

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA SẢN PHỤ RH(-) ĐẸ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TỪ 2011 ĐẾN 2013

Vũ Văn Khanh*, Đoàn Thị Thu Trang*, Nguyễn Việt Tiến**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm của sản phụ Rh(-) đẻ tại BVPSTW.

Phương pháp nghiên cứu: thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** tỷ lệ sản phụ Rh(-) đẻ tại BVPSTW năm 2011 là 0,128%; năm 2012 là 0,189%; 6 tháng đầu năm 2013 là 0,227%, tỷ lệ chung của NC là 0,172%. Có 64,2% các sản phụ trong NC có tiền sử can thiệp sản khoa. Chỉ có 15,9% sản phụ phát hiện Rh(-) trước khi có thai lần này. Tới 90,1% sản phụ từng can thiệp sản khoa mà không được tiêm Anti D dự phòng sau can thiệp. Trong lần sinh này, nhóm sản phụ chỉ tiêm 1 mũi Anti D sau đẻ trong vòng 72 giờ chiếm nhiều nhất 57,9%. **Kết luận:** Tỷ lệ sản phụ Rh(-) đẻ tại BVPSTW là 0,172%. Trong đó 64,2% các sản phụ trong NC có tiền sử can thiệp sản khoa.

SUMMARY

SOME CHARACTERISTICS OF MOTHERS WITH RH(-) DELIVERED IN NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY FROM 2011 TO 2013

Objectives: Some characteristics of mothers with Rh (-) delivered in National hospital of obstetrics and gynecology (NHOG) from 2011 to 2013.

Methods: A Cross-sectional descriptive studies.

Results: The proportion of mothers with Rh (-) in NHOG delivered in 2011 was 0.128 %; 0.189 % in 2012 and in the first 6 months of 2013 is 0.227 %; the overall rate of study is 0.172 % . 64.2 % of mothers in study have had a history of obstetric intervention, only 15.9 % of women have discovered the Rh (-) before pregnant. 90.1 % of women each obstetric intervention without the injection of Anti D prophylaxis after intervention. Mothers groups inject only 1 nasal Anti D within 72 hours after birth accounted for 57.9 % at most. **Conclusions:** The proportion of mothers with Rh(-) in NHOG delivered is 0.172 % and 64.2 % of mothers in study have had a history of obstetric intervention.

Keywords: Rh disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bất đồng nhóm máu Rh xảy ra khi nhóm máu mẹ là Rh(-), trong khi máu thai nhi là Rh(+). Nếu xảy ra tổn thương ở bánh rau, các tế bào máu con có thể vượt qua hàng rào rau thai để vào hệ tuần hoàn của mẹ và kích thích hệ miễn dịch của mẹ sản xuất kháng thể kháng Rh. Lượng kháng thể này lại phụ thuộc vào số lần tiếp xúc với kháng nguyên Rh trên hồng cầu của con ở cơ thể mẹ. Tình trạng này dẫn tới hoặc trẻ tử vong trong giai đoạn chu sinh hoặc để lại nhiều di chứng nặng nề khi trẻ lớn (bại não, chậm phát triển trí tuệ...). Đối với người mẹ, lượng kháng thể Anti D trong máu cao có thể dẫn tới vô sinh do thai lưu liên tiếp mỗi lần mang thai Rh(+). Tỷ lệ người mang nhóm máu Rh(-) tại Việt Nam khoảng 0,07%. Hàng năm tại BVPSTW có khoảng 20.000 bệnh nhân tới đẻ. Vậy tỷ lệ sản phụ có Rh(-) gặp trong quá trình điều trị là bao nhiêu, công tác dự phòng Anti D như thế nào, bản thân người bệnh có ý thức được mình thuộc nhóm máu hiểm cần quản lý thai nghén chưa chế hay không.

Nhằm đưa ra cái nhìn toàn cảnh về các trường hợp mẹ Rh(-) đẻ tại viện, đồng thời nâng cao chất lượng quản lý thai giảm các biến chứng với trẻ sơ sinh chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài:

"Một số đặc điểm của sản phụ Rh(-) đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2011 đến 2013" với mục tiêu nghiên cứu: **Mô tả một số đặc điểm về sản phụ Rh(-) đẻ tại BVPSTW.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Toàn bộ sản phụ vào đẻ tại BVPSTW có xét nghiệm máu Rh trong thời gian từ 01/01/2011 tới 30/06/2013 với tiêu chuẩn vàng là xét nghiệm Rh(-)

Chúng tôi thu thập được 95 sản phụ đủ tiêu chuẩn của nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

* Bệnh viện Phụ sản Trung ương

** Đại học y Hà Nội

Phản biện khoa học: PGS.TS Phạm Thị Thanh Hiền

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tỷ lệ sản phụ Rh(-) đẻ tại bệnh viện phụ sản trung ương

Bảng 3.1: Tỷ lệ sản phụ Rh(-) đẻ tại BVPSTW

Năm	n	Tổng số đẻ	%
2011	27	21 072	0,128%
2012	47	24 869	0,189%
Quý I và II năm 2013	21	9 224	0,227%
Tổng số	95	55.165	0,172%

Theo kết quả nghiên cứu tại bảng 3.1, tỷ lệ sản phụ Rh(-) của năm 2011, 2012, quý I và II năm 2013 lần lượt là 0,128%; 0,189%; 0,227%. Như vậy tỷ lệ sản phụ Rh(-) tại BVPSTW tăng dần từ năm 2011 đến 6 tháng đầu năm 2013. Tỷ lệ chung trong 3 năm nghiên cứu là 0,172%.

