

BÀI GIẢNG CHUYÊN ĐỀ:
SẢN KHOA:
VỠ TỬ CUNG

MỤC TIÊU CHUYÊN ĐỀ:

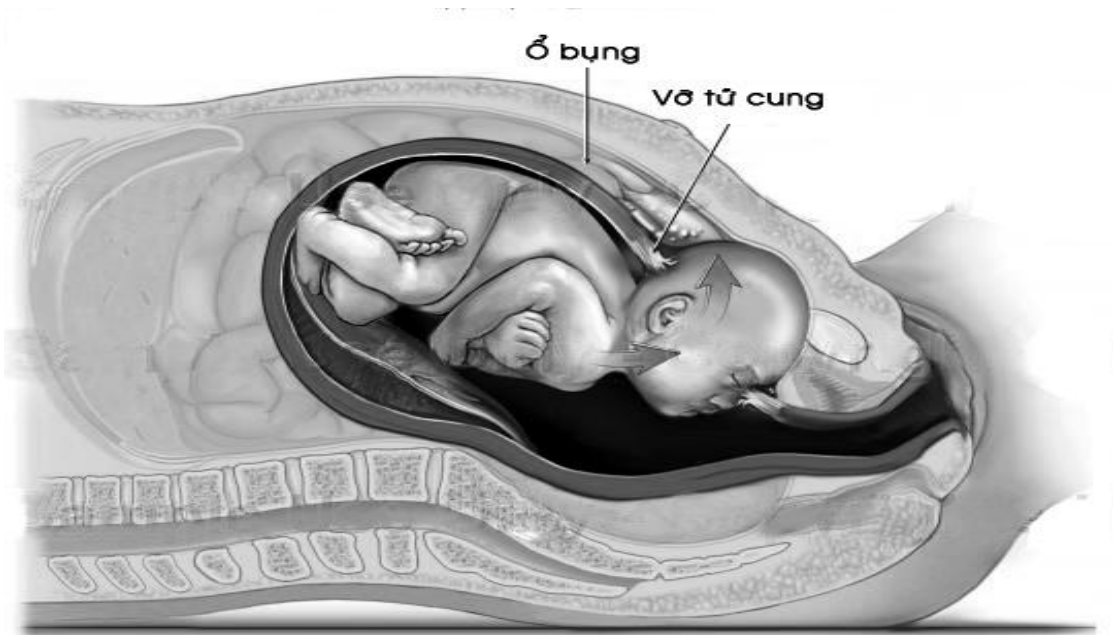
Sau khi học xong chuyên đề “Sản khoa: Võ tử cung”, người học nắm được những kiến thức như:

- Các nguyên nhân võ tử cung trong thai kỳ và trong chuyển dạ.
- Triệu chứng của dọa võ tử cung.
- Triệu chứng điển hình của võ tử cung hoàn toàn.
- Hướng xử trí và dự phòng võ tử cung.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Vỡ tử cung là một tai biến sản khoa. Nếu không phát hiện và xử trí kịp thời sẽ gây tử vong cho mẹ và thai nhi. Vỡ tử cung trong chuyển dạ thường gặp hơn vỡ tử cung trong thai kỳ.



Hình 1. Vỡ tử cung

2. VỠ TỬ CUNG TRONG THAI KỲ

2.1. Nguyên nhân: Có thể xảy ra trên các thai phụ có sẹo mổ cũ ở tử cung do:

- Mổ lấy thai ở thân tử cung.
- Khâu lại tử cung bị vỡ.
- Mổ lấy thai từ hai lần trở lên (sẹo mổ ngang đoạn dưới tử cung trước đó, số lần mổ càng nhiều càng làm tăng nguy cơ vỡ tử cung).

