

Giúp sanh bằng dụng cụ

Mổ lấy thai (Caesarean section)

Nguyễn Duy Hoàng Minh Tâm¹, Âu Nhật Luân²

© 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: aunhutluan@gmail.com

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được các tình huống mà trong đó giúp sanh bằng dụng cụ có thể được xem là giải pháp có ích
2. Trình bày được các điều kiện tiên quyết bắt buộc phải thỏa trước khi tiến hành giúp sanh bằng dụng cụ
3. Trình bày được các biến chứng trên mẹ và con gây ra bởi giúp sanh bằng dụng cụ
4. Trình bày được tính tương đối của chỉ định mổ lấy thai trong bối cảnh của sản khoa đương đại

MỔ LẤY THAI vs GIÚP SANH BẰNG DỤNG CỤ TRONG THỰC HÀNH SẢN KHOA ĐƯƠNG ĐẠI

Nhiều biến cố làm thay đổi hoàn toàn bộ mặt của sản khoa cổ điển.

Giúp sanh bằng forceps được thực hiện lần đầu trong thế kỷ XVIII, trở nên rất phổ biến vào đầu thế kỷ XX, và trở thành biểu tượng đỉnh cao của nghệ thuật sản khoa đầu thế kỷ trước. Đến tận giữa thế kỷ XX, sản khoa vẫn còn giữ nguyên trạng thái có được từ đầu thế kỷ. Nhiệm vụ của sản khoa trong giai đoạn này vẫn là xử lý các tình huống sanh khó, với mục tiêu an toàn cao nhất cho người mẹ.

Nửa sau thế kỷ XX chứng kiến một cuộc cách mạng trong gây mê hồi sức và sự phát minh ra kháng sinh. Các sự kiện này làm thay đổi hoàn toàn bộ mặt của ngoại khoa và của sản khoa. Mổ sanh trở nên an toàn hơn, cho phép mở rộng chỉ định mổ nhằm mục tiêu đem lại an toàn cho cả thai nhi và người mẹ. Sự xuất hiện và lấn lướt của mổ sanh đẩy forceps sản khoa nói riêng và giúp sanh bằng dụng cụ nói chung vào vị thế hiện nay.

Đầu thế kỷ XXI, các trào lưu xã hội, sự ảnh hưởng của internet đã đẩy thực hành sản khoa đi theo chiều hướng quá khích. Lạm dụng mổ sanh trở nên phổ biến. Trong điều kiện tăng vọt của tần suất mổ sanh, mổ sanh dần dần bộc lộ những hệ lụy nặng nề mà trước đó không được nhận biết do tần suất thấp của những hệ lụy này.

Trong bối cảnh đương đại, việc xác lập ranh giới của việc giải quyết sản khoa như một vấn đề tự nhiên và thực hành sản khoa trong đòi hỏi phi tự nhiên của xã hội trở nên khó khăn hơn bao giờ hết.

Triết lý sản khoa an toàn phải đối mặt với tính đa diện của các thực hành sản khoa.

Việc thực thi triết lý sản khoa an toàn không đơn giản, do (1) định nghĩa sự an toàn cho thai nhi và cho mẹ là một khái niệm không thể diễn giải một cách rạch ròi, (2) tính chất rất tương đối của sự cần thiết phải can thiệp.

Nếu xem sự an toàn là loại bỏ các biến chứng cho thai, giảm tần suất của tổn thương não bộ ở thai thì việc thay thế giúp sanh dụng cụ bằng mổ sanh không thể đảm nhận nhiệm vụ này. Phần lớn các trường hợp tổn thương não bộ có nguyên nhân sâu xa trong thai kỳ và trong chuyển dạ.

Khi chỉ định mổ sanh được mở rộng vượt quá một giới hạn nào đó thì có thể những lợi ích mà nó mang lại vượt quá những nguy hiểm mà nó có thể gây ra.

Nếu xem sự an toàn là loại bỏ được các biến chứng sản khoa nhất thời, thì các bằng chứng hiện nay cho thấy một liên quan tăng mạnh giữa mổ sanh và các di chứng dài hạn của nó, đặc biệt là trên các thai kỳ xảy ra sau đó như nhau tiền đạo, thai làm tổ tại vị trí của sẹo mổ sanh cũ, hiếm muộn...

