

Bài Team-Based Learning 4-4: Chuyển dạ bình thường

Bóc nhau nhân tạo. Kiểm tra cổ tử cung và đường sanh.

Nguyễn Hồng Châu¹, Âu Nhật Luân²

Mục tiêu bài giảng

Sau khi hoàn thành bài học, sinh viên có khả năng

1. Trình bày được mục đích, chỉ định của bóc nhau nhân tạo và kiểm tra đường sanh sau sanh
2. Mô tả được kỹ thuật bóc nhau nhân tạo
3. Mô tả được kỹ thuật kiểm tra cổ tử cung
4. Trình bày được nguyên tắc khâu phục hồi tổn thương đường sanh

BÓC NHAU NHÂN TẠO

Bóc nhau nhân tạo được hiểu là can thiệp thủ thuật nhằm mục đích lấy nhau ra khỏi buồng tử cung một cách chủ động khi nhau chưa bong hoặc chỉ bong một phần hoặc đã bong nhưng bị cầm giữ lại trong buồng tử cung.

Thủ thuật này nhằm mục đích làm trống buồng tử cung, tạo điều kiện thuận lợi để tử cung có thể co hồi tốt, hoặc chuẩn bị thực hiện kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung trong trường hợp khẩn cấp không thể chờ nhau bong tự nhiên.

Chỉ định của bóc nhau nhân tạo

- Nhau không bong tự nhiên sau khi hết thời gian nghỉ ngơi sinh lý
- Băng huyết sau sanh, nhau chưa bong
- Băng huyết sau sanh, nghi ngờ sót nhau

Kỹ thuật thực hiện bóc nhau nhân tạo

- Xem xét lại chỉ định thực hiện thủ thuật
- Xem lại các chăm sóc căn bản của băng huyết sau sanh có được đảm bảo hay chưa, mở đường truyền tĩnh mạch
- Giúp bệnh nhân yên tâm, giải thích ngắn gọn về thủ thuật. Tiền mê hay ngủ với Pethidine và Diazepam (không trộn lẫn trong cùng một bơm tiêm) đường tĩnh mạch chậm hay có thể dùng ketamin. Atropin ¼ mg, đường dưới da, có thể dùng với mục đích ngừa sốc phản vệ, tuy nhiên khuyến cáo thực hành của Tổ chức Y tế Thế giới không đề cập đến dùng Atropin thường qui.
- Kháng sinh dự phòng liều duy nhất
- Ampicillin 2 g, đường tĩnh mạch VÀ metronidazole 500 mg, đường tĩnh mạch
- Hoặc Cefazolin 1 g, đường tĩnh mạch VÀ metronidazole 500 mg, đường tĩnh mạch
- Giữ cuống rốn bằng một kẹp. Kéo nhẹ cuống rốn căng ra theo phương song song với mặt đất
- Mang găng tiệt khuẩn, đưa bàn tay vào âm đạo và hướng dần lên đến tử cung
- Thôi không giữ cuống rốn nữa và chuyển tay đó lên trên bụng, nhằm nâng giữ đáy tử cung trong quá trình thực hiện thủ thuật và thực hiện lực đối kháng với lực kéo nhau để phòng tránh lộn tử cung
- Lưu ý: nếu xảy ra lộn tử cung, phải đưa tử cung trở về vị trí.
- Di chuyển các ngón tay của bàn tay trong tử cung theo chiều ngang đến khi chạm mép nhau
- Nếu dây rốn đã bị đứt, tức mất điểm mốc để nhận diện nhau, hãy di chuyển bàn tay trong buồng tử cung đến khi tìm được đường phân cách giữa thành tử cung và nhau
- Tách nhau ra khỏi nơi bám của nó bằng cách giữ các đầu ngón tay chụm vào nhau, dùng cạnh bàn tay để tách dần nhau ra khỏi nơi bám
- Tiến hành thao tác một cách từ tốn, trên toàn bộ giường nhau, cho đến khi toàn bộ nhau được tách khỏi thành tử cung
- Nếu không thể tiến hành tách được nhau ra khỏi diện lòng tử cung bởi các thao tác nhẹ nhàng mô tả trên đây, hãy nghĩ đến nhau cài răng lược và tiến hành mở bụng với khả năng có thể phải cắt tử cung
- Giữ toàn bộ nhau vừa được tách khỏi thành tử cung trong tay, nhẹ nhàng lấy tay cùng với nhau ra khỏi tử cung
- Bàn tay trên bụng vẫn tiếp tục giữ đáy tử cung ngược với lực kéo nhau, bằng cách đẩy tử cung về phía trên

