

Nhận biết và phòng tránh chuyển dạ kéo dài

Nguyễn Duy Hoàng Minh Tâm¹, Hồ Viết Thắng², Âu Nhứt Luân³

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

¹ Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: drhmtam03@yahoo.com

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

³ Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: aunhutluan@gmail.com

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được khái niệm về chuyển dạ kéo dài
2. Trình bày được hệ quả của chuyển dạ kéo dài
3. Trình bày được các biện pháp nhận biết chuyển dạ kéo dài

CHUYỂN DẠ KÉO DÀI, CHUYỂN DẠ TẮC NGHỀN VÀ BẤT XỨNG ĐẦU CHẬU

Chuyển dạ kéo dài được hiểu là chuyển dạ kéo dài trên 24 giờ. Chuyển dạ giai đoạn hoạt động trên 12 giờ là kéo dài.

Chuyển dạ kéo dài được định nghĩa là chuyển dạ kéo dài trên 24 giờ.

Do giai đoạn xóa mở cổ tử cung của chuyển dạ gồm 2 giai đoạn liên tiếp, nên có thể phân biệt:

1. Chuyển dạ giai đoạn tiềm thời kéo dài: thường khó xác định, do khó biết được khởi đầu của chuyển dạ.
2. Chuyển dạ giai đoạn hoạt động kéo dài: khi độ dài của giai đoạn hoạt động kéo dài trên 12 giờ.

Chuyển dạ có thể bị kéo dài do bất thường của cơn co tử cung, do thai nhi hay do bất thường của khung chậu (3P).

Tổng quát, có 3 yếu tố gây bất thường trong chuyển dạ:

1. Bất thường của cơn co
2. Bất thường của ngôi thai
3. Bất thường của đường sanh

1. P1 - The Power:

Cơn co tử cung là động lực của chuyển dạ, gây xóa mở cổ tử cung. Cơn gò yếu hay không tương hợp sẽ dẫn đến diễn tiến bất thường của xóa mở cổ tử cung.

2. P2 - The Passenger:

Bất tương xứng của các kích thước của ngôi thai so với các kích thước của đường sanh, kiểu trình thai bất thường có cơ chế sanh khó hay không có cơ chế sanh là các yếu tố về phía thai gây chuyển dạ bất thường. Tuy nhiên, thuật ngữ chuyển dạ kéo dài thường được dùng cho ngôi chồm. Thuật ngữ chuyển dạ kéo dài hiếm khi được dùng trong một chuyển dạ với ngôi thai không phải là ngôi chồm.

3. P3 - The Passage:

Đoạn đường qua tiểu khung bất thường về hình dạng, cấu trúc hay kích thước sẽ gây khó khăn cho thai nhi khi nỗ lực vượt qua đường sanh. Khối u cản trở đường sanh không phải là nguyên nhân thường gặp.

Chuyển dạ tắc nghẽn (obstructed labor) là thuật ngữ dùng để chỉ một chuyển dạ với tắc nghẽn cơ học ở đường ra.

Khi hiện diện một cản trở cơ học trên đường ra, thai nhi sẽ có những nỗ lực để vượt qua.

Các nỗ lực để vượt trở ngại được thể hiện qua (1) việc tăng hoạt động của tử cung, với các cơn co trở nên dồn dập, (2) tuy nhiên lại không dẫn đến tiến triển của ngôi thai dù (3) thai nhi đã cố gắng thực hiện những biến đổi hình dạng cần thiết như uốn khuôn đầu theo dạng của khung chậu hay chông xương sọ. Các thành tố này tạo ra một tình trạng được gọi là hội chứng vượt trở ngại.

Cản trở cơ học có thể có nguyên nhân là kích thước không thỏa đáng của khung chậu (khung chậu hẹp) hay hình dạng bất thường của khung chậu. Cản trở do nguyên nhân khung chậu tạo một rào cản không thể vượt qua. Khung chậu hẹp ở eo trên là thường thấy nhất, nhưng cũng phổ biến trong đoạn đường đi trong tiểu khung (hẹp eo giữa).

Cản trở ở eo trên thường rõ ràng, dễ nhận biết, trong khi đó cản trở ở eo giữa thường gây khó khăn trong thiết lập chẩn đoán, và có thể dẫn đến những sai lầm chết người.