- Mổ cắt góc tử cung trong phẫu thuật điều trị chửa ngoài tử cung ở sừng.
- Mổ lấy thai bị nhiễm khuẩn tại vết mổ hoặc tử cung.
- Phẫu thuật bóc nhân xơ tử cung (nếu u xơ tử cung ăn vào nội mạc tử cung).
- Khâu lỗ thủng tử cung sau nạo phá thai.
- Tai nạn, sang chấn trực tiếp.

2.2. Triệu chứng

Vỡ tử cung trong thai kỳ có thể xảy ra ở 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ nhưng không có dấu hiệu dọa vỡ tử cung.

- *Triệu chứng cơ năng:*

- + Đau xảy ra đột ngột ở vùng tử cung (thường ở vị trí vết mổ cũ).
- + Ra máu ở âm đạo.

- *Triệu chứng toàn thân:*

Trong một số trường hợp bệnh nhân có dấu hiệu choáng, đôi khi choáng nặng: da mặt tái nhợt, nhịp thở nhanh, thở nông, vẻ mặt hốt hoảng, lo lắng, chân tay lạnh toát, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp hạ, đôi khi có thể ngừng tim.

- *Triệu chứng thực thể:*

+ Đau bụng: đau có thể lan tỏa toàn bụng, có khi phản ứng phúc mạc rất rõ.

+ Tử cung không còn hình dạng ban đầu, có thể sờ thấy các phần thai ngay dưới thành bụng, trường hợp vỡ tử cung không hoàn toàn có thể còn sờ thấy tử cung nhưng có điểm đau chói tại vùng sẹo của tử cung.

+ Nghe tim thai: Tim thai không còn nghe được.

+ Gõ bụng: bụng đục toàn bộ.

+ Khám âm đạo: ngôi thai không sờ thấy, có máu chảy ra theo tay.

Cần chú ý: Có trường hợp sẹo mô cũ bị nứt, nên không có dấu hiệu điển hình của chảy máu trong như đã mô tả ở trên.

- Cận lâm sàng:

+ Siêu âm: Nếu vỡ tử cung hoàn toàn sẽ thấy trong ổ bụng có: thai nhi, tim thai không đập, dịch.

+ Xét nghiệm: Trong xét nghiệm máu có giảm số lượng hồng cầu, hemoglobin (Hb) và hematocrit (Hct). Hồng cầu, Hb, Hct giảm nhiều trong trường hợp mất máu nặng.

3. VỠ TỬ CUNG TRONG CHUYÊN DẠ

Vỡ tử cung trong chuyên dạ được chia làm 2 nhóm:

- Vỡ tử cung tự nhiên xảy ra không do sự can thiệp thủ thuật.
- Vỡ tử cung do can thiệp bởi các thủ thuật sản khoa như nội xoay thai, lấy đầu hậu trong đỡ đẻ ngôi ngược, đẻ thủ thuật forceps, giác hút và đẩy bụng trong giai đoạn rặn sô ...

3.1. Nguyên nhân

3.1.1. Nguyên nhân về phía mẹ

- Đẻ khó do khung chậu: khung chậu hẹp tuyệt đối, khung chậu hẹp eo giữa và eo dưới (hình phễu), khung chậu méo...
- Sẹo mô cũ ở tử cung.
- Sản phụ đã đẻ nhiều lần, có tiền sử sinh đa thai nên cơ tử cung nhão, mỏng, dễ vỡ.
- Sản phụ đã nhiều lần phải nạo phá thai
- Đẻ khó do các khối u tiền đạo như: u xơ ở eo tử cung, u nang buồng trứng và một số u khác trong tiểu khung.

3.1.2. Nguyên nhân về phía thai

- Thai to toàn bộ: trọng lượng thai trên 4000g, gây bất tương xứng giữa thai và khung chậu người mẹ.
- Thai to từng phần như não úng thủy.
- Do ngôi và kiểu thế bất thường: ngôi chỏm đầu cúi không tốt, ngôi mặt cằm cùng, ngôi trán, ngôi thóp trước, ngôi ngang...
- Đa thai: do các thai vướng nhau hoặc dị dạng.