Tương tự, tính chất cần thiết của can thiệp cũng rất tương đối. Khi một can thiệp được đặt ra, nó luôn phải đối mặt với câu hỏi rằng liệu can thiệp này có phải là cần thiết hay chưa? Liệu can thiệp này có tốt hơn can thiệp khác hay không? Và liệu can thiệp này có tiềm ẩn một nguy hiểm nào không, nói cách khác liệu can thiệp này có thực sự an toàn hay không?

GIÚP SANH BẰNG DỤNG CỤ

Vị trí ngày nay của giúp sanh bằng dụng cụ là thu ngắn một cách an toàn thời gian của giai đoạn II khi cần thiết.

Trong thực hành sản khoa đương đại, giúp sanh bằng dụng cụ không có bất cứ vị trí nào trong giai đoạn I của chuyển dạ.

Giúp sanh bằng dụng cụ chỉ được thực hiện trong giai đoạn II của chuyển dạ, cho các tình huống rất tương đối mà trong đó việc thu ngắn một cách an toàn độ dài của giai đoạn II là cần thiết. Tính an toàn và sự cần thiết được đánh giá cho từng trường hợp cụ thể.

Có 4 tình huống chính mà trong đó có thể nghĩ đến lợi ích của việc can thiệp giúp sanh bằng dụng cụ:

- Bệnh lý của mẹ mà cần tránh gắng sức
- Bất thường trên băng ghi EFM xuất hiện trong giai đoạn II của chuyển dạ
- Giai đoạn sổ thai kéo dài
- Mẹ mệt mỏi không đủ sức rặn

Lợi ích của thực hiện giúp sanh trong các trường hợp này không hoàn toàn như nhau.

Nhóm các chỉ định giúp sanh do bệnh lý của mẹ cần tránh gắng sức có vẻ như là những chỉ định minh bạch nhất của giúp sanh.

Việc giúp sanh nhằm tránh tình trạng gắng sức của người mẹ khi rặn sổ thai, từ đó hạn chế biến chứng của bệnh lý nền gây ra do gắng sức.

Nhóm này bao gồm: mẹ với suy tim NYHA III-IV, tăng huyết áp, các bệnh lý khác như bệnh lý dị dạng mạch máu não, nhược cơ, tổn thương tủy sống...

Bất thường trên băng ghi EFM xuất hiện trong giai đoạn II của chuyển dạ là một tình huống khó phân định.

Thai nhi phải chịu nhiều stress trong tiến trình chuyển dạ và trong giai đoạn sổ thai. Khó có thể phân định được biến động nào của EFM là yếu tố chỉ định chấm dứt ngay chuyển dạ, và yếu tố nào có thể cho phép chờ đợi. Một nhịp giảm sớm thường thấy trong giai đoạn II do phản xạ ly tâm qua dây X không phải luôn là an toàn, một nhịp giảm bất định pha tạp trên một nhịp giảm sớm làm cho biểu đồ EFM trở nên khó đánh giá, một nhịp giảm bất định với tiên lượng rất thay đổi...

Nếu như các biến động khó phân định này xảy ra trong những thời điểm cuối cùng, khi điều kiện tức thì đã thỏa thì cũng không gây khó khăn cho quyết định.

Tuy nhiên, khi những biến động kiểu này xuất hiện sớm hơn, khi một phần của các điều kiện tiên quyết chưa được thỏa - nhưng hoàn toàn có khả năng sẽ thỏa trong một khoảng thời gian nhất định, thì việc đưa ra quyết định sẽ khó khăn, do mổ sanh trong những trường hợp này có thể là quá đáng.

Giai đoạn sổ thai kéo dài có thể ảnh hưởng bất lợi trên thai và mẹ. Vấn đề là khi nào gọi là giai đoạn sổ thai kéo dài?

Can thiệp quá sớm có thể là không cần thiết do không bảo đảm chắc chắn về tính an toàn của cuộc sanh dụng cụ khi các điều kiện để sanh không thực sự chín muồi.

Can thiệp sớm cũng đưa người thực hành phải đối mặt với eo giữa thay cho đối mặt với eo dưới, phải đối mặt với các kiểu thể xoay chưa hoàn toàn thay cho cuộc sanh bình thường ở chậu vệ, phải đối mặt với một tầng sinh môn chưa được nong giãn một cách đúng mức.

Việc gây tê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa có thể ảnh hưởng đến tiến triển tự nhiên của giai đoạn II của chuyển dạ cũng như ảnh hưởng đến sự rặn sổ thai. Khái niệm kéo dài bị thay đổi trong bối cảnh của tê ngoài màng cứng. Các con số gợi ý sau đây chỉ mang tính chất tham khảo hơn là một chỉ định rạch ròi.

