ISSN 1859-3844

TẠP CHÍ PHỤ SẢN

TẬP 15 (04), 03 - 2018

JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

VAGO
HỘI PHỤ SẢN VIỆT NAM

ẤN BẢN CHÍNH THỨC CỦA HỘI PHỤ SẢN VIỆT NAM
Official publication of Vietnam Association of Gynecology and Obstetrics

MỤC LỤC

TỔNG QUAN

08 - 13 VAI TRÒ KẸP RỐN MUỘN SAU SINH DỰA TRÊN Y HỌC BẰNG CHỨNG
Nguyễn Trần Thảo Nguyên, Nguyễn Thị Lê Na, Lê Minh Tâm, Cao Ngọc Thành

14 - 21 TIẾP CẬN XỬ TRÍ LỘN LÒNG TỬ CUNG SAU SINH DỰA TRÊN Y HỌC BẰNG CHỨNG
Hồ Thị Thanh Tâm, Lê Minh Tâm, Trương Quang Vinh

22 - 29 CẬP NHẬT SỬ DỤNG CORTICOSTEROIDS TRƯỚC SINH: LIỆU CHÚNG TA CÓ QUAY LẠI TỪ ĐẦU?
Nguyễn Duy Linh

30 - 35 TỔNG QUAN ĐÔNG LẠNH NOÃN TỪ LÂM SÀNG ĐẾN LABO PHÔI HỌC
Trần Tú Cầm, Lưu Thị Minh Tâm, Huỳnh Gia Bảo

SẢN KHOA – SƠ SINH

36 - 40 TÌNH HÌNH ĐẺ NON VÀ CÁC PHƯƠNG PHÁP XỬ TRÍ TẠI KHOA ĐẺ BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG
Đào Thị Huyền Trang, Nguyễn Mạnh Thắng

41 - 46 TỶ LỆ THIẾU MÁU DO THIẾU SẮT Ở PHỤ NỮ MANG THAI ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ
Phạm Thanh Hải, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang, Ngô Minh Xuân

47 - 51 HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU THIẾU SẮT Ở PHỤ NỮ CÓ THAI THEO MỨC ĐỘ THIẾU SẮT
Phạm Thanh Hải, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang, Ngô Minh Xuân

52 - 57 KẾT QUẢ THAI KỲ Ở PHỤ NỮ MANG THAI CÓ THAY VAN TIM CƠ HỌC
Trần Minh Thắng, Lê Minh Toàn, Nguyễn Trần Thảo Nguyên, Lê Minh Tâm, Trương Quang Vinh

PHỤ KHOA – NỘI TIẾT, VÔ SINH

58 - 62 XÁC ĐỊNH GENOTYPE HPV NGUY CƠ CAO GÂY NHIỄM TRÙNG SINH DỤC Ở PHỤ NỮ BẰNG KỸ THUẬT REALTIME PCR
Lê Văn An, Nguyễn Đào Thanh Tâm, Nguyễn Hoàng Bách, Alberto Alberti

63 - 68 KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ TRÁNH THAI Ở HỌC SINH TRUNG HỌC
Nguyễn Ngọc Minh, Đỗ Đức Văn

69 - 75 KẾT QUẢ THỤ TINH ỐNG NGHIỆM CỦA NHÓM BỆNH NHÂN "TIÊN LƯỢNG THẤP" THEO PHÂN LOẠI POSEIDON
Lê Long Hồ, Phạm Dương Toàn, Vương Thị Ngọc Lan

76 - 82 NGHIÊN CỨU ẢNH HƯỞNG SỨC SỐNG CỦA TINH TRÙNG ĐẾN KẾT QUẢ THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM
Nguyễn Thị Thái Thanh, Lê Minh Tâm, Nguyễn Văn Trung, Nguyễn Thị Tâm An, Cao Ngọc Thành

83 - 88 NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG HỆ THỐNG THEO DÕI PHÔI LIÊN TỤC (TIME LAPSE) TRONG THỤ TINH ỐNG NGHIỆM
Nguyễn Văn Trung, Lê Minh Tâm, Nguyễn Thị Tâm An, Nguyễn Thị Thái Thanh, Cao Ngọc Thành

89 - 93 MỐI TƯƠNG QUAN CỦA CHỈ SỐ PHÂN MẢNH DNA TINH TRÙNG VÀ KẾT QUẢ TIÊM TINH TRÙNG VÀO BÀO TƯƠNG NOÃN
Nguyễn Thị Quỳnh Tiên, Mã Phạm Quế Mai, Dương Nguyễn Duy Tuyền, Nguyễn Minh Tài Lộc, Nguyễn Trương Thái Hà