3.1.3. Nguyên nhân do can thiệp

- Các thủ thuật thực hiện không đúng chỉ định, chưa đủ điều kiện hoặc không đúng kỹ thuật.
- Sử dụng thuốc tăng co không chính xác (chỉ định, liều lượng) và theo dõi không cẩn thận.

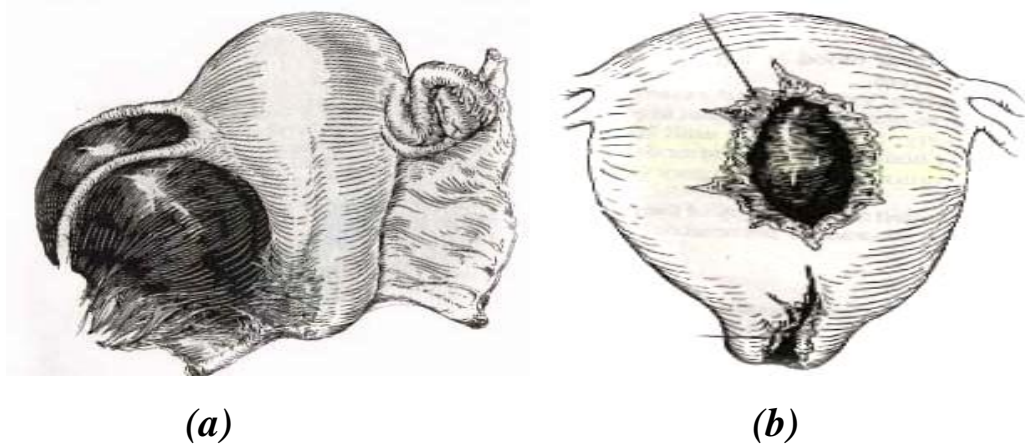
3.2. Giải phẫu bệnh lý

3.2.1. Võ tử cung hoàn toàn

Hình thái này chiếm 80% các trường hợp võ tử cung. Toàn bộ bề dày thành tử cung đều bị xé rách (niêm mạc, cơ đến phúc mạc). Vị trí rách thường ở bên trái và mặt trước đoạn dưới tử cung, vết rách có thể kéo dài từ cổ tử cung đến thân tử cung. Trong võ tử cung hoàn toàn thai, nhau nước ối bị đẩy vào ổ bụng của mẹ nên mẹ dễ bị viêm phúc mạc.

3.2.2. Võ tử cung không hoàn toàn

Hình thái này còn gọi là võ tử cung dưới phúc mạc. Chỉ có lớp niêm mạc và lớp cơ bị xé rách, phúc mạc đoạn dưới bị bong ra nhưng vẫn chưa bị rách. Máu không chảy vào ổ bụng người mẹ mà chảy vào dây chằng rộng tạo thành khối máu tụ trong dây chằng rộng, tiểu khung. Trường hợp võ tử cung không hoàn toàn thai và rau vẫn ở trong tử cung nên thai có thể còn sống.



Hình 2. (a) Võ tử cung trong dây chằng rộng. (b) Võ tử cung hoàn toàn

3.2.3. Võ tử cung ở người có sẹo mổ cũ

Thường do sẹo ở tử cung bị vỡ hoặc bị nứt một phần, trường hợp này bờ vết rách không nham nhỡ và có khi ít chảy máu.

3.2.4. Võ phức tạp

Tổn thương của võ tử cung phức tạp bao gồm võ tử cung hoàn toàn với tổn thương rộng, có thể kéo dài xuống âm đạo, xé rách túi cùng, bàng quang hoặc đứt động mạch tử cung. Do tổn thương phức tạp, bệnh nhân thường bị choáng nặng nên việc xử trí rất khó khăn và hậu quả nặng nề.