Con số: Giai đoạn II kéo dài ≥ 3 giờ nếu sản phụ được gây tê vùng, hay ≥ 2 giờ nếu không gây tê vùng

Con số: Giai đoạn II kéo dài ≥ 2 giờ nếu sản phụ được gây tê vùng, hay ≥ 1 giờ nếu không gây tê vùng

Mẹ mệt mỏi không đủ sức rặn là một tình trạng rất tương đối và rất chủ quan.

Về mặt nguyên tắc, chỉ bắt đầu cho người mẹ rặn sanh khi ngôi thai đã đạt đến bình diện của tầng sinh môn và làm giãn rộng âm hộ. Việc cho mẹ rặn sớm từ đầu giai đoạn II không thu ngắn được thời gian diễn biến của giai đoạn II mà chỉ làm người mẹ tiêu hao sức lực một cách vô ích.

Hơn nữa lực kéo trên ngôi thai không thay thế cho sức rặn của mẹ. Các ý định dùng lực kéo này thay cho sức rặn sẽ đưa thai nhi trước nguy cơ chịu những sang chấn nặng nề.

Trước khi thực hiện giúp sanh bằng dụng cụ, phải đảm bảo thỏa mãn các điều kiện tiên quyết.

Để có thể thực hiện giúp sanh bằng dụng cụ an toàn, phải đảm bảo có đủ các yếu tố được gọi là các đòi hỏi tiên quyết (prerequisites).

Điều kiện tiên quyết không chỉ có nghĩa là các điều kiện buộc phải có, mà là các điều kiện buộc phải có và buộc phải tuân thủ trước khi thực hiện thủ thuật giúp sanh.

Các điều kiện tiên quyết bao gồm:

- Việc thực hiện giúp sanh bằng dụng cụ chỉ được tiến hành cho ngôi chỏm
- Việc giúp sanh bằng dụng cụ chỉ được phép tiến hành khi ngôi chỏm đã đạt đến các vị trí thấp hay rất thấp trong đường sanh
- Phải đảm bảo rằng không có tình trạng bất xứng đầu chậu ở mọi bình diện của đường sanh
- Phải biết chính xác kiểu thể và tình trạng biến dạng của ngôi thai, gồm bất đối xứng và uốn khuôn
- Các điều kiện đảm bảo giảm thiểu các sang chấn trên đường sanh gồm cổ tử cung phải mở trọn hoàn toàn, bàng quang và trực tràng phải trống
- Các màng ối phải vỡ hoàn toàn
- Sản phụ phải được tư vấn đầy đủ về lợi ích và nguy cơ của thủ thuật

Việc thực hiện giúp sanh bằng dụng cụ chỉ được tiến hành cho ngôi chỏm.

Ngôi chỏm là một ngôi sanh thường, với cơ chế sanh tự nhiên thuận lợi. Khi xảy ra các bất thường nhỏ trong chuyển dạ, giúp sanh bằng dụng cụ sẽ được thực hiện nhằm giúp thai phụ và thai nhi vượt qua các bất thường nhỏ này.

Các ngôi khác ngoài ngôi chỏm là các ngôi sanh khó, với cơ chế sanh tự nhiên không phải luôn luôn thuận lợi. Khi có bất thường trong chuyển dạ, dù là nhỏ nhất, thì việc can thiệp dụng cụ vẫn có thể tạo ra những nguy cơ lớn hơn rất nhiều cho thai phụ và thai nhi. Vì thế không có chỉ định giúp sanh dụng cụ cho mọi ngôi không phải là ngôi chỏm.

Một trường hợp ngoại lệ duy nhất là can thiệp forceps Piper cho đầu hậu ngôi ngược. Trong trường hợp này, khi đầu thai đã xuống đến bình diện eo giữa và eo dưới, forceps Piper được thực hiện nhằm giúp đầu hậu có thể cúi tốt, thu nhỏ các đường kính, đồng thời hỗ trợ cho cơn co và sức rặn để nhanh chóng lấy đầu hậu ra ngoài. Can thiệp trên đầu hậu ngôi ngược với forceps Piper thường là nhẹ nhàng, do đầu được cúi tốt hơn, với lực kéo đặt trực tiếp trên đầu thai thay cho đặt trên vai thai nhi.

Việc giúp sanh bằng dụng cụ chỉ được phép tiến hành khi ngôi chỏm đã đạt đến các vị trí thấp hay rất thấp trong đường sanh (outlet).