¹ Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: bsnguyenhongchau@yahoo.com

² Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: aunhutluan@gmail.com

- Kiểm tra lại lòng tử cung sau khi lấy nhau nhằm đảm bảo là toàn bộ nhau đã được lấy khỏi buồng tử cung. Khi kiểm tra nhớ chú ý thám sát cả hình dạng buồng tử cung và tổn thương của tử cung.
- Dùng thêm 20 đơn vị oxytocin pha trong 1000 ml dịch truyền tĩnh mạch NaCl 0.9% hay Ringer's lactate chảy nhanh 60 giọt / phút
- Xoa bóp đáy tử cung duy trì sức co tử cung
- Nếu máu vẫn tiếp tục chảy nhiều, dùng Ergometrine 0.2 mg, đường tiêm bắp, hay Prostaglandins
- Kiểm tra lại nhau. Nếu thấy không đủ (sốt toàn bộ múi nhau...) phải kiểm lòng tử cung để lấy ra
- Khám cẩn thận và xử lý các tổn thương khác như rách âm đạo, cổ tử cung, tầng sinh môn...
- Trong trường hợp không thể cho cả bàn tay vào tử cung để lấy nhau, như trong trường hợp vòng thắt hoặc sanh đã nhiều giờ, nhiều ngày..., dùng hai ngón tay để lấy từng phần nhau hoặc kẹp hình tim hay thìa nạo to.

Chăm sóc sau thủ thuật

- Theo dõi sát tình trạng sản phụ, cho đến khi tỉnh thuốc mê
- Theo dõi sinh hiệu mỗi 30 ph, trong 6 giờ sau đó hay cho đến khi tình trạng của sản phụ ổn định
- Phải đảm bảo rằng tử cung co hồi tốt bằng cách thăm khám thường xuyên
- Theo dõi lượng sản dịch
- Duy trì đường truyền tĩnh mạch
- Truyền máu khi cần thiết

KIỂM TRA CỔ TỬ CUNG VÀ ĐƯỜNG SANH

Kiểm tra cổ tử cung và đường sanh bằng dụng cụ là phương pháp duy nhất cho phép xác định các sang chấn gây nên do cuộc sanh ở các phần thấp của đường sanh.

Chỉ định của kiểm tra đường sanh bằng dụng cụ gồm tất cả mọi trường hợp nghi ngờ có thể dẫn đến tổn thương đường sanh như sanh quá nhanh, sanh con quá nhỏ, sanh thủ thuật khó khăn hoặc khi các điều kiện an toàn không được thỏa, băng huyết sau sanh...

Không được thực hiện kiểm tra cổ tử cung bằng các ngón tay vì có thể dẫn đến bỏ sót chẩn đoán các sang chấn trên cổ tử cung. Không được thực hiện kiểm tra đường sanh mà không dùng van âm đạo vì có thể dẫn đến bỏ sót các tổn thương bị che khuất bởi phần mềm.

Mục đích của việc kiểm tra bao gồm xác định sự hiện diện, vị trí, mức độ nặng của tổn thương ở cổ tử cung và ở đoạn thấp của ống sanh và đồng thời thực hiện các thao tác phục hồi thích hợp.

