

HỦY THAI



ĐƠN VỊ CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH
KHOA KHÁM BỆNH
BỆNH VIỆN TỪ DŨ

GIỚI THIỆU

- Hủy thai: bơm thuốc gây ngừng tim thai trong tử cung trước chấm dứt thai kỳ vì lý do y khoa
- Tại sao phải thực hiện thủ thuật này: tránh cho ra đời những trẻ DTBS sẽ sống, nhưng không có khả năng điều trị triệt để sau sanh → chất lượng cuộc sống kém

VẤN ĐỀ

- Tầm soát chưa đồng bộ từ các tuyến cơ sở
- Những tiến bộ trong chẩn đoán trước sinh → phát hiện thêm những dị tật có tiên lượng xấu
- Một số trường hợp cần thời gian theo dõi → chẩn đoán có bất thường → Tuổi thai lớn → sống sau chấm dứt thai kỳ → giải quyết thế nào???



VẤN ĐỀ

BVTD: 2008: 95, 88, 7
2009: 114, 103, 11
2010: 92, 85, 7

*"Làm ngừng sự sống một trẻ sơ sinh sau sanh?
Ngừng tim thai trong tử cung trước khi chấm dứt
thai kỳ?"*



TÍNH PHÁP LÝ

Khung pháp lý khác biệt giữa các quốc gia: Pháp, Anh, Xứ Wales, Bỉ, Na Uy, Thụy Điển, Phần Lan, Israel, Trung Quốc, Ấn Độ, Cuba, Canada, Australia, một số bang tại Hoa Kỳ như Kansas, Georgia, Michigan và New York: Chấm dứt thai kỳ y khoa hợp pháp *bất chấp tuổi thai, không sống khi ra đời*

Việt Nam: Nếu thai > 22 tuần, nên làm cho thai nhi chết trong tử cung trước khi đình chỉ thai nghén (chuẩn quốc gia 2009)



ĐẠO ĐỨC Y KHOA

Cho ra đời những đứa trẻ:

- Không có khả năng tự sống
- DTBS không có khả năng sửa chữa
- Thể chất và trí tuệ không phát triển bình thường

→ Chất lượng cuộc sống rất kém.
→ Không thể hòa nhập cộng đồng
→ Tự ti mặc cảm
→ Gánh nặng bản thân, gia đình và xã hội.

??????

CHỈ ĐỊNH

Có chỉ định chấm dứt thai kỳ tuyệt đối:

- Rối loạn nhiễm sắc thể: 13, 18, 21
- Các dị tật không có khả năng sống,
- Các dị tật không có khả năng điều trị triệt để sau sanh → chất lượng cuộc sống kém (đã có hội chẩn liên chuyên khoa, kết luận tiên lượng xấu).



7

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

• Tuyệt đối:

- Tiền căn dị ứng với các thuốc sẽ dùng trong thủ thuật

• Tương đối:

- Tiền căn hay ngắt xiu không rõ nguyên nhân
- Tiền căn có dị ứng thuốc nhưng không nhớ rõ loại nào
- Bệnh lý nội khoa chưa ổn định, BS GMHS chưa đồng ý cho tiến hành thủ thuật
- Có thể đăng ký làm thủ thuật tại PM

8

ĐIỀU KIỆN TIẾN HÀNH HỦY THAI

- Tuổi thai \geq 26 tuần
- Có biên bản tư vấn về tình trạng thai, về thủ thuật hủy thai và các tai biến, thất bại có thể xảy ra khi tiến hành thủ thuật
- Có đơn xin bỏ thai và cam kết không khiếu kiện theo mẫu qui định
- Đã có biên bản khám tiền mê cho tiến hành thủ thuật

Nếu thiếu 1 trong các điều kiện trên sẽ tạm ngưng tiến hành hủy thai



CHỌN PHÁC ĐỒ

- Phác đồ 1: Tĩnh mạch rốn.
- Phác đồ 2: Bùồng tim thai.
- Thuốc sử dụng tùy thuộc sự chọn lựa phác đồ

