



THUYỀN TẮC ỚI

GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng

Bệnh viện Mỹ Đức

HOSREM, VINAGOFPA

Sản phụ X 30 tuổi nhập viện Khoa Sản, Bệnh viện Y, vì có thai 27 tuần và có hiện tượng xuất huyết âm đạo với tiền sử sản khoa: 2 lần mổ lấy thai (lần 1 vì đầu thai không cúi tốt, lần 2 vì nhau tiền đạo). Sau khi siêu âm thai, được chẩn đoán nhau tiền đạo, cài răng lược, xâm lấn vào bàng quang. Sản phụ được khám và xét nghiệm:

- Mạch, huyết áp (HA), nhịp thở, thân nhiệt: kết quả bình thường.
- Âm đạo có máu cục, lau sạch, Nitrazine test (-).

Đến tuần thứ 31, bệnh nhân xuất huyết âm đạo ồ ạt, được gây tê quanh màng cứng và mổ lấy thai. Bé sơ sinh có chỉ số Apgar tốt.

Nhưng khi vừa lấy thai ra, sản phụ kêu khó thở, chóng mặt, rối loạn nhịp tim, tụt HA rất nhanh. Sản phụ được đặt nội khí quản (NKQ) và xoa bóp tim ngoài lồng ngực ngay lập tức. Sau 5 phút, tim đập lại nhưng có rung thất, HA 60/20mmHg. Sản phụ bị rối loạn đông máu, bằng huyết

nặng, Hb=4,5 g/dL, số lượng tiểu cầu là 14.000/mm³.

Sản phụ được chỉ định mổ cắt tử cung. Cuộc mổ kéo dài 2 giờ. Sản phụ đã mất tương đương 4 lít máu và được truyền tổng cộng: 2 lít dung dịch cao phân tử, 8 đơn vị hồng cầu lắng, 10 đơn vị tiểu cầu, 12 đơn vị huyết tương tươi đông lạnh và 2 đơn vị huyết tương đông khô.

Khoảng 24 giờ sau mổ, sản phụ được rút NKQ, tỉnh táo bình thường và được xuất viện 2 tuần sau mổ.

Bệnh cảnh được chẩn đoán là thuyên tắc ối (TTO).

Nhận định

Trường hợp TTO này may mắn sống được, không để lại di chứng, có thể do:

- Cấp cứu rất nhanh, kịp thời: đặt NKQ, hô hấp nhân tạo, xoa bóp tim, không để ngưng cung cấp O₂ cho não và các bộ phận khác.



- Truyền dịch và các chế phẩm của máu, nhất là huyết tương tươi đông lạnh và huyết tương đông khô, còn chứa đầy đủ các yếu tố điều chỉnh đông máu cũng như các enzyme cần thiết để điều hòa nhịp tim, hô hấp như aminopeptidase P và carboxypeptidase N.
- Các enzyme này cũng trung hòa được bradykinin là chất đưa các phản ứng của cơ thể giống như sốc phản vệ.
- Sản phụ đã được chẩn đoán “TTO” mà chưa có làm xét nghiệm đặc hiệu nào.
- Vậy TTO là gì và có xét nghiệm nào có thể giúp chẩn đoán TTO?

THUYỀN TẮC ỚI

Định nghĩa

TTO là một tai biến sản khoa rất nghiêm trọng, gây tử vong cho người mẹ và khó tránh được vì cho đến nay, khoa học chưa hiểu rõ cơ chế bệnh sinh và sinh lý bệnh của TTO.

TTO đặc trưng trên lâm sàng bởi các triệu chứng xảy ra đột ngột trong khi chuyển dạ, bao gồm: trụy tim mạch, ngưng thở, co cứng, hôn mê, rối loạn đông máu do đông máu nội mạch rải rác (DIC).

Tử thiết: tế bào biểu bì thai nhi trong động mạch phổi của mẹ, gây tắc nghẽn động mạch phổi.