Kiểm tra và khâu phục hồi các thương tổn ở cổ tử cung

- Thực hiện sát khuẩn âm hộ, âm đạo và cổ tử cung
- Giúp bệnh nhân yên tâm, giải thích ngắn gọn về thủ thuật. Thường không bắt buộc phải thực hiện vô cảm cho hầu hết các thương tổn ở cổ tử cung. Đối với các tổn thương cao và rộng, dùng Pethidine và Diazepam đường tĩnh mạch chậm (không hòa lẫn trong cùng một bơm tiêm) hoặc dùng Ketamine
- Đặt 2 van âm đạo, che thành trước và thành sau âm đạo
- Người phụ nữ thủ thuật được yêu cầu thực hiện xoa bóp đáy tử cung và tạo một lực trên đáy tử cung
- Dùng kẹp hình tim đánh dấu vị trí 12 giờ trên cổ tử cung. Dùng 2 kẹp hình tim cặp nhẹ nhàng cổ tử cung, đi giáp vòng hết cổ tử cung từ vị trí 12 giờ đến 12 giờ. Lưu ý rằng có thể có nhiều vết rách ở các vị trí khác nhau trên cổ tử cung.
- Khi phát hiện thương tổn rách cổ tử cung, di chuyển 2 kẹp hình tim đến cặp trên cả hai phía của vết rách, sau đó kéo nhẹ nhàng theo phương thích hợp nhằm mục đích bộc lộ toàn thể vết rách ở cổ tử cung, tức phải thấy được cùng đồ âm đạo
- Khâu vết rách cổ tử cung với chỉ Chromic 0 (hoặc polyglycolic), mũi liên tục. Đường khâu bắt đầu từ trên đỉnh của vết rách, vị trí này thường là nguồn của chảy máu
- Trong trường hợp khó xác định được đỉnh của tổn thương để tiến hành khâu do tổn thương lan lên quá cao, đến vòm âm đạo, cần phải thực hiện mở bụng.

Kiểm tra và đánh giá tổn thương âm đạo và tầng sinh môn

- Sau khi hoàn tất việc kiểm tra cổ tử cung, tiến hành kiểm tra tổn thương âm đạo và tầng sinh môn bằng van âm đạo
- Di chuyển các lá van âm đạo, đặt chúng đối xứng nhau để bộc lộ và căng nhẹ thành âm đạo, thám sát toàn bộ thành âm đạo, sẽ giúp nhận thấy được các tổn thương
- Thám sát cơ vòng hậu môn bằng ngón tay đưa qua hậu môn để nâng nhẹ cơ vòng lên trên
- Có 4 mức độ tổn thương âm đạo-tầng sinh môn:
 - Rách độ 1 : Chỉ có niêm mạc và mô liên kết bị rách
 - Rách độ 2 : Niêm mạc âm đạo, mô liên kết và lớp cơ phía dưới bị rách
 - Rách độ 3 : Rách hoàn toàn cơ vòng hậu môn
 - Rách độ 4 : Rách niêm mạc trực tràng

- Lưu ý quan trọng: Khi khâu tổn thương rách âm đạo và tầng sinh môn, cần sử dụng chỉ tiêu. Nên dùng chỉ Polyglycolic hơn là chỉ Chromic do chỉ tổng hợp có sức căng chịu lực tốt hơn, không dị ứng và ít có nguy cơ bị nhiễm trùng. Có thể dùng chỉ catgut chromic như một giải pháp thay thế nhưng không phải là lý tưởng.

Khâu phục hồi âm đạo và tầng sinh môn độ 1 và độ 2

- Vô cảm bằng tê tại chỗ. Nếu cần có thể thực hiện tê thần kinh thẹn
- Sát khuẩn vùng quanh tổn thương
- Kiểm tra lại để chắc chắn rằng sản phụ không có dị ứng với thuốc tê hay các thuốc khác có liên quan (đã được biết trước đây). Đưa thuốc tê vào lớp dưới niêm mạc, dưới da của tầng sinh môn và sâu trong cơ tầng sinh môn. Thông thường cần khoảng 10 ml thuốc tê.
- Lưu ý quan trọng: Không bao giờ được tiêm trực tiếp thuốc tê vào mạch máu. Luôn luôn kiểm tra để chắc chắn rằng mũi kim không đang nằm trong lòng mạch máu. Nếu thuốc tê được tiêm thẳng vào tĩnh mạch, sản phụ có thể bị co giật và tử vong. Nếu dùng trên 40 ml thuốc tê, phải cho thêm adrenaline vào trong thuốc tê.
- Khâu phục hồi lớp niêm mạc âm đạo với chỉ 2-0
- Khởi đầu mũi khâu khoảng 1 cm quá lên phía trên đỉnh của vết rách. Dùng mũi khâu liên tục, đi về phía màng trinh
- Ở vị trí của lỗ mở âm đạo (vết tích của màng trinh), đỉnh 2 mép ngoài vết thương với nhau cho khớp
- Khâu phục hồi lớp cơ tầng sinh môn với chỉ 2-0, mũi rời (hình 7).
- Nếu tổn thương sâu, cần thực hiện khâu theo 2 lớp để tránh khoảng chết
- Cần thận kiểm tra chắc chắn rằng không khâu và trực tràng
- Khâu phục hồi da bằng mũi rời hoặc mũi trong da, khởi đầu từ lỗ mở âm đạo (di tích màng trinh)

Khâu phục hồi âm đạo và tầng sinh môn độ 3 và độ 4

Tổn thương tầng sinh môn độ 3 và 4 đòi hỏi những chăm sóc chuyên biệt, nếu không thực hiện tốt sẽ để lại các biến chứng nặng cho sản phụ.