Cản trở cơ học không chỉ do nguyên nhân khung chậu. Mọi nguyên nhân làm cho các kích thước của ngôi không còn tương thích với kích thước của khung chậu cũng gây ra cản trở cơ học. Các nguyên nhân gây chuyển dạ tắc nghẽn thường thấy nhất là:

- Bất xứng đầu chậu
- Ngôi bất thường với cơ chế sanh bất thường như ngôi mặt cằm sau
- Ngôi bất thường không có cơ chế sanh ngã âm đạo: ngôi trán, ngôi ngang
- Dị tật thai nhi: não úng thủy
- U đường sinh dục và vùng chậu cản trở đường sanh.

Bất xứng đầu chậu được hiểu là sự không tương thích giữa các đường kính trình thai và kích thước tiểu khung.

Cả P2 và P3 đều có thể là nguyên nhân của tắc nghẽn. Đôi khi, khung chậu không hẹp nhưng do thai nhi không vào được khung chậu do những kiểu trình thai bất thường như đầu cúi không tốt, đầu lọt bất đối xứng... Trong những trường hợp này, ngôi thai trình những đường kính không phải là đường kính nhỏ nhất của ngôi ra trước lối vào của eo trên, và dẫn đến bất tương xứng giữa kích thước của phần trình thai và kích thước lối vào của tiểu khung. Tình trạng này được gọi là bất xứng đầu chậu. Có thể xảy ra giữa: khung chậu hẹp với đầu thai bình thường, hoặc thai to khung chậu bình thường, hoặc cả hai điều trên. Hệ quả của bất xứng đầu chậu là một chuyển dạ tắc nghẽn.

Một cách kinh điển, thuật ngữ bất xứng đầu chậu là một thuật ngữ chỉ dùng trong chuyển dạ.

Trong quá trình chuẩn bị cho chuyển dạ, thai nhi thực hiện các bình chỉnh cần thiết gồm thu các đường kính lọt về tối thiểu, hướng các đường kính lọt vào đường kính lớn nhất của tiểu khung, và tiến trình vượt qua tiểu khung cũng như các điều chỉnh cuối cùng tư thế, kích thước ngôi bằng các kiểu trình bất đối xứng hay uốn khuôn chỉ xảy ra trong chuyển dạ và chỉ trong chuyển dạ mà thôi.

Chỉ trong một số rất ít trường hợp trong đó (1) các kích thước của tiểu khung quá nhỏ, quá lệch trong khi thai nhi có kích cỡ bình thường, hay (2) khi thai nhi to vượt mức là những trường hợp hiếm hoi mà chẩn đoán bất xứng đầu chậu có thể được thiết lập ngoài chuyển dạ. Khi đó, mổ lấy thai là cần thiết.

CHUYỂN DẠ TẮC NGHE CÓ THỂ DẪN ĐẾN NHỮNG BIẾN CHỨNG HAY DI CHỨNG NẶNG NỀ

Các nỗ lực của tử cung nhằm tổng xuất thai nhi vượt qua được tắc nghẽn cơ học đôi khi đạt được hiệu quả. Thai nhi được sanh qua ngã âm đạo với những biến dạng quan trọng trên đầu thai.

Suy thai trong chuyển dạ

Suy thai trong chuyển dạ là hệ quả của hoạt động dồn dập với tần số và cường độ cao của cơ tử cung

Cơn co tử cung với tần số và cường độ cao, kèm theo tăng trương lực căn bản dẫn đến suy giảm nghiêm trọng trong trao đổi tử cung-nhau. Ngưng cấp máu trong cơn co tử cung, khoảng nghỉ ngắn không cho phép bù đắp tình trạng thiếu oxy trong cơn co làm suy giảm nhanh chóng khả năng bù trừ của hệ đệm với tình trạng toan hóa hô hấp. Tình trạng này kéo dài sẽ dẫn đến khả năng mất bù trừ và nhiễm toan chuyển hóa, với các di chứng trên hệ thần kinh thai.

Hội chứng vượt trở ngại - Dọa vỡ tử cung - Vỡ tử cung

Dọa vỡ tử cung là đỉnh điểm của hội chứng vượt trở ngại, xảy ra ngay trước khi thành tử cung bị xé toạc do thai phải tìm được lối ra khỏi một ống sanh bị tắc nghẽn.

Trong nhiều trường hợp, tử cung co thắt mãnh liệt.

Cơ tử cung ở vùng thân càng lúc càng dày thêm, trong khi đoạn dưới bị kéo dài và trở nên mỏng quá mức. Tử cung có thắt mạnh với lớp cơ dày làm đáy tử cung bị dịch lên cao, căng kéo hai dây chằng tròn (dấu hiệu Frommel). Ranh giới giữa vùng thân và vùng đoạn dưới trở nên rõ rệt, có hình dạng như một vòng thắt tạo cho tử cung có dạng một quả bầu (vòng Bandl).