10

ĐỊA ĐIỂM TIẾN HÀNH THỦ THUẬT

- Đơn vị chẩn đoán trước sinh
- Nơi tiến hành thủ thuật: phòng thủ thuật của ĐVCĐTS
- Số lượng: tối đa 3 ca/ ngày



THỰC HIỆN

- Nhân lực: (êkip/ 1 ca)
 - 2 BS (1 thực hiện việc đi kim+ siêu âm, 1 thực hiện bơm thuốc)
 - 2 Nữ hộ sinh
- Thời gian bắt đầu thực hiện: 05/ 8 /2011
- Tổng số ca đã thực hiện: 85 ca (tính đến ngày 09/12/2011)



QUI TRÌNH THỰC HIỆN

A. CHUẨN BỊ

Sau khi có chỉ định chấm dứt thai kỳ:

- . Tư vấn về thủ thuật hủy thai
- . Đơn xin hủy thai và cam kết không khiếu kiện.
- . Khám tiền mê → cho phép → tiến hành hủy thai theo qui trình.
→ chưa cho phép → tiếp tục hoàn tất hồ sơ theo yêu cầu chuyên môn của BS tiền mê → tiến hành thủ thuật



13

QUI TRÌNH THỰC HIỆN

B- TIẾN HÀNH THỦ THUẬT

- Uống Diazepam 5mg/ 1v (trước thủ thuật 2g)
- Nằm nghỉ tại phòng chờ ĐVCĐTS
- Với bệnh nhân đã nhập viện :
→ Khoa Sản A đt hẹn ngày giờ trước
→ đưa BN xuống
→ Diazepam do ĐVCĐTS cho uống



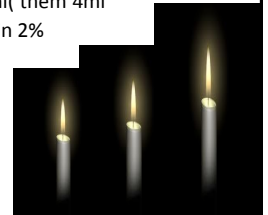
QUI TRÌNH THỰC HIỆN

1. Tư thế người bệnh : Nằm ngửa
2. Bộc lộ vùng bụng- rửa bụng lần 1 bằng cồn trắng 70^o
3. Trải champ lỏ
4. Siêu âm kiểm tra thai , nhau , ối :
Chú ý cương rốn phía bánh nhau và vị trí tim thai để quyết định chọn phác đồ phù hợp
5. Sát khuẩn lần 2 (vùng đưa kim vào) bằng bétadine



QUI TRÌNH THỰC HIỆN

6. Gây tê bằng Lidocain 2%, 2ml/ 01 ống
7. Sử dụng kim chọc ối (spinocan 20) đưa vào cương rốn, thử bằng bơm NaCl 9^o/_{oo})
8. Bơm Sufentanyl 50mcg/ 1ml(thêm 4ml nước cất, lấy 1ml) → Lidocain 2% 2ml/ 1ống (tối đa 15 ống)



QUI TRÌNH THỰC HIỆN

9. Kiểm tra lại tim thai :
 - Ngưng đập → Thành công
 - Sau 30 phút còn đập → Thất bại → Làm tiếp bước (10)
10. Đưa đầu kim vào buồng tim thai rút thử ra máu → bơm 5 ống (10ml) Lidocain hoặc 4 - 5ml Kali chloride 10% (ống 10ml)



QUI TRÌNH THỰC HIỆN

11. Kiểm tra lại tim thai 2 lần(ngay sau bơm thuốc và sau 30ph, hoặc trước khi nhập viện): chắc chắn không còn đập → thành công
12. Rút kim - sát khuẩn lần 3 bằng cồn iode -dán băng keo
13. Nằm theo dõi tại phòng chờ:
→ ổn(mạch, H.A, đứng dậy đi lại bình thường)
→ Nhập Sản A khởi phát chuyển dạ trong ngày hoặc hôm sau



ĐÁNH GIÁ THỦ THUẬT THẤT BẠI

- Tụt H.A, ngắt xi không rõ nguyên nhân trong quá trình làm → tạm ngưng thủ thuật
→ nhập viện, hôm sau làm lại
- Chích đủ liều thuốc tối đa nhưng tim thai còn đập



KẾT QUẢ

- Tuổi: 21 - 41
- Địa chỉ:
 - Thành phố: 2
 - Tỉnh: 18
- Nghề nghiệp:
 - Nội trợ: 4
 - Buôn bán: 4
 - Làm ruộng: 5
 - Công nhân: 5
 - Viên chức: 2