Năm 1941, lần đầu tiên, Steiner và Luschbaugh mô tả TTO với các mảnh tế bào thai nhi trong mạch máu phổi của người mẹ tử vong trong chuyển dạ.

Hiện nay, người ta đang thảo luận xem có nên gọi đây là một trường hợp “sốc phản vệ” đặc biệt không?

Vì không chỉ TTO mới gây ra rối loạn đông máu, do đó, việc chẩn đoán TTO như thế nào là chính xác?

Tần suất

Theo thống kê trên thế giới, tần suất TTO khoảng 1/15.200-80.800 ca sinh sống.

TTO dẫn đến tử vong mẹ khoảng 80%, trong đó, 1/2 bệnh nhân chết trong giờ đầu xảy ra TTO. Một nghiên cứu tại California thống kê trên tổng số sinh là 1.094.248 trong 2 năm, có 53 trường hợp TTO (14 ca tử vong ngay, 35 ca DIC rồi cũng tử vong). Ở Anh, một thống kê cho thấy 37% bệnh nhân TTO tử vong, 70% sống sót mất não.

Tiền lượng TTO tùy thuộc phát hiện sớm hay muộn, xử trí hồi sức, đặt NKQ nhanh, điều trị DIC kịp thời.

Trong những ca TTO, tử vong sơ sinh ở Anh là 22%; ở Hoa Kỳ là 21%, tỉ lệ chung khoảng 9-44%. Vấn đề khó khăn là nếu mổ sớm, có khi chính cuộc mổ đã làm cho người mẹ không thể được cứu sống!

Các yếu tố nguy cơ (Bảng 1)

Cơ chế bệnh sinh

- Nước ối và các tế bào của thai nhi chui vào mạch máu mẹ qua các tổn thương phần mềm cơ quan sinh sản của mẹ.
- Áp lực buồng ối cao, dễ đẩy nước ối và các tế bào trong nước ối chui vào mạch máu.
- Hai cơ chế trên có thể giải thích được vì sao TTO thường xảy ra ở: nhau tiền đạo, nhau bong non, mổ lấy thai, rách cổ tử cung, vỡ tử cung, đa ối...
- Nước ối và các tế bào làm tắc nghẽn mao mạch phổi, đưa đến trụy tim mạch.
- Có thể có cơ chế miễn dịch kèm theo: nước ối và các tế bào hoạt hóa một số bổ thể trong huyết thanh của mẹ gây ra “sốc phản vệ”.

Sinh lý bệnh

Cho đến nay, sinh lý bệnh của TTO vẫn chưa được hiểu rõ. Có thể giả định rằng nước ối và tế bào thai nhi vào trong mạch máu mẹ, khởi phát sốc phản vệ, dẫn đến mẹ khó thở, ngưng tim, ngưng thở, co giật hoặc gồng cứng người, DIC và tử vong.

Các xét nghiệm máu cho thấy tryptase huyết thanh cao, tế bào biểu bì thai nhi trong động mạch phổi mẹ (tryptase là 1 enzyme có nồng độ tăng cao trong sốc phản vệ). Do đó, có thể bệnh lý diễn tiến qua 2 giai đoạn:

- *Giai đoạn 1:* động mạch phổi co thắt, tăng áp động mạch phổi, tăng áp thất phải đưa đến thiếu oxy, tổn thương mao mạch ở phổi, tim, thận, suy thất phải và trái, ngưng tim, ngưng thở.
- *Giai đoạn 2:* rối loạn đông máu, chảy máu, đờ tử cung cấp độ II...

Bên cạnh đó, một số chất trung gian như: histamine, bradykinin, endothelin và các chất khác cũng được tổng hợp ào ạt trong cơ thể mẹ sau khi nước ối thai nhi xâm nhập vào máu mẹ. Phản ứng đầu tiên là co thắt các mạch máu phổi, gây ra tình trạng tăng áp động mạch phổi nặng, từ đó dẫn ứ máu trong tâm thất phải, suy cấp tim phải trước, rồi đến suy tim trái khoảng 60 phút sau. Ngoài ra, hiện tượng rối loạn đông máu là do DIC.