VAI TRÒ KẸP RỐN MUỘN SAU SINH DỰA TRÊN Y HỌC BẰNG CHỨNG

Nguyễn Trần Thảo Nguyên, Nguyễn Thị Lê Na, Lê Minh Tâm, Cao Ngọc Thành
Trường Đại học Y Dược Huế

1. Giới thiệu

Kẹp cắt rốn sớm được định nghĩa là kẹp dây rốn trong vòng 1 phút sau sinh, kẹp rốn muộn được định nghĩa là kẹp dây rốn sau hơn 5 phút sau sinh. Một số nghiên cứu với cỡ mẫu nhỏ đánh giá về những thay đổi thể tích máu sau sinh ở trẻ đã ghi nhận trong vòng 3 phút đầu sau sinh có khoảng 80 – 100 ml máu được vận chuyển từ bánh nhau sang trẻ sơ sinh [1][2] và đến 90% lượng máu này được truyền sang cho trẻ ngay trong những nhịp thở đầu tiên ở trẻ sinh đủ tháng khỏe mạnh [3]. Do chưa có đầy đủ những khuyến cáo cụ thể về thời gian kẹp cắt rốn tối ưu, nên thời gian tính từ thời điểm sinh đến khi kẹp cắt rốn ngày càng bị rút ngắn dần, dần chỉ còn lại 15 – 20 giây ngay sau sinh, là khoảng thời gian hay được ứng dụng trong thực hành chung. Tuy nhiên, ngày càng có nhiều những thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên trẻ sinh đủ tháng và non tháng cũng như có nhiều những nghiên cứu về thể tích máu, nồng độ oxy máu và áp lực động mạch để so sánh hiệu quả giữa phương pháp kẹp rốn ngay sau sinh và kẹp cắt rốn muộn (được định nghĩa là kẹp dây rốn ít nhất 30 – 60 giây sau sinh) [4][5]. Kết quả cho thấy, kẹp rốn muộn dường như có lợi cho trẻ sinh đủ tháng và non tháng. Ở trẻ sinh đủ tháng, kẹp rốn muộn sẽ giúp tăng nồng độ hemoglobin và cải thiện sự dự trữ sắt trong vài tháng đầu đời, điều này có thể có lợi cho sự phát triển về sau này của trẻ. Ở trẻ sinh non tháng, tỷ lệ xuất huyết não thất và viêm ruột hoại tử thấp hơn so với nhóm cắt rốn ngay sau sinh và tỷ lệ trẻ sơ sinh non tháng cần truyền máu sau sinh cũng ít hơn khi được kẹp rốn muộn. Ngày càng có nhiều bằng chứng đáng tin cậy khiến các tổ chức cũng như các hiệp hội y khoa khuyến cáo nên thực hiện phương pháp kẹp rốn muộn ở trẻ sinh đủ tháng và non tháng. Tổ chức y tế thế giới (WHO) khuyến cáo không nên kẹp dây rốn sớm trước 1 phút sau sinh ở những trẻ sinh đủ tháng và non tháng nếu những trẻ này không cần phải thông khí áp lực dương ngay sau sinh. Các khuyến cáo gần đây của Viện Nhi khoa Hoa Kỳ về chương trình Hồi sức sơ sinh cũng đề nghị nên trì hoãn việc kẹp dây rốn ít nhất 30 – 60 giây đối với hầu hết trẻ sơ sinh đủ tháng và non tháng. Đại học hoàng gia sản phụ khoa (RCOG) cũng đưa ra khuyến cáo nên kẹp rốn muộn cho trẻ đủ tháng và non tháng ít nhất 2 phút sau sinh. Ngoài ra, Đại học điều dưỡng và hộ sinh Hoa Kỳ (ACNM) đề nghị kẹp rốn muộn cho trẻ đủ tháng và non tháng trong vòng 2 – 5 phút sau sinh [6]. Khuyến cáo kẹp rốn muộn sau sinh ngày càng có nhiều đồng thuận trên thế giới. Việc kẹp rốn muộn sau sinh có thể làm chậm những nổ lực hồi sức sơ sinh sớm, đặc biệt ở trẻ đẻ non. Bánh nhau vẫn tiếp tục trao đổi khí ngay sau sinh nên những trẻ yếu và trẻ đẻ non dường như cũng được hưởng lợi từ lượng máu này. Tuy nhiên, kẹp rốn muộn có thể làm tăng khả năng truyền máu qua nhau thai quá mức. Cho đến nay chưa có tài liệu nào ghi nhận về vấn đề tăng nguy cơ chứng đa hồng cầu hoặc vàng da ở nhóm trẻ kẹp rốn muộn; Trong một số nghiên cứu, tỷ lệ vàng da cần điều trị chiếu đèn cao hơn một ít ở nhóm trẻ sơ sinh đủ tháng. Vì lợi ích cho phần lớn các trẻ sau sinh và đồng thuận với các tổ chức khác, Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa kỳ khuyến cáo nên thực hiện trì hoãn kẹp rốn ở trẻ sơ sinh đủ tháng và non tháng khỏe mạnh ít nhất 30 – 60 giây sau sinh.