Chỉ định	Tuổi thai (tuần)	Cân nặng (gr)
- Não úng thủy nặng	28	1450
- NUT + xuất huyết trong não thất	31; 33	2000, 2200
- NUT nặng + bất sản thể chai	29; 30	1500, 1900
- Porencephaly	32	1900
- Đầu nước (hydran C)	33(2)	1750, 2000
- Chè não	30, 31	1800, 1950
- Holoprosencephaly	30, 36	1450, 2850

Chỉ định	Tuổi thai (tuần)	Cân nặng (gr)
- Rubella bẩm sinh	30 (2)	1500, 1700
- Rubella BS + Thalassemie đồng hợp tử	33	900
- 3NST 13, 18	26, 28	1400, 1350
- Đa DTBS	28, 29	2400, 1360
- Thoát vị rốn chửa gan(spina BIFIDA)	28	1350

KẾT QUẢ

- Thời gian thực hiện:
 - Trung bình: 15ph- 20ph
 - Lâu nhất: # 40ph



KẾT QUẢ

- Lượng thuốc:
 - Lidocaine 2% 2ml/ ống
 - Trung bình: 10 – 14ml(5-7 ống)
 - Tối đa: 20ml(10 ống)
 - Thất bại với Lidocaine → chuyển tiếp cận buồng tim, bơm 4ml KCL 10%



26

KẾT QUẢ

- Tiếp cận dây rốn thất bại → đi trực tiếp buồng tim: 3 trường hợp
- Một số sản phụ cảm nhận khó chịu khi nằm ngửa → cho sản phụ nằm nghiêng bên 30°
- 1 trường hợp tụt HA sau tê Lidocaine → tạm ngưng thủ thuật, thở oxy, truyền dịch



KẾT QUẢ

- Thời gian trung bình: từ lúc hủy thai → khởi phát chuyển dạ: 24 giờ
- Phương thức khởi phát chuyển dạ:
 - Kovak's: 1 lần (16/20 ca), 2 lần (3/20; trong đó 1 ca có ngậm Misoprostol), 3 lần (1/20)
 - Tăng co với Oxytocin trong CD (8/20 ca)



KẾT QUẢ

- Tai biến sau sanh:
 - sanh thường (100%)
 - không BHSS: 100 % máu mất < 200ml
 - không sót nhau
 - không nhiễm trùng hậu sản
 - không ghi nhận tác dụng phụ gì của thuốc
- Thời gian nằm viện trung bình:
 - 4-5 ngày(tính từ lúc hủy thai)



NHẬN XÉT

- Tuổi thai: 28 → 36 tuần
 - Tập trung ở tuổi thai 28 → 30 t
 - Đa số các trường hợp là ở tình (18/20 trường hợp)
- Về tuổi thai lớn:
 - chẩn đoán DTBS trễ có liên qua
 - * Tầm soát không đầy đủ
 - * Khám thai trễ, không thường
 - * Trình độ học vấn



NHẬN XÉT

- Cân nặng: 900 → 2850gr
- Chỉ định:
 - Đa phần là khuyết tật ống thần kinh (12/20 ca # 60%);
 - đặc biệt là não úng thủy (khó tiên lượng diễn tiến, chẩn đoán thể nặng khi tuổi thai đã lớn)



NHẬN XÉT

- Thời gian thực hiện:
 - trung bình: 10ph- 15ph
 - lâu nhất: # 40ph
- Mức độ khó tùy thuộc:
 - vị trí bánh nhau, dây rốn
 - kèm đa ối hay không
 - vận động của bé (nhiều → khó làm và dễ tuột kim)



NHẬN XÉT

- 1/ Về thái độ chấp nhận thủ thuật của khách hàng:
- . 100% hài lòng khi được làm thủ thuật
 - . Sau khi làm thủ thuật: tinh thần ổn định, không bị áp lực vì lo sợ bé sẽ sống sau sanh



NHẬN XÉT

- 2/ Về tinh thần làm việc của êkíp thực hiện thủ thuật:
- . Chấp nhận vì sự cần thiết của công việc và lợi ích chung của cộng đồng
 - . Stress
 - . Tâm linh???