Lưu ý quan trọng:

Người phụ nữ có thể rơi vào trạng thái trung hay đại tiện không kiểm soát nếu có tổn thương cơ vòng hậu môn không được phục hồi đúng cách.

Nếu rách trực tràng không được phục hồi, sản phụ có thể bị nhiễm trùng và dò trực tràng âm đạo sau khi sanh

- Khâu cơ vòng hậu môn và trực tràng phải được tiến hành tại phòng mổ
- Trấn an bệnh nhân, giải thích tiến trình của công việc. Vô cảm bằng tê thần kinh thẹn hay ketamine. Nếu bờ tổn thương có thể nhận ra rõ ràng, có thể dùng tê tại chỗ với hỗ trợ của pethidine và diazepam đường tĩnh mạch chậm.
- Người phụ thủ thuật được yêu cầu thực hiện xoa bóp đáy tử cung và tạo một lực trên đáy tử cung
- Thăm sát để xác định đứt cơ vòng hậu môn
 - Bằng ngón tay cho vào hậu môn và nâng nhẹ lên trên
 - Nhận ra được cơ vòng hoặc không tìm thấy cơ vòng
 - Nhận định bề mặt lòng trực tràng và quan sát thật kỹ vết rách
- Thay gant vô khuẩn
- Sát khuẩn vết rách và lấy sạch phân nếu có
- Kiểm tra lại để chắc chắn rằng sản phụ không có dị ứng với thuốc tê hay các thuốc khác có liên quan (đã được biết trước đây). Đưa thuốc tê vào lớp dưới niêm mạc, dưới da của tầng sinh môn và sâu trong cơ tầng sinh môn. Thông thường cần khoảng 10 ml thuốc tê.
- Lưu ý quan trọng: Không bao giờ được tiêm trực tiếp thuốc tê vào mạch máu. Luôn luôn kiểm tra để chắc chắn rằng mũi kim không đang nằm trong lòng mạch máu. Nếu thuốc tê được tiêm thẳng vào tĩnh mạch, sản phụ có thể bị co giật và tử vong. Nếu dùng trên 40 ml thuốc tê, phải cho thêm adrenaline vào trong thuốc tê.
- Khâu lại trực tràng bằng các mũi rời với chỉ 3-0 hoặc 4-0, khoảng cách giữa 2 mũi là 0,5 cm, áp 2 mép niêm mạc vào nhau
- Lưu ý khi khâu trực tràng
 - Đặt mũi khâu lấy trọn lớp cơ (không được lấy lớp niêm mạc trực tràng)
 - Che lớp cơ bằng các mũi khâu rời trên fascia (cân mạc)
 - Thường xuyên sát khuẩn phẫu trường
- Nếu có tổn thương cơ vòng hậu môn
 - Khi cơ vòng bị đứt, đầu đứt có thể co lại và tụt sâu. Tìm và cặp mỗi đầu đứt của cơ vòng bằng một kềm Allis. Cơ vòng thường chắc chắn và không bị rách khi kéo bởi kềm Allis
 - Khâu cơ vòng bằng 2 hoặc 3 mũi rời với chỉ 2-0
- Sát khuẩn lại một lần nữa vùng tổn thương.