2. Diễn biến kẹp rốn muộn ở trẻ sơ sinh

Các nghiên cứu ở trẻ sinh đủ tháng cho thấy lượng máu truyền từ bánh nhau sang trẻ khoảng 80 ml trong 1 phút sau sinh và khoảng 100 ml trong 3 phút ngay sau sinh [7][8][9]. Những động tác thở ban đầu ở trẻ tạo điều kiện cho sự truyền máu của bánh nhau[10]. Một nghiên cứu gần đây về dòng chảy động mạch rốn khi được đánh giá trên siêu âm Doppler trong suốt thời gian kẹp rốn muộn [11] đã ghi nhận có sự gia tăng rõ rệt lưu lượng máu truyền của bánh nhau trong suốt những động tác thở đầu tiên của trẻ, điều này được giải thích là do áp lực âm trong lồng ngực trẻ khi có hiện tượng nở ra của phổi. Lượng máu bổ sung này cung cấp thêm sắt cho trẻ, ước lượng lên đến 40 – 50 mg/kg trọng lượng cơ thể giúp trẻ có thể ngăn ngừa và giảm mắc chứng thiếu sắt trong năm đầu đời [12]. Thiếu sắt trong những năm đầu đời đã được chứng minh có mối liên quan với những khiếm khuyết về nhận thức, vận động và hành vi sau này ở trẻ [13]. Chứng thiếu sắt ở trẻ em đặc biệt phổ biến ở những nước có thu nhập thấp nhưng cũng hay gặp ở những nước có thu nhập cao, với tỷ lệ từ 5% đến 25% [13].

Thời gian truyền máu từ bánh nhau kéo dài ngay sau sinh cũng tạo điều kiện tăng vận chuyển các globulin miễn dịch và tế bào gốc, điều này rất cần thiết cho khả năng sửa chữa các mô và cơ quan. Khả năng vận chuyển các globulin miễn dịch và tế bào gốc đặc biệt có lợi khi tế bào bị tổn thương, viêm và nhất là các rối loạn chức năng ở các cơ quan, rất hay gặp ở trẻ sinh non [14][15]. Cần có nhiều nghiên cứu hơn về vấn đề này, tuy nhiên nguồn sinh lý các tế bào gốc tạo máu và những dòng tế bào gốc đa năng phong phú là tiền đề rất có lợi cho cuộc sống của trẻ sau này [16].

3. Các thử nghiệm lâm sàng ở trẻ sơ sinh non tháng

Một phân tích tổng quan năm 2012 dựa trên kết quả 15 nghiên cứu bao gồm 738 trẻ sinh từ tuần thai 24 đến 36 đánh giá thời gian kẹp rốn ở trẻ sơ sinh non tháng. Phân tích này này định nghĩa kẹp rốn muộn là phải trì hoãn hơn 30 giây, tối đa là 180 giây, bao gồm một số nghiên cứu sử dụng kỹ thuật vuốt ngược dây rốn về phía thai nhi. Kết quả cho thấy, nguy cơ thiếu máu ở nhóm trẻ được kẹp rốn muộn thấp hơn so với nhóm chứng (7 thử nghiệm, 392 trẻ; RR:0,61; CI:95%; 0,46 – 0,81). Tỷ lệ xuất huyết não thất thấp hơn so với nhóm kẹp rốn ngay sau sinh (chẩn đoán bằng siêu âm, tất cả các độ) (10 thử nghiệm, 539 trẻ; RR:0,59; 95% CI:0,41 – 0,85), tương tự như đối với chứng viêm ruột hoại tử, nguy cơ ở nhóm kẹp rốn muộn cũng thấp hơn so với nhóm kẹp rốn ngay sau sinh (5 thử nghiệm, 241 trẻ; RR:0,62; 95% CI:0,43 – 0,90). Đỉnh nồng độ bilirubin cao hơn ở nhóm trẻ được kẹp rốn muộn, nhưng không có sự khác biết có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ trẻ cần điều trị chiếu đèn giữa các nhóm trẻ. Tỷ lệ tử vong sơ sinh, xuất huyết não thất nghiêm trọng (độ 3 -4) và chứng nhuyễn chất trắng quanh não thất không có sự khác biệt rõ ràng giữa các nhóm, tuy nhiên, nhiều thử nghiệm có khoảng tin cậy rộng và có những báo cáo chưa đầy đủ.