Kết quả này tương đối cao hơn so với tỷ lệ người Rh(-) tại Việt Nam là 0,07%, tại châu Á khoảng 1% [4]. Nguyên nhân theo chúng tôi do nghiên cứu được thực hiện tại tuyến Trung ương là tuyến cuối cùng nhận bệnh nhân từ tất cả các

tuyến dưới chuyển đến. Trong số 95 bệnh nhân Rh(-) có một số thai phụ tự đến khám tại BVPSTW do khoảng cách gần, còn một số khác do tuyến dưới không biết phác đồ dự phòng hoặc do không có thuốc Anti D. Vì vậy bệnh viện tập trung nhiều bệnh nhân Rh(-) hơn các tuyến khác và trong cộng đồng.

Tuy nhiên tỷ lệ này vẫn thấp hơn rất nhiều tỷ lệ gặp người Rh(-) tại Anh 17% và tại dân tộc Baxco ở châu Âu 35% [3].

3.2. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Đặc điểm về tiền sử sản khoa

Bảng 3.2. Tiền sử sản khoa

Tiền sử sản khoa	Có		Không	
	n	%	n	%
Sảy thai	16	16,8	79	83,2
Hút nạo thai	24	25,3	71	74,7
Thai lưu	6	6,3	89	93,7
Chứa ngoài tử cung	2	2,1	93	97,9
Vàng da sơ sinh	4	4,2	91	95,8
Con chết	1	1,1	94	98,9
Con khỏe mạnh	35	36,8	60	63,2

Chúng tôi thấy có 34 đối tượng (chiếm 35,8%) chưa từng có thai lần nào, còn lại 61 đối tượng (chiếm 64,2%) có tiền sử nạo hút thai, thai lưu, chứa ngoài tử cung... Trong đó có 4 đối tượng từng đẻ con bị vàng da, đặc biệt 1 bệnh nhân có con chết do vàng da sớm sau sinh. Lần mang thai Rh(+) đầu tiên cơ thể mẹ sinh kháng thể IgM sau khi tiếp xúc với hồng cầu của con.

Nhưng IgM có khối lượng phân tử lớn nên không thể qua rau thai. Hệ thống miễn dịch của sản phụ tiếp tục sản xuất IgG sau IgM, IgG có khối lượng phân tử nhỏ và qua được rau thai. Vì vậy ở những lần mang thai sau nếu thai nhi nhóm máu Rh(+) thì sẽ xảy ra hiện tượng bất đồng nhóm máu.

3.2.2. Thời điểm phát hiện nhóm máu Rh (-)

Bảng 3.3. Thời điểm phát hiện nhóm máu Rh (-)

Thời điểm phát hiện Rh(-)	n	%
Trước khi có thai lần này	15	15,9
Trước 28 tuần	19	20,0
28 - 34 tuần	16	16,8
Sau 34 tuần đến trước đẻ	16	16,8
Khi chuyển dạ	29	30,5
Tổng	95	100,0

Theo nghiên cứu chỉ có 15 trường hợp chiếm 15,9% phát hiện nhóm máu Rh(-) trước khi có thai lần này. Như vậy có tới 84,1% đối tượng tới lần mang thai này mới phát hiện thuộc nhóm máu Rh(-). Theo chúng tôi kết quả này có thể do phần lớn các đối tượng chỉ khám và siêu âm thai

trong 2 qui đầu thai nghén. Sau đó tới khi thai ngoài 34 tuần thậm chí thai đủ tháng chuyển dạ mới tới BVPSTW làm hồ sơ sinh.

Về lý do phát hiện nhóm máu Rh(-) theo tổng kết của chúng tôi trong 15 đối tượng trên thì có 8 đối tượng sau đẻ lần trước, 3 đối tượng

do đi khám vô sinh, 1 đối tượng do tai nạn giao thông, 3 đối tượng phát hiện sau hiến máu nhân đạo. Không có sản phụ nào phát hiện nhóm máu hiếm do đi kiểm tra trước khi mang thai. Trong 95 sản phụ này có một số từng nạo hút thai, thai lưu, chữa ngoài tử cung... nhưng không biết thuộc nhóm máu Rh(-) từ trước nên phần lớn đã

không được dùng thuốc dự phòng. Vậy một vấn đề đặt ra là có nên xét nghiệm xác định nhóm máu cho tất cả các phụ nữ chuẩn bị mang thai lần đầu hoặc có thai dưới 12 tuần để sàng lọc những người thuộc nhóm máu hiếm Rh(-) từ đó có những chương trình tư vấn và dùng Anti D dự phòng kịp thời.