Chỉ có can thiệp ở eo dưới, vào thời điểm mà ngôi đã hoàn thành tiến trình xuống và xoay trong một cách an toàn; vào lúc mà phía trước của ngôi chỉ còn một trở ngại duy nhất là sức cản của tầng sinh môn; trong điều kiện mà mọi tình trạng bất tương xứng giữa ngôi thai và đường sanh đã được loại trừ, là thực sự an toàn cho thai nhi và thai phụ.

Sản khoa hiện đại đã từ bỏ các can thiệp thực hiện ở bình diện eo trên và eo giữa.

Các can thiệp trên bình diện eo trên phải đối mặt với các nguy cơ rất lớn. Ngôi chỉ vừa lọt qua eo trên nên còn phải tiếp tục hoàn thành di chuyển trên một quãng đường hình ống cong dài mà người thực hiện thủ thuật giúp sanh không thể tiên liệu được quỹ đạo di chuyển. Cũng do vừa qua khỏi eo trên, nên cũng không có bất cứ thông tin nào về các tình trạng bất xứng giữa ngôi và đường sanh có thể sẽ xảy ra bên dưới bình diện của eo trên.

Các can thiệp trên bình diện eo giữa được thực hiện trong rất nhiều điều kiện bất lợi và không an toàn. Xoay dụng cụ khi ngôi thai chưa hoàn thành xoay trong dễ dẫn đến tổn thương nghiêm trọng cho cả mẹ và thai. Bất xứng đầu chậu ở eo giữa là một cạm bẫy, ngay với cả những nhà thực hành sản khoa kinh nghiệm nhất, thường rất kín đáo, khó nhận ra, chỉ thể hiện vào giờ phút cuối cùng.

Phải đảm bảo rằng không có tình trạng bất xứng đầu chậu ở mọi bình diện của đường sanh.

Một nguyên lý bất di bất dịch là: không bao giờ được xem giúp sanh bằng dụng cụ là biện pháp để giải quyết các vấn đề cơ học của cuộc sanh.

Trở ngại cơ học có thể là rõ ràng như trong trường hợp hội chứng vượt trở ngại ở eo trên, nhưng cũng có thể là rất kín đáo như bất xứng đầu chậu ở eo giữa.

Khi nghi ngờ có cản trở cơ học trên đường sanh, ở bình diện eo trên và eo giữa, thì biện pháp duy nhất được phép thực hiện là cuộc mổ sanh. Cô theo đuổi cuộc sanh ngả âm đạo khi có cản trở cơ học trên đường sanh sẽ dẫn đến những hậu quả nặng nề cho cả thai phụ và thai nhi.

Phải biết chính xác kiểu thể và tình trạng biến dạng của ngôi thai, gồm bất đối xứng và uốn khuôn.

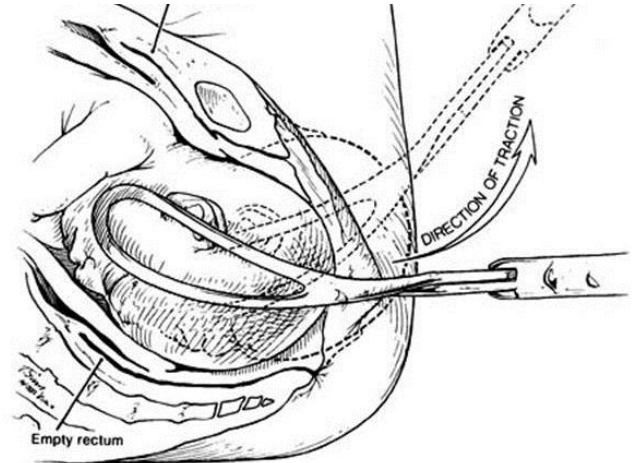
Điều kiện này đảm bảo cho việc chọn lựa đúng dụng cụ, đặt dụng cụ đúng vị trí, thực hiện đúng cơ chế sanh đảm bảo một cuộc sanh an toàn.

Thủ thuật chỉ an toàn khi được thực hiện đúng cơ chế sanh, tuân thủ nguyên tắc vật lý và cơ học của cuộc sanh.