3.3. Triệu chứng

Võ tử cung thường có dấu hiệu báo trước mà ta thường gọi dấu hiệu dọa võ tử cung. Đó là dấu hiệu rất quý cho người thầy thuốc, nếu phát hiện và xử trí kịp thời sẽ hạn chế được võ tử cung. Võ tử cung ở người có sẹo mổ cũ thường xảy ra đột ngột không có dấu hiệu dọa vỡ.

3.3.1. Dọa võ tử cung

- *Triệu chứng cơ năng:*

+ Thai phụ đau nhiều, quằn quại do cơn co mạnh và dày.

- *Triệu chứng thực thể:*

+ Nhìn: Thấy rõ tử cung bị chia làm hai khối, thất ở giữa như hình quả bầu nậm. Khối dưới là đoạn dưới bị kéo dài (có khi lên tới rốn), giãn mỏng, khối thân tử cung bị đẩy lên cao. Chỗ thất ở giữa gọi là vòng Bandl, lúc tử cung gần vỡ vòng Bandl càng lên cao và càng rõ.

+ Con co tử cung mạnh, dồn dập.

+ Sờ nắn: hai dây chằng tròn bị căng như hai sợi dây đàn, đoạn dưới giãn mỏng. Vòng Bandl và dây chằng tròn bị kéo căng tạo thành dấu hiệu Bandl - Frommel.

+ Tim thai có biểu hiện bất thường: nhanh, chậm, hoặc không đều.

+ Khám âm đạo: có thể tìm thấy các nguyên nhân gây cản trở chuyển dạ như khung chậu hẹp, ngôi thai bất thường (ngôi ngang, ngôi trán, ngôi mặt cằm cùng), thai to hoặc bất tương xứng đầu - chậu...

3.3.2. Vỡ tử cung

- *Triệu chứng cơ năng:*

+ Ở sản phụ đã có dấu hiệu dọa vỡ đột nhiên đau chói, đau nhiều ở chỗ vỡ, sau đó dịu đi.

+ Chảy máu: âm đạo có máu đỏ tươi chảy ra, số lượng nhiều hoặc ít tùy theo vị trí vỡ và có kèm tổn thương mạch máu không.

- *Triệu chứng thực thể:*

+ Nếu mất máu nhiều có tình trạng choáng: màu da nhợt nhạt, niêm mạc mắt trắng bệch, thở nhanh - nông, vã mồ hôi, chân tay lạnh, mạch nhanh, huyết áp hạ.

+ Nhìn: không còn thấy hình dạng tử cung.

+ Sờ nắn: nếu thai còn trong buồng tử cung thì tử cung vẫn còn hình thể cũ nhưng sờ vào chỗ vỡ thai phụ sẽ đau chói, bụng có phản ứng. Nếu thai bị đẩy vào ổ bụng ta sờ thấy các phần của thai lổn nhổn dưới da bụng.

+ Nghe: tim thai không có hoặc có biểu hiện suy thai trong trường hợp nứt sẹo mô cu ở đoạn dưới.

+ Khám âm đạo: có máu đỏ tươi chảy ra theo tay, ngôi thai cao, đẩy lên dễ dàng.

+ Thông tiểu: nước tiểu có màu hồng hoặc đỏ tùy theo có vỡ bàng quang hay không.

3.4. Chẩn đoán

3.4.1. Chẩn đoán xác định

- Doạ vỡ tử cung: thai phụ đau bụng dữ dội, cơn co dồn dập, có vòng Bandl hặc dấu hiệu Bandl-Frommel.

- Vỡ tử cung: đã có dấu hiệu dọa vỡ tử cung (trừ trường hợp có sẹo mô ở tử cung), thai phụ thấy đau chói, ra máu âm đạo đỏ tươi, có tình trạng choáng tùy thuộc vào mức độ mất máu, không còn tim thai, sờ thấy phần thai dưới da bụng.

