syst Rev*, (1), pp. CD000081.
3. Ejegard H., Ryding E.L., and Sjogren B. (2008), "Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up", *Gynecol Obstet Invest*, 66(1), pp. 1-7
4. Fritel X., Schaal J.P., Fauconnier A., et al. (2008), "Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy", *BJOG*, 115(2), pp. 247-52
5. Rodriguez A., Arenas E.A., Osorio A.L., et al. (2008), "Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth-degree lacerations in nulliparous women", *Am J Obstet Gynecol*, 198(3), pp. 285 e1-4
6. Signorello, L.B., Harlow B.L., Chekos A.K., et al. (2000), "Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study", *BMJ*, 320(7227), pp. 86-90