Các chủng loại dụng cụ khác nhau được thiết kế cho những tình huống khác nhau. Xác định tình trạng của ngôi thai cho phép chọn lựa đúng chủng loại dụng cụ thích hợp với tình trạng ngôi thai. Forceps Kjelland là công cụ chuyên dụng cho ngôi lọt và xuống trong tình trạng bất đối xứng, hai bướu đỉnh không ở cùng một bình diện. Forceps nhóm Elliot được thiết kế cho các trường hợp ngôi chồm lọt đối xứng, không chông xương, không uốn khuôn. Forceps nhóm Simpson được thiết kế cho các trường hợp ngôi chồm lọt đối xứng, có chông xương, và đầu uốn khuôn dài. Giác hút chỉ có thể bám trên một nền xương và không thể bám ổn định trên một bướu huyết thanh...

Biết được kiểu thể chính xác của ngôi giúp đặt dụng cụ vào đúng vị trí an toàn nhất cho thai nhi.

Khi cặp forceps theo đường kính bướu đỉnh-gò má thì lực nén sẽ tì lên hai bướu đỉnh, là vị trí chịu lực và phân phối lực tốt nhất của hộp sọ thai (nguyên lý phân phối lực trên đỉnh hình vòm). Cặp forceps lệch khỏi vị trí này sẽ làm cho lực nén được đặt trên các xương mỏng hơn và có khả năng phân tán lực rất kém (tác động lực vào chân của mái vòm), gây tổn thương nghiêm trọng cho phần mềm và các cấu trúc nội sọ.

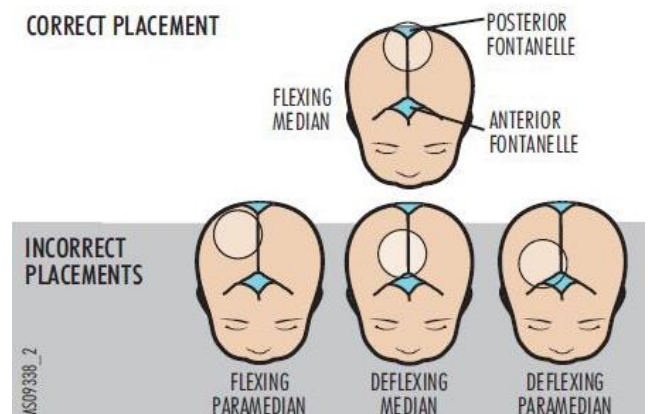


Hình 1: Vị trí đặt cánh forceps là đường đỉnh-gò má
Muốn đảm bảo đặt cánh đúng, thì điều kiện tiên quyết là phải biết tuyệt đối chính xác kiểu thể và tình trạng đầu thai. Đặt cánh sai gây tai biến nghiêm trọng cho thai.



Hình 2: Dấu cánh forceps trên mặt bé.
Dấu cánh theo đường đỉnh-gò má chứng tỏ forceps đã được đặt rất chính xác. Khi được đặt đúng vị trí và kéo đúng kỹ thuật, forceps hiếm khi gây tai biến cho con. Vết cánh có thể gây tâm lý lo lắng.

Tương tự, với giác hút, đặt chén vào thóp sẽ vô cùng nguy hiểm do đặt áp suất chân không trên vị trí mà màng não tùy không được bảo vệ bởi xương sọ. Đặt chén trên một bướu đỉnh sẽ khiến thai nhi bị di chuyển theo kiểu bất đối xứng, với một bướu đỉnh xuống trước, làm tăng số đo của đường kính sanh của ngôi.



Hình 3: Vị trí đặt chén giác hút đúng (trên) và sai (dưới)
Muốn đảm bảo đặt chén đúng, thì điều kiện tiên quyết là phải biết tương đối chính xác kiểu thể thai. Đặt chén sai có thể ảnh hưởng rất nhiều đến lực kéo.

Biết chính xác các thông tin về ngôi thai sẽ giúp định hình được quỹ đạo dịch chuyển của ngôi, từ đó có các phương án đặt lực kéo thích hợp, tuân theo các qui tắc về độ lớn và phương của hợp lực (qui tắc hình bình hành).

Các điều kiện đảm bảo giảm thiểu các sang chấn trên đường sanh gồm cổ tử cung phải mở trọn hoàn toàn, bàng quang và trực tràng phải trống.

Sang chấn đường sanh xảy ra do kéo rách cổ tử cung khi cổ tử cung chưa mở trọn. Cuộc sanh có thể làm thay đổi giải phẫu-sinh lý và chức năng của các tạng chậu.