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Nguyễn Trần Thảo Nguyên,
email: nguyen.ngtran@gmail.com
Ngày nhận bài (received): 10/11/2017
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised): 05/01/2018
Ngày bài báo được chấp nhận đăng (accepted): 12/01/2018

Kết cục theo dõi sau khi xuất viện được báo cáo trong một nghiên cứu cỡ mẫu nhỏ, không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm trẻ về điểm số trung bình Bayley II (thang điểm đánh giá sự phát triển của trẻ) ở trẻ 7 tháng tuổi (58 trẻ) [4]. Trong một nghiên cứu khác, kẹp rốn muộn ở trẻ sinh non < 32 tuần có liên quan đến cải thiện chức năng vận động của trẻ 18 -22 tháng tuổi [17].

4. Thử nghiệm lâm sàng ở trẻ đủ tháng

Một phân tích tổng quan Cochrane đánh giá ảnh hưởng của thời gian kẹp rốn dựa vào kết cục cuối thai kỳ ở nhóm trẻ đủ tháng dựa trên 15 thử nghiệm lâm sàng bao gồm 3911 phụ nữ và trẻ sinh đơn thai [5]. Phân tích này xác định kẹp rốn sớm là kẹp rốn < 1 phút ngay sau sinh và kẹp rốn muộn là kẹp rốn sau hơn 1 phút sau sinh hoặc khi dây rốn ngừng đập. Tổng quan này cho thấy nhóm trẻ kẹp rốn sớm có nồng độ hemoglobin thấp hơn có ý nghĩa ngay sau sinh (khác biệt có ý nghĩa thống kê; MD: - 2,17g/dl; 95%CI:-4,06 đến -0,28) cũng như 24 – 48 giờ sau sinh (MD: - 1,49g/dl; 95%CI:-1,78 đến -1,21). Thêm vào đó, theo dõi những trẻ đến 3 – 6 tháng tuổi, nhóm kẹp rốn sớm có tỷ lệ thiếu sắt nhiều hơn nhóm kẹp rốn muộn (RR:2,65; 95%CI: 1,04 – 6,73).

Không có sự khác biệt về tỷ lệ đa hồng cầu giữa 2 nhóm, cũng như tỷ lệ vàng da, tuy nhiên, tỷ lệ vàng da cần chiếu đèn thấp hơn ở nhóm kẹp rốn sớm (2,74% ở nhóm kẹp rốn sớm so với 4,36% ở nhóm kẹp rốn muộn; RR:0,62; 95%CI:0,41-0.96). Tuy nhiên, các tác giả kết luận rằng, kẹp rốn muộn ở trẻ sinh đủ tháng mang lại nhiều lợi ích hơn, vì vậy nên thực hiện kẹp rốn muộn nếu có khả năng theo dõi và điều trị chứng vàng da sơ sinh.

Ảnh hưởng lâu dài của kẹp rốn muộn đã được đánh giá trong một số ít nghiên cứu. Một nghiên cứu thuần tập đánh giá trẻ từ 4 tháng tuổi đến 4 tuổi [13], [18], [19] ghi nhận điểm số phát triển hệ thần kinh không liên quan với thời gian kẹp rốn ở trẻ 4 tháng tuổi và trẻ 12 tháng tuổi. Ở trẻ 4 tuổi, nhóm trẻ được kẹp rốn sớm có sự phát triển về xã hội và vận động thấp hơn khiêm tốn so với nhóm trẻ được kẹp rốn muộn sau sinh [13].

5. Kết cục ở mẹ

Trước đây, kẹp rốn ngay sau sinh cùng những kỹ thuật khác được thực hiện sớm trong giai đoạn 3 cuộc chuyển dạ nhằm nhằm giảm nguy cơ chảy máu sau sinh. Do đó, kẹp rốn muộn có thể làm tăng nguy cơ chảy máu sau sinh ở người mẹ. Tuy nhiên, các dữ liệu nghiên cứu gần đây không ủng hộ điều này. Một phân tích tổng quan gồm 5 thử nghiệm lâm sàng bao gồm hơn 2.200 phụ nữ, đã ghi nhận việc kẹp rốn muộn không làm tăng nguy cơ chảy máu sau sinh hay làm tăng lượng máu mất khi sinh, cũng như không có sự khác biệt về mức hemoglobin sau sinh hay nhu cầu truyền máu ở thai phụ [5]. Tuy nhiên, ở những sản phụ có tiền đề tăng nguy cơ chảy máu sau sinh như nhau tiền đạo, nhau bong non….cần cân bằng giữa lợi ích kẹp rốn muộn cho trẻ và nguy cơ cho mẹ.