- Kiểm tra lại trương lực cơ vòng và niêm mạc trực tràng sau khi khâu xong, đảm bảo rằng các tổn thương đã được phục hồi đúng cách
- Khâu lại niêm mạc âm đạo, cơ tầng sinh môn, da

CHĂM SÓC SAU KHÂU CÁC TỔN THƯƠNG ÂM ĐẠO TẦNG SINH MÔN

Nếu là tổn thương rách tầng sinh môn độ 4, dùng kháng sinh dự phòng liều duy nhất

- Ampicillin 500 mg đường uống
- VÀ Metronidazole 400 mg đường uống
- Theo dõi nghiêm ngặt dấu hiệu của nhiễm trùng vết thương
- Không được thụt tháo hay khám trực tràng trong 2 tuần
- Dùng thuốc làm mềm phân đường uống trong 1 tuần, nếu có thể được

CHĂM SÓC CÁC TRƯỜNG HỢP KHÔNG ĐƯỢC PHÁT HIỆN KỊP THỜI

Vết thương tầng sinh môn luôn luôn bị nhiễm bẩn bởi phân. Nếu sau hơn 12 giờ mà vết thương không được khâu lại thì nhiễm trùng là không thể tránh khỏi. Như vậy, buộc lòng phải trì hoãn việc khâu phục hồi khi vết thương được phát hiện quá muộn

Thái độ xử trí tùy mức độ tổn thương:

Tổn thương rách tầng sinh môn độ 1 và 2, hãy để vết thương hở

Tổn thương rách tầng sinh môn độ 3 và 4, chỉ đóng niêm mạc trực tràng bằng một ít mô nâng đỡ và khép cân mạc của cơ vòng bằng 2 hay 3 mũi khâu rời. Khâu cơ tầng sinh môn, niêm mạc âm đạo và da tầng sinh môn lại 6 ngày sau

BIẾN CHỨNG

- Nếu có tụ máu, mở và thoát lưu khối máu tụ. Nếu không có nhiễm trùng và máu đã ngừng chảy, vết thương có thể được đóng lại
- Nếu có nhiễm trùng, mở và thoát lưu ổ nhiễm. Cắt bỏ chỉ và cắt lọc mô nhiễm khuẩn
- Nếu nhiễm trùng nhẹ, không nhất thiết phải dùng kháng sinh
- Nếu nhiễm trùng nặng nhưng không lan đến các mô sâu, dùng kháng sinh phối hợp
 - Ampicillin 500 mg, đường uống, 4 lần mỗi ngày, trong 5 ngày
 - VÀ Metronidazole 400 mg, đường uống, 3 lần mỗi ngày, trong 5 ngày
- Nếu nhiễm trùng sâu, lan đến các cơ và hoại tử, dùng kháng sinh phối hợp cho đến khi các mô hoại tử được lấy bỏ và sản phụ không còn sốt ít nhất 48 giờ liên tục
 - Penicillin G 2 triệu IU, đường tĩnh mạch, mỗi 6 giờ
 - VÀ Gentamicin 5 mg/kg thể trọng, đường tĩnh mạch, mỗi 24 giờ
 - VÀ Metronidazole 500 mg, đường tĩnh mạch, mỗi 8 giờ
- Khi sản phụ không còn sốt trong 48 giờ liên tiếp, chuyển sang đường uống
 - Ampicillin 500 mg, đường uống, 4 lần mỗi ngày, trong 5 ngày
 - VÀ Metronidazole 400 mg, đường uống, 3 lần mỗi ngày, trong 5 ngày
- Lưu ý: Nhất thiết phải cắt lọc rộng các trường hợp hoại tử sâu. Tùy theo sự hồi phục sau nhiễm trùng mà việc khâu thứ cấp sẽ được thực hiện 2-4 tuần sau đó
- Tiêu không tự chủ là hậu quả của tổn thương đứt hoàn toàn cơ vòng hậu môn. Nhiều phụ nữ vẫn có thể kiểm soát được đại tiện nhờ vào việc sử dụng các cơ khác của hội âm. Nếu tình trạng tiêu không kiểm soát vẫn không được giải quyết bằng cách trên, khâu phục hồi cơ vòng sẽ được thực hiện 3 tháng sau sanh
- Lỗ dò trực tràng-âm đạo đòi hỏi phải được phẫu thuật phục hồi ít nhất là 3 tháng sau sanh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

World Health Organization, 2003, Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Section 3 - Procedures. Manual removal of placenta.

http://www.who.int/reproductive-health/impac/Procedures/Manual_removal_P77_P79.html

World Health Organization, 2003, Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Section 3 - Procedures. Repair of cervical tears.

http://www.who.int/reproductive-health/impac/Procedures/Repair_cervical_P81.html

World Health Organization, 2003, Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Section 3 - Procedures. Repair of vaginal and perineal tears.

http://www.who.int/reproductive-health/impac/Procedures/Repair_vaginal_P83_P90.html