Bộ các triệu chứng (1) Cơ tử cung hoạt động với tần số dồn dập, (2) hiện diện của vòng Bandl và (3) dấu hiệu Frommel, cùng với (4) việc ngôi thai không tiến triển trong ống sanh và (5) các biến dạng trên ngôi thai như chùng xương sọ quan trọng, lọt không đối xứng và bước huyết thanh càng lúc càng to là 5 thành tố cho phép nhận định rằng hội chứng vượt trở ngại đã trở nên rất nghiêm trọng, nói một cách khác đi là tử cung sẽ bị vỡ trong một thời gian rất ngắn: tình trạng dọa vỡ tử cung.

Nếu tình trạng dọa vỡ tử cung không được can thiệp kịp thời, thai sẽ xé toạc thành tử cung và rơi vào ổ bụng.

Vỡ tử cung là hệ quả cuối cùng của chuyển dạ tắc nghẽn, với nhiều hệ quả nghiêm trọng.

Khi tiến triển xa hơn nữa, cơn co tử cung sẽ dẫn đến việc tổng xuất thai nhi vượt qua nơi có trở kháng yếu nhất trên đường sanh. Lúc này, nơi có trở kháng kém nhất chính là đoạn dưới tử cung. Dưới tác dụng của cơn co tử cung, ngôi thai xé toạc đoạn dưới tử cung và rơi vào trong ổ bụng.

Tình trạng vỡ tử cung thường kèm theo (1) tổn thương các mạch máu chủ yếu cấp máu cho tử cung và gây chảy máu nghiêm trọng và nhanh chóng dẫn đến tử vong mẹ, (2) tổng xuất thai nhi ra ngoài, bong nhau và chấm dứt trao đổi tử cung-nhau trong khi thai vẫn chưa tiếp xúc với khí trời gây tử vong thai một cách nhanh chóng.

Các đường dò sinh dục với bàng quang hay trực tràng

Các đường dò sinh dục với cơ quan lân cận, phía trước hay phía sau là hệ quả của chèn ép trên ống sanh.

Trong những nỗ lực vượt qua trở ngại, các cơn co tử cung thúc ngôi thai xuống dưới. Dưới sức mạnh của lực đẩy của tử cung, phần mềm của đường sanh bị chèn ép mạnh giữa hai vật cứng là xương đầu thai và khung chậu, gây nên tình trạng thiếu máu tạm thời. Khi tình trạng kéo dài, thiếu máu sẽ dẫn đến hoại tử mô mềm nơi bị chèn ép và dẫn đến hình thành các đường dò niệu-sinh dục (thường nhất là bàng quang-tử cung) hay tiêu hóa-sinh dục (thường nhất là giữa trực tràng và ống sinh dục). Do chèn ép phía trước giữa đầu và xương vệ thường liên tục và mạnh, trong khi chèn ép mô phía sau giữa đầu và mô mềm thường gián đoạn và yếu hơn nên các đường dò niệu-sinh dục xảy ra với tần suất phổ biến hơn là các đường dò tiêu hóa-sinh dục.

Nhiễm trùng sơ sinh và nhiễm trùng hậu sản

Nhiễm trùng trong chuyển dạ có nguồn gốc từ đường sinh dục dưới.

Ở các chuyển dạ bình thường, trong điều kiện các màng ối còn nguyên vẹn, màng ối có nhiệm vụ như một chốt chặn ngăn cản sự xâm nhập lên trên của vi khuẩn.

Khi các màng ối đã vỡ, nhiều biến động sẽ xảy ra.

1. Tử cung co thắt làm thay đổi áp suất trong buồng tử cung có chu kỳ, có tác động như một bơm tổng nước ối sạch từ tử cung vào âm đạo, và hút nước ối/dịch âm đạo có vi khuẩn vào buồng ối.
Thời gian càng chuyển dạ có vỡ ối càng kéo dài, hoạt độ tử cung càng mạnh thì nguy cơ vấy bẩn buồng ối do xâm nhập ngược dòng càng cao.
2. Chuyển dạ kéo dài làm tăng một cách không mong muốn số lần khám, dẫn đến việc đưa vi khuẩn âm đạo xâm nhập vào buồng ối khi thực hiện thao tác khám.

Nhiễm trùng ối là tình trạng nhiễm trùng rất nặng, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sơ sinh.

Nhiễm khuẩn ối được định nghĩa là nhiễm khuẩn của nước ối và các màng ối.

Vi khuẩn tìm thấy ở nước ối một môi trường nuôi cấy và phát triển lý tưởng, và gây nên nhiễm khuẩn nước ối sau 6 giờ.