NHẬN XÉT

- 3/ Về sự hài lòng của êkíp đỡ sanh:
- . Hoàn toàn hài lòng vì thai đã lưu, không lo tổn thương bé trong khi sanh → cuộc sanh dễ dàng.
 - . Không khó xử sau sanh:
 - hời sức ???
 - bỏ mặc ???



KẾT LUẬN

- Đưa thủ thuật hủy thai vào qui trình chuyên môn là cần thiết
- Loại bỏ gánh nặng về vật chất và tinh thần cho gia đình và xã hội
- Cho ra đời thế hệ trẻ lành lặn về thể chất và trí tuệ
- Nâng cao chất lượng dân số, nền tảng phát triển quốc gia



ĐỀ XUẤT

- Có thêm phòng lưu bệnh: để chuẩn bị bệnh nhân, và lưu bệnh theo dõi tại khoa cho tốt
- Thêm phòng thủ thuật để giảm thời gian chờ đợi của những BN khác
- Thành lập 1 qui trình khép kín từ lúc nhận bệnh tư vấn đến làm thủ thuật hủy thai- khởi phát chuyển dạ và kết quả sau sinh → Quản lý hồ sơ (lưu bệnh án làm NCKH)



ĐỀ XUẤT

- Cần phối hợp thêm xét nghiệm di truyền và nhà giải phẫu bệnh học
 - để đi tới chẩn đoán cuối cùng căn nguyên của bệnh
 - Chuẩn bị cho thai kỳ sau được chu đáo tới mức có thể



HƯỚNG NGHIÊN CỨU TIẾP THEO

- Giảm ối trong đa ối gây chèn ép → Đánh giá hiệu quả, độ an toàn trên kết cục thai kỳ
- Giảm chu vi vòng đầu, vòng bụng trong não úng thủy thể nặng, bụng cóc có chỉ định CDTK → Đánh giá hiệu quả, độ an toàn của thủ thuật, tính khả thi cho cuộc sanh
- So sánh tính khả thi giữa hủy thai bằng đường TM rốn với đường tiếp cận buồng tim



XIN CẢM ƠN



CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

ĐƠN XIN HỦY THAI (thai lớn hơn, bằng 26 tuần)

Kính gửi : BAN GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN TỬ ĐO
ĐƠN VỊ CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH

Tôi tên là : (Họ và Tên thai phụ) Tuổi :

Chồng là :

Hiện ngụ tại :

Điện thoại liên lạc :

Trong quá trình tầm soát thai kỳ tại ĐƠN VỊ CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH , chúng tôi biết được hiện tại Thai nhi khoảng.....tuần , bị dị tật bẩm sinh

Sau khi được tư vấn, biết thai nhi có khả năng sống, nhưng khó có thể chỉnh sửa dị tật bằng phẫu thuật cho bé sau sinh, gia đình chúng tôi đã bàn bạc kỹ và quyết định xin được chấm dứt thai kỳ. Chúng tôi cũng đã được nghe tư vấn kỹ về việc làm ngừng tim thai (tức là làm cho thai nhi chết) trước khi lấy thai ra, chúng tôi hiểu rõ và xin được làm thủ thuật này trước khi lấy bé ra.

Chúng tôi cam kết :

-Chấp hành mọi qui định của Bệnh viện.

-Hoàn toàn chịu trách nhiệm về quyết định hủy bỏ thai này.

-Chấp nhận mọi tai biến có thể xảy ra khi tiến hành thủ thuật làm chết thai và bỏ thai (tai biến trước mắt và lâu dài về sau).

-Không khiếu nại hoặc kiện tụng vì bất cứ lý do gì sau này.

Chúng tôi tha thiết mong được quý Bệnh Viện chấp thuận.

Tp-HCM , Ngày Tháng ... Năm...