6. Quy trình và kỹ thuật thực hiện kẹp rốn muộn

Kẹp rốn muộn cho phép máu giàu oxy từ bánh nhau tiếp tục truyền sang trẻ sơ sinh. Vị trí của trẻ trong quá trình kẹp rốn muộn ở ngang mức hoặc thấp hơn vị trí bánh nhau, điều này dựa vào giả thuyết nhờ vào yếu tố trọng lực để tăng khả năng truyền máu của bánh nhau [20][21]. Tuy nhiên, một thử nghiệm gần đây ở những trẻ khỏe mạnh sinh đường âm đạo đã ghi nhận trẻ được đặt trên bụng hoặc ngực mẹ có lượng máu truyền từ bánh nhau không thấp hơn so với những trẻ được giữ ở vị trí ngang mức hoặc thấp hơn bánh nhau [22]. Với kết luận này, cho phép nên để trẻ da kề da với mẹ trong khi chờ kẹp dây rốn. Trong trường hợp mổ lấy thai, trẻ có thể được đặt trên bụng hoặc chân mẹ hoặc được phẫu thuật viên/người phụ giữ trẻ ở mức ngang bánh nhau cho đến khi kẹp cắt rốn.

Trong thời gian trì hoãn kẹp rốn nên tiến hành chăm sóc sớm cho trẻ, bao gồm lau khô, ủ ấm, kích thích cho trẻ thở hoặc khóc, duy trì nhiệt độ bình thường của trẻ nhờ vào biện pháp da kề da với mẹ. Dịch tiết, chất gây chỉ nên được làm sạch trong trường hợp quá nhiều hoặc gây cản trở đường thở của trẻ. Khi sinh, nếu có phân su xuất hiện nhưng trẻ vẫn khỏe mạnh, thì vẫn tiến hành kẹp cắt rốn muộn. Trong thời gian chờ đợi kẹp cắt rốn kéo dài 30-60 giây sau sinh, có thể sử dụng chỉ số Apgar để theo dõi đánh giá sức khỏe ban đầu của trẻ.

Kẹp cắt rốn muộn không gây trở ngại cho các bước xử lý tích cực giai đoạn 3 bao gồm cả việc sử dụng các thuốc tăng co tử cung để giảm chảy máu sau sinh ở mẹ. Nếu tuần hoàn nhau thai không còn nguyên vẹn, như bất thường bánh nhau, nhau bong non hoặc đứt dây rốn, nên tiến hành kẹp cắt rốn ngay. Tương tự, nếu mẹ có rối loạn huyết động hoặc trẻ cần hồi sức ngay thì phải thực hiện kẹp rốn ngay sau sinh. Nếu cần thiết, phải hội chẩn với các bác sĩ sơ sinh.

Khả năng thực hiện kỹ thuật kẹp cắt rốn muộn khác nhau giữa các trung tâm y tế và tùy trường hợp, quyết định thực hiện kỹ thuật này tốt nhất nên được thực hiện bởi những nhân viên trực tiếp chăm sóc sản phụ và trẻ. Trong một vài tình huống, kẹp cắt rốn muộn nên được xem xét tùy vào từng trường hợp cụ thể. Ví dụ, trong trường hợp thai chậm phát triển có bất thường Doppler động mạch rốn hoặc một số trường hợp khác có suy giảm dòng chảy trong động mạch rốn hoặc bất thường dòng chảy tử cung - nhau, cần có sự thảo luận giữa các bác sĩ sản khoa và nhi khoa để cân nhắc lựa chọn kẹp rốn ngay sau sinh hay kẹp rốn muộn là có lợi cho trẻ.

Kết quả pH động mạch rốn ở những trường hợp kẹp cắt rốn muộn không tương đồng nhau ở một số nghiên cứu. Hai nghiên cứu cho thấy pH động mạch rốn giảm ít nhưng có ý nghĩa thống kê (giảm khoảng 0,03 khi kẹp cắt rốn muộn) [23][24]. Tuy nhiên, một nghiên cứu lớn hơn gồm 116 trẻ sơ sinh cho thấy không có sự khác biệt về pH động mạch rốn và có sự gia tăng pO2 động mạch rốn ở những trẻ được kẹp cắt rốn muộn [25]. Những nghiên cứu đều thực hiện ở những trẻ không cần phải hồi sức sơ sinh. Kỹ thuật kẹp rốn muộn có ảnh hưởng như thế nào đến pH động mạch rốn ở trẻ sơ sinh cần hỗ trợ hồi sức có lẽ cần phải có nhiều nghiên cứu hơn nữa.

