

Sanh khó do vai. Kẹt vai

Hồ Viết Thắng¹, Âu Nhứt 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: hoviet_thang@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 yếu tố nguy cơ của kẹt vai
2. Trình bày được hậu quả của kẹt vai
3. Trình bày được nguyên tắc xử trí kẹt vai

KẸT VAI LÀ MỘT CẤP CỨU SẢN KHOA, CÓ LIÊN QUAN ĐẾN CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ RÕ RỆT

Sanh khó do vai là một cấp cứu sản khoa. Nếu không được xử lý kịp thời, sẽ dẫn đến tử vong cho thai nhi. Trong trường hợp không được xử lý đúng cách, sẽ để lại những hậu quả nặng nề cho con.

Bệnh suất của kẹt vai vào khoảng từ 0.6-1.4%, thay đổi theo tiêu chuẩn chẩn đoán. Hiện nay, do cân nặng thai nhi khi sanh ngày càng tăng, nên bệnh suất của kẹt vai cũng tăng lên. Vì thế, vấn đề chẩn đoán được quan tâm hơn.

Thời gian từ khi sanh đầu tới khi sanh vai trên 60 giây được xem là có kẹt vai.

Trong cơ chế sanh ngôi chỏm, sau khi đầu thai sổ, thai nhi sẽ hướng đường kính lưỡng móm vai vào đường kính chéo của eo trên. Sau đó, vai sẽ thu lại theo chiều ngang, giảm thiểu đường kính lưỡng móm vai trước khi lọt vào tiểu khung, xuống bắt đối xứng và thực hiện xoay trong về đường kính trước sau của eo dưới. Vai trước ra đến bờ dưới khớp vệ, thai sẽ tì bờ dưới cơ Delta vào đó để sổ vai trước. Sau đó là vai sau sẽ sổ.

Toàn bộ tiến trình sẽ diễn biến rất nhanh, do đường kính lưỡng móm vai thường không lớn hơn nhiều so với đường kính lưỡng kính và do thai có khả năng thu nhỏ đường kính lưỡng móm vai.

Nếu tiến trình bị trục trặc, thời gian sổ vai sẽ kéo dài, với sổ vai khó, kèm theo biến chứng.

Khi có kẹt vai, ta có cảm giác như đầu thai bị hút ngược vào bên trong mỗi khi kéo. Thời gian từ khi sanh đầu tới khi sanh vai trên 60 giây được xem là có kẹt vai.

Yếu tố nguy cơ cổ điển của đẻ khó do vai là thai to. Thai to trong đài tháo đường thai kỳ dễ bị kẹt vai.

Thai to thường kèm theo sự tăng mạnh của đường kính lưỡng móm vai so với đường kính lưỡng đỉnh.

Các thai to không liên quan đến đài tháo đường thì nguy cơ chính là bất xứng đầu chậu.

Thai to không do đài tháo đường có đường kính lưỡng móm vai to, nhưng tương thích với đường kính lưỡng đỉnh. Vì thế với các thai to không liên quan đến đài tháo đường thì nguy cơ chính là bất xứng đầu chậu.

Kẹt vai chỉ xảy ra trong những trường hợp thai rất to, với trọng lượng vượt quá 5000 gram.

Trong đài tháo đường thai kỳ, vai rất to so với đầu, nên kẹt vai có thể xảy ra ngay cả trong trường hợp thai không phải là quá to.

Trái lại, trong đài tháo đường thai kỳ, sự tăng của đường kính lưỡng móm vai là rất nhiều trong thai kỳ so với đường kính lưỡng đỉnh. Kẹt vai có thể xảy ra ngay cả trong trường hợp thai không phải là quá to. Khi đó, đầu thai có thể vượt qua tiểu khung dễ dàng nhưng vai sẽ không thể vượt qua được hành trình trong khung chậu, dẫn đến kẹt vai.

Kẹt vai có thể xảy ra khi không có thai to. Trong trường hợp này, thường có liên quan đến can thiệp sai trên cuộc sanh.

Bình thường, ngay sau khi sổ đầu thì vai sẽ đi vào tiểu khung. Vai đi vào tiểu khung một cách có chuẩn bị, với thu hình của vai, và với bình chính.

Mọi yếu tố khiến vai không thể thu mình trước khi vào tiểu khung, hay thúc đẩy vai đi vào tiểu khung một cách đột ngột khi chưa kịp thực hiện thu hình đều có thể dẫn đến dễ khó dao kẹt vai. Chuyên dạ kéo dài, can thiệp sanh dụng cụ sớm và cao là những minh họa rất tốt cho trường hợp này.

Tiền sử sanh có kẹt vai cũng là yếu tố nguy cơ. Trong trường hợp này, yếu tố gây kẹt vai là chưa rõ ràng, nhưng có khả năng là còn tồn tại, vì thế có nguy cơ cao sẽ có kẹt vai.

KẸT VAI GÂY RA NHỮNG HẬU QUẢ NẶNG NỀ CHO THAI NI

Tử vong sơ sinh tăng cao do ngạt và tổn thương hành não.

Đầu thai đã sổ, tử cung đã bị thu hồi một phần nên thời gian càng kéo dài thì càng ảnh hưởng nghiêm trọng đến trao đổi qua nhau ở thai.

Thêm vào đó, việc cố gắng kéo thai bằng cách đặt một lực trên phần đầu thai nhi, kéo giãn cột sống cổ sẽ đưa thai nhi đối mặt với tổn thương hành não, nơi chứa các trung tâm sinh tồn. Do các lý do này, tử vong sau sanh gia tăng đáng kể trong kẹt vai.

Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay dưới 2 dạng liệt Erb và liệt Klumpke

Việc cố gắng sanh vai bằng cách kéo thai có khả năng dẫn đến việc làm tổn thương một hay nhiều thành phần của

đám rối thần kinh cánh tay, mà biểu hiện lâm sàng trên sơ sinh là liệt Erb hay Klumpke.

1. Liệt Erb là kiểu liệt phổ biến nhất, liên quan đến tổn thương thân trên của đám rối cánh tay (rễ C₅-C₇), với các biểu hiện liệt ở phần trên của tay (cánh tay), kèm theo giới hạn cảm giác do tổn thương thần kinh cơ bì.
2. Liệt Klumpke gây do tổn thương các phần thấp của đám rối (rễ C₇-C₈ và T₁), với các tổn thương rất đặc trưng trên tự thể của cẳng và bàn tay. Cảm giác bàn tay mất hay suy giảm nghiêm trọng.

Các tổn thương khác gồm gãy xương đòn, tổn thương cơ ức đòn chũm tạm thời hay vĩnh viễn, gãy xương cánh tay

Gãy xương đòn có thể gặp. Đôi khi bẻ gãy xương đòn là giải pháp phải chấp nhận để giải quyết kẹt vai.

Xuất huyết cơ ức-đòn-chũm có thể là tạm thời. Tuy nhiên, tổn thương xơ hóa vĩnh viễn các tổn thương của cơ này sẽ gây khó khăn sau này cho trẻ.



Hình 1: Tật vẹo cổ di chứng của xơ hóa cơ ức-đòn-chũm
Xuất huyết cơ ức-đòn-chũm có thể là tạm thời. Tuy nhiên, sự xơ hóa vĩnh viễn các tổn thương của cơ này sẽ gây khó khăn sau này cho trẻ.

Nguy cơ sang chấn sinh dục tăng cao ở mẹ.

Kẹt vai và can thiệp làm tăng nguy cơ chảy máu sau sanh do vỡ tử cung, rách âm đạo, tăng sinh môn và dờ tử cung.

PHÒNG NGỪA KẸT VAI

Nhiều quan điểm cho rằng khởi phát chuyển dạ hay mổ sanh chủ động những trường hợp nghi thai to có thể làm giảm kẹt vai. Tuy nhiên, việc làm làm này không đem lại hiệu quả, nhưng lại làm tăng chi phí điều trị (NNT= 1000).

Hiện nay, chỉ có một đồng thuận là nên mổ chủ động những trường hợp ước lượng thai nhi trên 5000 gram ở những người không có đài tháo đường thai kỳ và trên 4500 gram ở những trường hợp có đài tháo đường thai kỳ.

XỬ TRÍ KẸT VAI

Kẹt vai khó có thể nhận biết trước sanh. Đề khó do vai chỉ xảy ra vào giờ phút cuối cùng, khi mọi chuyện đã an bài.

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.

Xử trí nhằm mục đích đưa được thai ra với tổn thất ở mức thấp nhất.

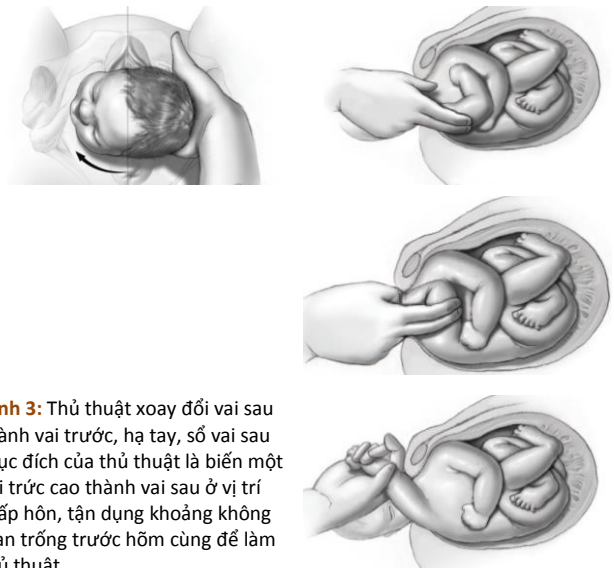
Xử trí kẹt vai cần theo thứ tự các bước sau:

1. Gọi người hỗ trợ: sản khoa, hồi sức sơ sinh, gây mê.
2. Làm trống bàng quang, kéo nhẹ thai nhi.
3. Cắt rốn TSM.
4. Thủ thuật Mc Roberts: Một người phụ ấn trên xương mu, người đỡ sanh kéo thai nhi với lực kéo vừa phải. Sau thủ thuật này, hầu hết các trường hợp kẹt vai được giải quyết thành công.



Hình 2: Thủ thuật Mc Roberts
Người phụ ấn trên xương mu, người đỡ sanh kéo thai với lực vừa phải

5. Nếu thất bại: Xoay đổi vai sau thành vai trước, hạ tay, sổ vai sau.



Hình 3: Thủ thuật xoay đổi vai sau thành vai trước, hạ tay, sổ vai sau
Mục đích của thủ thuật là biến một vai trước cao thành vai sau ở vị trí thấp hơn, tận dụng khoảng không gian trống trước hõm cùng để làm thủ thuật

6. Nếu các thủ thuật trên thất bại, nguy cơ tử vong thai nhi là rất cao, các phương pháp có thể áp dụng: bẻ gãy xương đòn trước, mổ khớp mu hay đẩy thai nhi vào lại trong tử cung và mổ sanh (thủ thuật Zavanelli).