Chồng

(Ký và ghi rõ họ tên)

Vợ

(Ký và ghi rõ họ tên)

41

CHỈ ĐỊNH CHẤM DỨT THAI KỲ TUYỆT ĐỐI

I. Rối loạn di truyền và đột biến gene:

- Trisomy 13 (Hội chứng Patau)
- Trisomy 18 (Hội chứng Edwards)
- Trisomy 21 (Hội chứng Down)
- Monosomy X (Hội chứng Turner)
- Thalassemia đồng hợp tử

II. Nhiễm Rubella cấp tính trong tam cá nguyệt I

III. Dị tật hình thể nặng (phát hiện qua siêu âm):

không có khả năng sống, không thể điều trị triệt để sau sinh, để lại những di chứng nặng nề, chất lượng cuộc sống kém

42

CHỈ ĐỊNH CHẤM DỨT THAI KỲ TUYỆT ĐỐI

A. Đầu mặt cổ

- Vô sọ(Anencephaly): không có vòm sọ, bán cầu đại não bị tiêu hủy
- Lòai não: không có vòm sọ, não nằm tự do trong buồng ối
- Não úng thủy(Hydrocephaly, Hydrocephalus) thể nặng (Ngã tư não thất dẫn(dẫn não: Ventricular cephalie) >17mm, hoặc lượng dịch chiếm >1/2 thể tích hộp sọ, hoặc nhu mô não bị phá hủy)
- Đầu nước (Hydranencephaly) : Nhu mô não bị thoái hoá nước
- Chẻ não(Schizencephaly)

43

CHỈ ĐỊNH CHẤM DỨT THAI KỲ TUYỆT ĐỐI

A. Đầu mặt cổ

- Một não thất duy nhất(Holoprosencephaly): bán cầu đại não không phân chia: 1mắt, 1mũi...
- Bất sản thể chai(agenesis of corpus callosum): thể chai liên kết 2 bán cầu đại não→ thiếu năng trí tuệ
- Thoát vị màng não và não(Encephalomeningocele)
- Tật liền não(Iniencephaly): xương chẩm, đốt sống cổ- ngực hông có hoặc bị tiêu giảm→ không có cổ, đầu ngật, ngực ưỡn, da mặt liền ngực...

44

CHỈ ĐỊNH CHẤM DỨT THAI KỲ TUYỆT ĐỐI

B. Lồng ngực:

- Dị tật tim: Có hội chẩn của viện tim đồng ý chấm dứt thai kỳ
- Tăng sinh tuyến dạng nang ở phổi(Congenital Cystic Adenomatoid Malformation) có biến chứng phù thai, hoặc nhu mô phổi hầu như không còn.

45

CHỈ ĐỊNH CHẤM DỨT THAI KỲ TUYỆT ĐỐI

C. Bụng:

- Bất sản thận hai bên(Hội chứng Potter): thiếu ối nặng, tai đóng thấp, cằm nhỏ, co cứng chi, chân khoèo, thiếu sản phổi
- Loạn sản thận 2 bên gây vô ối(Multicystic Renal Dysplasia)
- Thoát vị rốn chưa gan.
- Hở thành bụng: đk hở chiếm >1/2 thành bụng trước, có chứa ruột gan
- Lộn ổ nhớp-bàng quang(Cloacal Extrophy): Hở thành bụng dưới, bàng quang nằm ngoài bụng và lộn ngực, xương mu tách đôi, trào ngược BQ- niệu quản

46

CHỈ ĐỊNH CHẤM DỨT THAI KỲ TUYỆT ĐỐI

D. Chi, cột sống:

- Gù vẹo gập góc biến dạng cột sống(Kyphoscoliosis)
- Chẻ đôi đốt sống kèm thoát vị tủy- màng tủy (Myelomeningocele) ≠ (Spina bifida: hở khe đốt sống, không đóng phần sau đốt sống)
- Bất sản sụn, loạn sản sụn, tạo xương bất toàn, loạn sản ngắn cong chi.
- Hội chứng chim cánh cụt(Phocomelia)
- Cụt chi: không có xương cánh tay / chân và xương cẳng tay / chân (cả tay và chân)

E. Đa dị tật: Có kết luận của hội chẩn liên chuyên khoa tiền lượng xấu

F. Thai tích dịch(Phù nhau thai.) Fetal Hydrops

47