7. Kỹ thuật vuốt ngược dây rốn dồn máu về phía trẻ sơ sinh

Kỹ thuật vuốt ngược là một phương pháp làm tăng lượng máu truyền từ nhau – thai cho trẻ sơ sinh trong một khoảng thời gian ngắn, thường dưới 10 – 15 giây. Phương pháp này có giá trị đặc biệt trong một số trường hợp nếu thực hiện kẹp cắt rốn muộn trong 30 – 60 giây không khả thi, như trường hợp trẻ cần hồi sức sơ sinh ngay hay huyết động sản phụ không ổn định. Tuy nhiên, kỹ thuật vuốt ngược không được nghiên cứu nghiêm ngặt như kẹp cắt rốn muộn. Một phân tích tổng hợp gần đây [26] dựa trên 7 nghiên cứu liên quan đến 501 trẻ non tháng so sánh giữa kỹ thuật UCM và kẹp cắt rốn ngay sau sinh (6 nghiên cứu) hay kẹp cắt rốn muộn (1 nghiên cứu). Kỹ thuật vuốt ngược trong các nghiên cứu của phân tích này khác nhau về số lần vuốt dồn máu, chiều dài đoạn dây rốn thực hiện kỹ thuật và dây rốn có thể đã được kẹp hoặc không trước khi thực hiện kỹ thuật. Kết quả của phân tích này ghi nhận nhóm trẻ được vuốt ngược dây rốn có chỉ số hemoglobin cao hơn và giảm tỷ lệ xuất huyết não thất và không tăng tỷ lệ các tác dụng phụ. Phân nhóm so sánh hai kỹ thuật vuốt ngược và kẹp rốn muộn không thể thực hiện được do số lượng nghiên cứu cỡ mẫu quá nhỏ. Một thử nghiệm gần đây thực hiện trên trẻ sinh đủ tháng so sánh hai phương pháp kẹp rốn muộn và vuốt ngược đã ghi nhận không có sự khác biệt về nồng độ hemoglobin và ferritin huyết thanh giữa hai nhóm [27]. Một thử nghiệm khác nghiên cứu những trẻ sinh non < 32 tuần: với nhóm sinh mổ, nhóm trẻ thực hiện kỹ thuật vuốt ngược có nồng độ hemoglobin cao hơn và huyết áp được cải thiện hơn so với nhóm kẹp cắt rốn muộn; nhưng sự khác biệt này không thấy khi quan sát ở nhóm sinh đường âm đạo [28]. Một nghiên cứu dài hạn với cỡ mẫu nhỏ hơn đánh giá sự phát triển thần kinh của trẻ (theo dõi đến khi trẻ 2 tuổi và 3,5 tuổi) đã ghi nhận không có sự khác biệt ở nhóm kẹp rốn muộn so với nhóm vuốt ngược [29]. Đây là vấn đề cần được nghiên cứu thêm, một số nghiên cứu đang được tiến hành so sánh giữa lợi ích và nguy cơ giữa nhóm trẻ được vuốt ngược dây rốn và nhóm trẻ kẹp cắt rốn muộn, đặc biệt ở trẻ rất non tháng. Hiện tại, không có đủ bằng chứng để ủng hộ hay bác bỏ kỹ thuật vuốt ngược ở trẻ đủ tháng hay non tháng.

8. Khuyến cáo Hiệp hội sản phụ khoa Hoa Kỳ:

- Với trẻ sơ sinh đủ tháng, kẹp cắt rốn muộn giúp tăng nồng độ hemoglobin ngay khi sinh và

cải thiện dự trữ sắt trong những tháng đầu đời, điều này sẽ giúp ích cho sự phát triển về sau của trẻ.

- Kẹp cắt rốn muộn cũng liên quan đến những lợi ích nhất định cho trẻ sơ sinh

non tháng: cải thiện tuần hoàn chuyển tiếp giai đoạn sau sinh, tăng khả năng tạo hồng cầu, giảm nhu cầu truyền máu, giảm tỷ lệ viêm ruột hoại tử và xuất huyết trong não thất.

- Cùng với những hiệp hội Sản phụ khoa khác đồng thuận về lợi ích của kẹp cắt rốn muộn, Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ khuyến cáo nên thực hiện kỹ thuật kẹp cắt rốn muộn kéo dài ít nhất 30-60 giây ngay sau sinh cho những trẻ sinh đủ tháng và non tháng.

- Trong nhóm trẻ sinh đủ tháng, có một tỷ lệ nhỏ gia tăng hiện tượng vàng da cần phải điều trị bằng phương pháp chiếu đèn. Do đó, những trung tâm sản phụ khoa thực hiện kẹp cắt rốn muộn cần có những biện pháp theo dõi và điều trị được bệnh lí vàng da sơ sinh