3.2.3. Tình hình tiêm dự phòng Anti D trước đây của các đối tượng từng can thiệp sản khoa

Bảng 3.4. Tình hình tiêm dự phòng Anti D trước đây của các đối tượng từng can thiệp sản khoa

Tình hình tiêm dự phòng Anti D trước đây	n	%
Chưa bao giờ	55	90,1
Sau can thiệp sản khoa	6	9,9
Tổng	61	100

Trong 61 đối tượng từng can thiệp sản khoa chỉ có 6 đối tượng chiếm 9,9% đã từng được tiêm dự phòng Anti D. Trong đó 5/6 đối tượng được tiêm do sau đẻ tại BVPSTW. Còn lại 90,1% không được tiêm Anti D sau nạo hút thai, chữa ngoài tử cung, sảy thai, thai lưu... Kết quả này cho thấy công tác dự phòng bất đồng nhóm máu cho sản phụ Rh(-) còn rất thấp. Những lý do bệnh nhân không được tiêm Anti D sau can thiệp

sản khoa mà chúng tôi điều tra được phần lớn là bệnh nhân không được xét nghiệm máu (sau nạo hút, sảy thai...) hoặc có được xét nghiệm máu (sau đẻ, sau mổ, chữa ngoài tử cung) cũng không được tư vấn, một số khác do không có thuốc Anti D. Vấn đề này không chỉ gặp ở những sản phụ ở khu vực nông thôn, các tỉnh xa mà thậm chí ngay cả ở các bệnh viện cấp thành phố và tại Hà Nội.

3.2.4. Tình hình dự phòng Anti D ở lần có thai này

Bảng 3.5. Tình hình dự phòng Anti D ở lần có thai này

Tình hình dự phòng Anti D ở lần có thai này	n	%
Không tiêm	18	18,9
Tiêm lúc 28 - 34 tuần	4	4,2
Tiêm sau đẻ 72 giờ	55	57,9
Tiêm cả hai thời điểm	18	18,9
Tổng	95	100,0

Dựa vào bảng cho thấy tình hình tiêm dự phòng Anti D tại BVPSTW lần lượt là: chỉ tiêm 1 mũi giữa 28 và 34 tuần có 4 trường hợp chiếm 4,2%, chỉ tiêm 1 mũi sau đẻ trong vòng 72 giờ có 55 trường hợp chiếm 57,9%, ở cả hai thời điểm có 18 trường hợp chiếm 18,9%. Phần lớn các trường hợp chỉ được tiêm sau đẻ trong vòng 72 giờ chiếm tới 57,9%. Lý giải về điều này là do phần lớn các sản phụ mang thai trong nghiên cứu không khám và quản lý thai ở đầu hoặc tại tuyến cơ sở, hoặc khám thai tại BVPSTW nhưng phần lớn đều làm hồ sơ đẻ muộn sau 34 tuần khi đã hết chỉ định tiêm dự phòng Anti D mũi 1, hoặc tới đẻ vào thời điểm chuyển dạ. Nên phần lớn các sản phụ này chỉ được chỉ định 1 mũi tiêm dự phòng Anti D 72 giờ sau đẻ. Tại BVPSTW áp dụng phác đồ tiêm 1 mũi duy nhất 1500IU (300mcg) vào thời điểm giữa 28 và 34 tuần. Tại thời điểm sau đẻ 72 giờ theo các hướng dẫn trên thế giới chỉ ra rằng cần tiêm ít nhất 500IU (100mcg) Anti D cho sản phụ. Các phác đồ trên thế giới không có sự thống nhất và có sự khác biệt ở từng nước. Tại Mỹ liều chuẩn là tiêm 1500IU (300 mcg) cho sản phụ tại thời điểm sau

sinh trong vòng 72 giờ, tại Canada là 500 - 600IU (100 - 120 mcg), và 1000 - 1250 IU (200 - 250mcg) tại 1 số nước châu Âu khác như Anh, Ailen, Pháp [1][2].

IV. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ sản phụ Rh(-) đẻ tại BVPSTW là 0,172%
- Có 64,2% các sản phụ trong nghiên cứu từng có tiền sử can thiệp sản khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. British Committee for Standards in Haematology - BCSH (2008), "Guidelines for the use of prophylactic Anti D immunoglobulin".
2. McGraw - Hill (2004), "Neonatology: Management, Procedures, On - Call problems, Diseases, and Drugs". Fifth Edition. A LANGE clinical manual. Lange Medical Books, p 247 - 250
3. Touinssi, Mhammed; Chiaroni, Jacques; Degioanni, Anna; De Micco, Philippe; Doutour, Olivier; Bauduer, Frédéric (2004). "Distribution of rhesus blood group system in the French basques: a reappraisal using the allele-specific primers PCR method". Human Heredity 58 (2): 69-72.