- Vỡ tử cung sau đẻ, sau thủ thuật: sau đẻ thấy ra máu âm đạo nhiều, bóc nhau nhân tạo và kiểm soát tử cung hoặc kiểm tra cổ tử cung mới phát hiện ra vỡ tử cung.

3.4.2. Chẩn đoán phân biệt

- Nhau tiền đạo: không có dấu hiệu dọa vỡ, chảy máu ra ngoài là chủ yếu, tim thai có thể mất khi máu chảy nhiều, không đau bụng, khám âm đạo sờ thấy bánh nhau.

- Nhau bong non: có thể có các dấu hiệu của tiền sản giật (protein niệu, phù, huyết áp cao), máu chảy ra âm đạo là máu loãng không đông, tử cung co cứng như gỗ, không nghe thấy tim thai, giảm fibrinogen máu, choáng có thể xảy ra.

4. TIỀN LƯỢNG

Vỡ tử cung nguy hiểm đến tính mạng cho cả mẹ và con.

- Thai suy hoặc chết vì con co dồn dập, nhau bong.

- Tỷ lệ tử vong mẹ phụ thuộc vào:

+ Độ phức tạp của tổn thương

+ Thái độ xử trí và điều kiện gây mê - hồi sức.

+ Phương tiện di chuyển bệnh nhân.

5. ĐIỀU TRỊ

Tất cả các loại vỡ tử cung đều phải mổ cấp cứu, vừa hồi sức vừa mổ.

- Hồi sức chống choáng bằng cách bồi phụ lượng máu đã mất, truyền dịch điện giải.

- Phẫu thuật: tùy thuộc vào tình trạng toàn thân của bệnh nhân, thời gian vỡ, tình trạng nhiễm khuẩn, vỡ đơn giản hay phức tạp, tuổi và số con sống của bệnh nhân mà quyết định cắt hay bảo tồn tử cung.

+ Khâu phục hồi tử cung: chỉ khâu lại tử cung khi bệnh nhân còn trẻ, còn nguyện vọng sinh đẻ, vết rách không phức tạp.

+ Cắt tử cung: khi bệnh nhân nhiều tuổi, đã đẻ nhiều lần có đủ con, nhiễm khuẩn, vỡ phức tạp.

- Trong và sau mổ dùng kháng sinh liều cao, có thể phối hợp hai loại kháng sinh.

6. DỰ PHÒNG

Dự phòng có vai trò rất quan trọng để hạ thấp tỷ lệ vỡ tử cung, tỷ lệ tử vong do vỡ tử cung.

- Trong thai kỳ: cần khám thai thường xuyên, phát hiện sớm các nguy cơ đẻ khó như khung chậu hẹp, khung chậu méo, có sẹo mổ cũ ở tử cung, thai to, ngôi bất thường...

+ Tuyến xã, tuyến huyện không có khả năng phẫu thuật không được quản lý các loại đẻ khó mà phải chuyển lên tuyến trên để quản lý.

+ Các thai phụ có sẹo ở tử cung phải được vào viện trước khi chuyển dạ để theo dõi cẩn thận và chỉ định can thiệp đúng lúc.

- Trong chuyển dạ:

+ Khám phát hiện sớm các nguyên nhân đẻ khó.

+ Sử dụng biểu đồ chuyển dạ để theo dõi, phát hiện sớm dấu hiệu chuyển dạ đình trệ, dọa vỡ tử cung để xử trí kịp thời.

+ Sử dụng các thuốc tăng co cần phải đúng chỉ định, đúng liều lượng và theo dõi cẩn thận.

+ Khi làm thủ thuật đường dưới như nội xoay thai, cắt thai, forceps, giác hút ... phải đúng chỉ định và đủ điều kiện. Sau thủ thuật phải kiểm tra sự toàn vẹn của ống đẻ.

+ Cầm đẩy bụng trong giai đoạn rặn sổ thai.

=====HẾT=====