- Kẹp cắt rốn muộn không làm tăng nguy cơ chảy máu sau sinh

9. Các vấn đề liên quan khác

Gần đây, ảnh hưởng của kẹp rốn muộn đến quá trình thu thập máu rốn cho ngân hàng máu rốn cũng được đánh giá [30]. Các tác giả thấy rằng việc kẹp rốn muộn làm giảm đáng kể về thể tích và số lượng tế bào máu trong mẫu máu rốn hiến tặng. Tỷ lệ mẫu máu rốn đáp ứng các tiêu chí sàng lọc ban đầu giảm đáng kể, từ 39% nếu kẹp rốn ngay sau sinh xuống còn 17% ở nhóm kẹp rốn muộn kéo dài 60 giây. Trường hợp sản phụ và gia đình có kế hoạch lưu trữ máu rốn thì phương pháp kẹp rốn ngay sau sinh sẽ làm tăng lượng máu thu được. Tuy nhiên, những lợi ích cho trẻ từ lượng máu nhận được lúc sinh có thể vượt quá những lợi ích của ngân hàng máu rốn có thể được sử dụng trong tương lai. Vì vậy, những gia đình có kế hoạch lưu trữ ngân hàng máu rốn nên được cân nhắc tư vấn những vấn đề này.

Về các vấn đề tồn tại, thời gian trì hoãn kẹp rốn lý tưởng trong các trường hợp cụ thể cần phải nghiên cứu thêm. Nhóm trẻ cần hồi sức ngay sau sinh có thể được lợi từ lượng máu truyền từ bánh nhau, điều này đặt ra câu hỏi nên thực hiện kỹ thuật kẹp cắt rốn ngay sau sinh hay kẹp cắt rốn trì hoãn hay thực hiện kỹ thuật vuốt ngược cho nhóm trẻ này là phù hợp. Tính khả thi của việc thực hiện hồi sức trẻ ngay tại chỗ khi vẫn còn tuần hoàn nhau – thai cũng là câu hỏi quan trọng. Thời gian tối ưu sử dụng các thuốc tăng co tử cung liên quan đến kỹ thuật kẹp cắt rốn cũng cần được nghiên cứu thêm, bên cạnh đó những hướng dẫn tối ưu đối với thai kỳ đa thai hay những thai kỳ có nguy cơ cao trẻ sơ sinh bị chứng đa hồng cầu sau sinh cũng cần phải nghiên cứu thêm. Cuối cùng, khi thực hiện kỹ thuật kẹp cắt muộn sẽ làm tăng lượng tế bào gốc cũng như thể tích huyết tương cho trẻ, điều này liên quan đến khả năng miễn dịch, dự phòng bệnh và khả năng sửa chữa của trẻ về lâu dài hay ngay tức thời cũng là một lĩnh vực quan trọng cần được nghiên cứu đánh giá thêm trong tương lai.

10. Kết luận

Kẹp rốn muộn có thể mang lại nhiều lợi ích cho cả trẻ sinh đủ tháng và non tháng. Vì vậy, nên thực hiện kẹp rốn muộn trong ít nhất 30-60s ở trẻ đủ tháng và non tháng, ngoại trừ những trường hợp có chỉ định về phía mẹ hay trẻ cần thiết phải thực hiện kẹp rốn ngay sau sinh. Ở trẻ sơ sinh đủ tháng, kẹp rốn muộn làm tăng nồng độ hemoglobin khi sinh và cải thiện dữ trữ sắt trong những tháng đầu đời, điều này có thể mang lại những lợi ích về lâu dài cho sự phát triển của trẻ sau này. Tỷ lệ vàng da cần chiếu đèn tăng nhẹ ở nhóm trẻ đủ tháng được kẹp rốn muộn. Do đó, kẹp rốn muộn chỉ nên được thực hiện ở những trung tâm y tế có điều kiện theo dõi và điều trị chứng vàng da sau sinh.

Các bằng chứng cho đến nay cũng ủng hộ trì phương pháp kẹp rốn muộn trong ít nhất 30-60giây ở nhóm trẻ sinh non tháng. Kẹp cắt rốn muộn giúp ích cho trẻ non tháng như cải thiện tuần hoàn máu, tạo điều kiện thành lập hồng cầu tốt hơn, giảm nhu cầu truyền máu, giảm tỷ lệ viêm ruột hoại tử và xuất huyết trong não thất. Về phía mẹ, kẹp cắt rốn muộn không làm tăng nguy cơ chảy máu sau sinh hay tăng nhu cầu truyền máu sau sinh. Ngoài ra, nồng độ hemoglobin ở sản phụ sau sinh cũng không bị ảnh hưởng khi thực hiện kẹp cắt rốn trì hoãn.