Cổ tử cung chưa mở trọn có thể bị cặp vào chân thìa (toe) của forceps hay bị hút dính vào chên của giác hút, và sẽ bị kéo rách khi sanh. Vết rách từ cổ tử cung sẽ kéo dài lên trên và đi đến đoạn dưới của tử cung gây vỡ tử cung, với những di chứng nặng nề. Với giác hút, ngay cả trong trường hợp cổ tử cung không bị hút dính vào chên, việc kéo khi cổ tử cung chưa mở hết sẽ gây ra một sự căng kéo đột ngột trên một cổ tử cung chưa được chuẩn bị và dẫn đến rách cổ tử cung.

Bàng quang đầy một mặt cản trở cuộc sanh. Mặt khác, bàng quang đầy sẽ dễ bị sang chấn hơn, là nguyên nhân của dò bàng quang-sinh dục. Thủ thuật thực hiện khi bàng quang đầy nước tiểu còn làm thay đổi nghiêm trọng vị trí của các cấu trúc chức năng quan trọng của bàng quang là tam giác bàng quang và góc cổ bàng quang niệu đạo, là nguyên nhân của tiểu không kiểm soát hay đường dò bàng quang âm đạo.

Tương tự, so với một trực tràng rỗng, một trực tràng đầy phân sẽ chịu nhiều nguy cơ sang chấn hơn.

Các màng ối phải vỡ hoàn toàn.

Màng ối chưa vỡ hay chưa rách hoàn toàn cản trở việc đặt dụng cụ lên ngôi thai.

Các thủ thuật giúp sanh được thực hiện trực tiếp trên ngôi thai. Phương tiện giúp sanh bám vào ngôi thai chứ không bám vào màng ối.

Sản phụ phải được tư vấn đầy đủ về các lợi ích cũng như các nguy cơ của thủ thuật.

Một văn bản đồng thuận là bằng chứng của tư vấn.

Do không có chỉ định tuyệt đối, và do thủ thuật giúp sanh luôn tiềm ẩn các nguy cơ, nên thủ thuật sanh dụng cụ được thực hiện khi lợi ích của nó là cao hơn nguy cơ có thể xảy ra khi thực hiện.

Thông tin đầy đủ, chuẩn xác về lợi ích, nguy cơ của sanh dụng cụ là một đòi hỏi bắt buộc (mandatory requirement) trước mọi can thiệp giúp sanh. Hiểu biết về lợi ích và nguy cơ sẽ giúp sản phụ hợp tác tốt hơn trong cuộc sanh.

Văn bản đồng thuận một mặt mang tính pháp lý, minh chứng cho việc trao đổi thông tin về cuộc sanh giữa người đỡ sanh và thai phụ, mặt khác là một hợp đồng mang tính ràng buộc về trách nhiệm của cả hai phía trong cuộc sanh.

Giúp sanh bằng dụng cụ có thể tai biến trên thai nhi và người mẹ.

Các tai biến của giúp sanh bằng dụng cụ mang tính đặc thù cho forceps và giác hút, gồm các tai biến gần và di chứng xa, các tai biến cho mẹ và cho thai nhi.

Tai biến của forceps trên sơ sinh thường dễ dàng quan sát thấy, gây ra một tâm lý lo ngại trực tiếp

Tai biến ở bé sơ sinh gây nên bởi forceps rất đa dạng và nặng nề. Áp lực đặt lên đầu thai được đặt lên hai vị trí: lực đặt lên phần sọ mặt và lực đặt lên phần sọ não. Phần sọ mặt là phần tương đối ít bị chấn thương hơn. Ngược lại, phần sọ não là phần dễ bị chấn thương nhất dưới tác động của áp lực đặt lên đầu thai xảy ra khi kéo.

Trên sọ mặt, liệt VII ngoại biên là biến chứng thường gặp do chân thìa tì mạnh lên dây VII, ở khu vực của móm trâm-chũm, nơi dây VII thoát ra khỏi hộp sọ, mà ở sơ sinh lại chưa có móm trâm-chũm để bảo vệ.

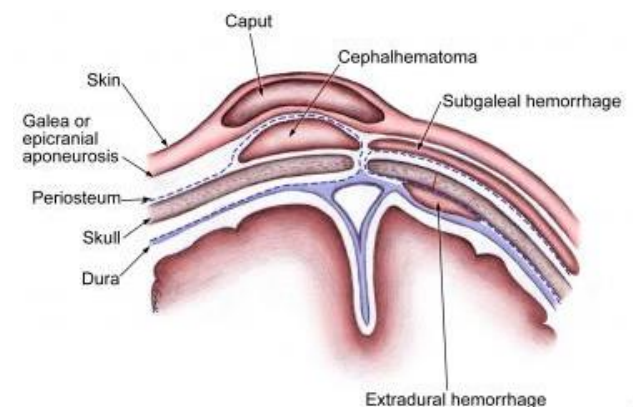
Liệt VII ngoại biên thường là một bên, tạm thời, sẽ mất đi sau 48 giờ. Nguyên nhân thường do đầu xuống không đối xứng, đặt sai kiểu thế.