Nhiễm khuẩn của nước ối kéo theo một hệ quả trực tiếp là nhiễm khuẩn thai nhi, do thai nhi uống và hít thở nước ối. Nhiễm trùng sơ sinh là hệ quả trực tiếp của nhiễm khuẩn ối.

Nhiễm khuẩn này càng nặng nề hơn nếu tác nhân gây bệnh là Streptococcus B. Nhiễm khuẩn nước ối làm thay đổi tính chất của dịch ối, dịch ối trở nên hôi. Sơ sinh tổng xuất phân su do cả tình trạng thiếu oxy kéo dài làm tình trạng nhiễm trùng dẫn đến đổi màu nước ối. Do lúc này, vi khuẩn còn chưa tấn công người mẹ, nên vẫn chưa có biểu hiện lâm sàng về phía mẹ.

Nhiễm trùng nội mạc tử cung, tử cung, du khuẩn huyết và nhiễm trùng huyết là hệ quả tiếp theo của nhiễm trùng ối.

Đích đến kế đó của vi khuẩn sẽ là màng ối và màng đệm. Vi khuẩn nhanh chóng vượt qua các màng bào thai để vào đến tử cung và hệ tuần hoàn mẹ. Nhiễm trùng của màng rụng, lớp cơ tử cung, du khuẩn huyết, tiếp theo bằng huyết nhiễm trùng là các mức độ tuần tự tăng dần của nhiễm trùng ối. Lúc này, đã có các triệu chứng toàn thân ở mẹ. Biến đổi trong công thức bạch cầu, CRP là nhiễm dấu chứng của tình trạng nhiễm trùng ối đã xâm nhập vào tuần hoàn mẹ. Có thất tử cung mạnh và liên tục tạo điều kiện thuận lợi hơn cho du khuẩn huyết và nhiễm trùng huyết. Huyết nhiễm trùng là tình trạng rất nặng, có thể dẫn đến sốc nhiễm trùng và tử vong cho mẹ.

NHẬN BIẾT CHUYỂN DẠ KÉO DÀI

Việc áp dụng sản đồ model WHO 1993 có hiệu quả trên việc làm giảm tần suất và biến chứng của chuyển dạ kéo dài.

1993, Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization-WHO) khuyến cáo rằng việc đưa vào thực hành sản đồ

WHO model 1993 có thể làm giảm có ý nghĩa chuyển dạ kéo dài và các biến chứng của nó. Việc áp dụng đã cho thấy các hiệu quả trên việc làm giảm các biến chứng của chuyển dạ kéo dài.

Thành tựu lớn nhất của sản đồ model WHO 1993 là việc thiết kế đường báo động và những khuyến cáo khi sản đồ nằm giữa đường báo động và hành động.

WHO khuyến cáo:

1. Tất cả những sản phụ có đường biểu diễn mở cổ tử cung chuyển sang bên phải so với đường báo động, phải được chuyển đến theo dõi tại các cơ sở có đủ phương tiện can thiệp sản khoa hoặc theo dõi sát tại chỗ nếu gần sinh.
2. Khi đường biểu diễn chạm đường hành động, sản phụ phải được đánh giá lại cẩn thận nguyên nhân có thể đã gây nên cản trở chuyển dạ và đề ra quyết định can thiệp thích hợp.

Tuy nhiên, model 1993 gặp phải vấn đề của giai đoạn tiềm thời. Trên lý thuyết, giai đoạn tiềm thời kéo dài quá 8 giờ được xem là bất thường. Khi có chuyển dạ giai đoạn tiềm thời kéo dài, sản phụ cần được theo dõi cẩn thận hoặc chuyển tuyến để có biện pháp can thiệp thích hợp. Tuy nhiên, ý nghĩa của việc chuyển dạ giai đoạn tiềm thời bị kéo dài là không rõ ràng.

Sản đồ WHO model 2002 là một bước cải biến đáng kể trong nỗ lực làm tăng tính tin cậy của tầm soát chuyển dạ kéo dài.

Sản đồ được bắt đầu vẽ khi cổ tử cung đã mở 4 cm làm giảm số biểu đồ bị chuyển phải do được ghi quá sớm, qua đó giúp hạn chế các can thiệp sớm và không cần thiết.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 7th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2014.
2. Williams Obstetrics 24th edition. Nhà xuất bản McGraw-Hill Education 2014.
3. The World Health Organization. 1993. Preventing prolonged labour. A practical guide. The partograph. Part II. User's manual. http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_FHE_MSM_93.9.pdf