Tài liệu tham khảo

1. Yao AC, Moinian M, Lind J. Distribution of blood between infant and placenta after birth. Lancet 1969;2:871–3.
2. Linderkamp O. Placental transfusion: determinants and effects. Clin Perinatol 1982;9:559–92.
3. Philip AG, Saigal S. When should we clamp the umbilical cord? Neoreviews 2004;5:e142–54.
4. Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No.: CD003248.
5. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of ystematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD004074.
6. American College of Nurse Midwives. Delayed umbilical cord clamping. Position Stawtement. Silver Spring (MD): ACNM; 2014.
7. Linderkamp O. Blood rheology in the newborn infant. Baillieres Clin Haematol 1987;1:801–25.
8. Linderkamp O, Nelle M, Kraus M, Zilow EP. The effect of early and late cord-clamping on blood viscosity and other hemorheological parameters in full-term neonates. Acta Paediatr 1992;81:745–50.
9. Yao AC, Lind J. Effect of early and late cord clamping on the systolic time intervals of the newborn infant. Acta Paediatr Scand 1977;66:489–93.
10. Bhatt S, Alison BJ, Wallace EM, Crossley KJ, Gill AW, Kluckow M, et al. Delaying cord clamping until ventilation onset improves cardiovascular function at birth in preterm lambs. J Physiol 2013;591:2113–26.
11. Boere I, Roest AA, Wallace E, Ten Harkel AD, Haak MC, Morley CJ, et al. Umbilical blood flow patterns directly after birth before delayed cord clamping. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2015;100:F121–5.
12. Pisacane A. Neonatal prevention of iron deficiency. BMJ 1996;312:136–7.
13. Andersson O, Lindquist B, Lindgren M, Stjernqvist K, Domellof M, Hellstrom-Westas L. Effect of delayed cord clamping on neurodevelopment at 4 years of age: a randomized clinical trial. JAMA Pediatr 2015;169:631–8.
14. Levy T, Blickstein I. Timing of cord clamping revisited. J Perinat Med 2006;34:293–7.
15. Sanberg PR, Park DH, Borlongan CV. Stem cell transplants at childbirth. Stem Cell Rev 2010;6:27–30.
16. Sanberg PR, Divers R, Mehindru A, Mehindru A, Borlongan CV. Delayed umbilical cord blood clamping: first line of defense against neonatal and age-related disorders. Wulfenia 2014;21:243–9.
17. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Vohr BR, Tucker RJ, Parker AB, Oh W, et al. Effects of placental transfusion on neonatal and 18 month outcomes in preterm infants: a randomized controlled trial. J Pediatr 2016;168:50–5.e1.
18. Andersson O, Hellstrom-Westas L, Andersson D, Domellof M. Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. BMJ 2011;343:d7157.
19. Andersson O, Domellof M, Andersson D, HellstromWestas L. Effect of delayed vs early umbilical cord clamping on iron status and neurodevelopment at age 12 months: a randomized clinical trial. JAMA Pediatr 2014;168:547–54.
20. Yao AC, Lind J. Effect of gravity on placental transfusion. Lancet 1969;2:505–8.
21. Yao AC, Hirvensalo M, Lind J. Placental transfusion-rate and uterine contraction. Lancet 1968;1:380–3.
22. Vain NE, Satragno DS, Gorenstein AN, Gordillo JE, Berazategui JP, Alda MG, et al. Effect of gravity on volume of placental transfusion: a multicentre, randomised, noninferiority trial. Lancet 2014;384:235–40.
23. Wiberg N, Kallen K, Olofsson P. Delayed umbilical cord clamping at birth has effects on arterial and venous blood gases and lactate concentrations. BJOG 2008;115:697–703
24. Valero J, Desantes D, Perales-Puchalt A, Rubio J, Diago Almela VJ, Perales A. Effect of delayed umbilical cord clamping on blood gas analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2012;162:21–3.
25. De Paco C, Florido J, Garrido MC, Prados S, Navarrete L. Umbilical cord blood acid-base and gas analysis after early versus delayed cord clamping in neonates at term. Arch Gynecol Obstet 2011;283:1011–4.
26. Al-Wassia H, Shah PS. Efficacy and safety of umbilical cord milking at birth: a systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatr. 2015 Jan;169(1):18–25.
27. Jaiswal P, Upadhyay A, Gothwal S, Singh D, Dubey K, Garg A, et al. Comparison of two types of intervention to enhance placental redistribution in term infants: randomized control trial. Eur J Pediatr 2015;174:1159–67.
28. Katheria AC, Truong G, Cousins L, Oshiro B, Finer NN. Umbilical cord milking versus delayed cord clamping in preterm infants. Pediatrics 2015;136:61–9.
29. Rabe H, Sawyer A, Amess P, Ayers S. Neurodevelopmental outcomes at 2 and 3.5 years for very preterm babies enrolled in a randomized trial of milking the umbilical cord versus delayed cord clamping. Brighton Perinatal Study Group. Neonatology 2016;109:113–9.
30. Allan DS, Scrivens N, Lawless T, Mostert K, Oppenheimer L, Walker M, et al. Delayed clamping of the umbilical cord after delivery and implications for public cord blood banking. Transfusion 2016;56:662–5.