Hình 4: Liệt VII ngoại biên sau sanh forceps

Do chèn ép lên thần kinh mặt nơi thoát khỏi hộp sọ. Thường liệt dây VII ngoại biên là thoáng qua

Các tổn thương trên sọ não bao gồm nứt xương sọ, lõm sọ, xuất huyết khoang dưới nhện, xuất huyết nhu mô não. Các tổn thương này thường thấy khi forceps được đặt sai kiểu thế, áp lực đặt lên đầu thai quá lớn (kéo khó khăn, bóp cán forceps quá mạnh, lựa chọn loại dụng cụ không phù hợp).



Hình 5: Tổn thương sọ não do giúp sanh bằng dụng cụ

Xuất huyết dưới da đầu, bầm máu sọ, xuất huyết màng xương, xuất huyết ngoài màng cứng, xuất huyết não-màng não.

Tai biến trên phần mềm của đầu thai gồm rách da, rách mí mắt, tổn thương nhãn cầu, lòi nhãn cầu. Nguyên nhân của tổn thương này là do đặt sai kiểu thế.



Hình 6: Tổn thương nhãn cầu do forceps
Gặp trong trường hợp cặp forceps sai vị trí. Không cặp theo đường kính đỉnh-gò má mà lại cặp theo kiểu trán-chũm

Trượt cãnh forceps là một tai biến đáng sợ, do kéo nặng tay hay không tuân thủ kỹ thuật và trực kéo.

Các di chứng xa trên phát triển tâm thần-vận động, như chậm phát triển tâm thần-vận động, bại não, động kinh.

Tai biến của giác hút trên sơ sinh thường kín đáo, làm chậm trễ trong chẩn đoán và xử trí

Tai biến ở bé sơ sinh gây nên bởi giác hút gồm các tổn thương tại chỗ và toàn thân, kín đáo nhưng có thể nặng do kéo nặng và lâu. Chậm trễ trong chẩn đoán góp phần cho những di chứng chức năng lâu dài ở trẻ.

Tạo ra áp suất chân không là mục đích của giác hút, nhờ đó, chén có thể bám vào nền xương sọ để đặt lực kéo. Tuy nhiên, bứt rứt huyết thanh tạo bởi giác hút có thể rất to, là nguồn gốc của thiếu máu hay của vàng da do tán huyết tại bứt rứt huyết thanh.



Hình 7: “Tuột” da đầu và tụ máu dưới da đầu to sau sanh giác hút
Hình ảnh bên ngoài có vẻ “nhẹ nhàng” này không làm giảm khả năng có biến chứng nội sọ. Biến chứng nội sọ của giác hút không kém hơn của forceps

Trầy da, tụ máu dưới da đầu hay tụ máu dưới màng xương là những mức độ khác nhau của những tổn thương tại chỗ gây ra do giác hút.

Nếu được đặt sai vị trí, chén giác hút trùm lên thóp, áp suất chân không sẽ gây xuất huyết não-màng não. Xuất huyết võng mạc là hình ảnh bên ngoài có thể quan sát thấy của một xuất huyết nội sọ. Xuất huyết não-màng não có thể xảy ra ở nhiều mức độ khác nhau. Xuất huyết nội sọ còn có thể thấy trong các trường hợp bật nắp giác hút, dùng áp suất âm quá lớn hoặc thời gian thực hiện thủ thuật quá lâu. Di chứng của xuất huyết nội sọ rất nặng nề, gồm bại não, liệt, chậm phát triển tâm thần-vận động ...

Tai biến của giúp sanh bằng dụng cụ cho mẹ gồm chấn thương đường sinh dục, chấn thương các cơ quan vùng chậu.

Các chấn thương đường sinh dục nghiêm trọng nhất là vỡ tử cung và rách cổ tử cung.

Sa sinh dục là di chứng xa, xuất hiện rất muộn về sau.

Rách cổ tử cung thường gặp do thực hiện thủ thuật khi cổ tử cung chưa mở trọn thật sự (làm chân thìa ngoạm vào cổ tử cung hay hút dính cổ tử cung vào chén) và kéo rách cổ tử cung. Rách cổ tử cung kéo lên cao sẽ dẫn đến vỡ tử cung. Vỡ tử cung ngày nay ít gặp vì sản khoa mới đã từ bỏ các forceps cao và trung bình.

Rách âm đạo-tầng sinh môn rất thường gặp. Rách có thể từ đơn giản đến phức tạp. Nguyên nhân của rách âm đạo tầng sinh môn là do (1) thực hiện can thiệp ở vị trí cao, kéo không đúng trục sanh của ngôi thai, (2) cắt tầng sinh môn không đủ rộng hay do giữ tầng sinh môn không đúng cách, nhất là khi sổ thai. Thao tác xoay của forceps gây rách khi xoay không đúng trục của thìa, hoặc xoay trên một cung quá lớn. Rách âm đạo-tầng sinh môn không được xử lý tốt có thể dẫn đến hình thành máu tụ lan rộng ở âm đạo-tầng sinh môn.

Chấn thương các cơ quan vùng chậu gồm bàng quang và trực tràng. Vùng cổ bàng quang là vùng dễ bị thương tổn nhất, có thể dẫn đến bí tiểu sau sanh, hay gặp trong trường hợp thực hiện thủ thuật khi bàng quang không trống. Đồ bàng quang-âm đạo hay gặp trong những trường hợp sanh thủ thuật nặng nề, hay xoay trên những cung quá lớn làm bầm dập, hoại tử vách bàng quang-âm đạo gây ra dò. Tổn thương hậu môn trực tràng như rách cơ vòng hậu môn, tổn thương trực tràng.

Sa sinh dục là biến chứng xuất hiện rất muộn về sau, do sự tàn phá các cấu trúc của hoành đẫy chậu (mà ngay cả trong sanh thường cũng đã có).

MỔ LẤY THAI

Mổ lấy thai được chỉ định khi cuộc sanh ngã âm đạo không phải là một giải pháp an toàn cho mẹ hay cho thai.

Mổ lấy thai được định nghĩa là một phẫu thuật nhằm mục đích lấy thai ra khỏi một tử cung nguyên vẹn.

Ngoài trừ một số chỉ định tuyệt đối (bất xứng đầu chậu, ngôi ngang, nhau tiền đạo, sa dây rốn...), nhìn chung chỉ định mổ lấy thai mang tính chất rất tương đối.

Chỉ định mổ lấy thai được đặt ra sau khi cân nhắc lợi ích và nguy hiểm của cuộc sanh đường âm đạo (ngôi ngược,

song thai, vết mổ sinh cũ, bất thường trên EFM, thai phụ với bệnh lý tim mạch...), giữa lợi ích của một cuộc sinh tức thời hay kéo dài cuộc sống trong buồng tử cung (thai với giới hạn tăng trưởng trong tử cung), giữa nguy cơ của lây nhiễm khi sinh qua đường âm đạo của các bệnh nhiễm trùng (HIV, Herpes simplex...). Một số trường hợp chỉ định là rất tranh cãi về y khoa (chuyển dạ diễn tiến chậm...), hay về xã hội (patient request, vaginal birth declined...).

Do tính tương đối này, mọi chỉ định mổ sinh phải được đặt ra sau khi đã (1) cân nhắc tất cả mọi yếu tố liên quan, bao gồm cả yếu tố y khoa và yếu tố xã hội, (2) tư vấn thỏa đáng về lợi ích cũng như nguy cơ ngắn và dài hạn của cuộc mổ.

Mọi thai phụ phải được tư vấn kỹ lưỡng về nguy cơ của mổ sinh.

Nguy cơ của mổ sinh gồm nguy cơ ngắn hạn liên quan đến cuộc sinh và cuộc mổ, cũng như tất cả các nguy cơ dài hạn trên tương lai sinh sản.

Tần suất mổ sinh cao trong những thập niên gần đây làm lộ rõ những nguy cơ tiềm ẩn của mổ sinh. Các nguy cơ này chỉ thể hiện trong các thai kỳ sau, và đôi khi là những vấn đề rất nặng nề và khó khăn. Nhau tiền đạo có cài răng lược vào vết mổ sinh, thai làm tổ ở vị trí ngoài buồng tử cung trên sẹo mổ sinh cũ, hiếm muộn do mổ sinh... là những bệnh lý mới được nhận diện khi tần suất của mổ sinh tăng lên.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 8th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.
2. Williams Obstetrics 24th edition. Nhà xuất bản McGraw-Hill Education 2014