Biểu hiện lâm sàng

TTO thường xảy ra trong chuyển dạ, sỏ thai hoặc ngay sau sỏ nhau. Ngoài ra, TTO cũng có thể xảy ra khi nạo thai, tiêm dung dịch hủy thai, truyền dịch vào buồng ối để điều trị thiếu ối nặng trong chuyển dạ, chọc dò ối, mổ lấy thai, bóc nhau...

Biểu hiện TTO thường xảy ra đột ngột: trụy tim mạch,

Bảng 1. Các yếu tố nguy cơ gây TTO (2 nghiên cứu của Kramer và Abenheim trong dân số)

	Nghiên cứu Kramer và cộng sự OR đã điều chỉnh (OR và KTC 95%)	Nghiên cứu Abenheim và cộng sự OR đã điều chỉnh (OR và KTC 95%)
Tuổi mẹ <20	0,2 (0,1-0,96)	0,4 (0,2-0,9)
Tuổi mẹ >35	1,9 (1,4-2,7)	2,2 (1,5-2,1)
Đa sản	1,8 (0,3-13,0)	-
Có khởi phát chuyển dạ	1,8 (1,3-2,7)	-
Mổ lấy thai	12,5 (7,9-19,9) (ngôi đầu) 8,6 (4,3-17,4) (ngôi khác)	5,7 (3,7-8,7)
Forceps	5,9 (3,4-10,3)	4,3 (1,9-6,6)
Giác hút thai	2,9 (1,6-5,3)	1,9 (1,0-3,7)
Đa thai	2,5 (0,9-6,2)	1,5 (0,6-4,1)
Nhau tiền đạo	-	30,4 (15,4-60,1)
Nhau bong non	-	8,0 (4,0-15,9)
Tiền sản giật	1,4 (0,8-2,5)	7,3 (4,3-12,5)
Sản giật	11,5 (2,8-46,9)	29,1 (7,1-119,3)
Đa ối	3,0 (1,2-7,3)	-
Rách cổ tử cung hoặc vỡ tử cung	3,8 (1,2-12,0)	-

tụt huyết áp, loạn nhịp tim, tím tái, ngưng tim, ngưng thở, rối loạn đông máu.

Nếu bệnh nhân sống được, có thể có di chứng mất não do thiếu oxy não trong khoảng thời gian ngưng tim, ngưng thở.

Chẩn đoán

TTO thường được chẩn đoán bằng chẩn đoán loại trừ và khó có bằng chứng cận lâm sàng hay giải phẫu bệnh vì quá cấp tính và ở Việt Nam không thể làm tử thiết rộng rãi.

Chẩn đoán phân biệt: sốc phản vệ, phù phổi cấp, tắc nghẽn động mạch phổi do nguyên nhân khác, tai biến gây tê, gây mê...

Điều trị

Hiện nay, điều trị TTO là một cấp cứu hàng đầu trong sản khoa. Tất cả những biện pháp điều trị đều chỉ là điều trị hỗ trợ:

- Thở oxy lập tức, đặt NKQ.
- Hô hấp nhân tạo ngay. Nếu cần thì sốc tim.
- Điều trị huyết áp tụt: dung dịch cao phân tử, máu và các chế phẩm từ máu.
- Điều trị rối loạn đông máu với huyết tương khô và huyết tương tươi đông lạnh nếu fibrinogen <100 mg/dL và truyền tiểu cầu nếu tiểu cầu <20.000/mL.
- Đặt máy theo dõi tim thai nếu tuần hoàn và hô hấp của mẹ có cải thiện. Nếu tim thai suy hay không hy vọng cứu sống mẹ, cho gây mê, tiến hành mổ lấy thai.
- Cần xác định có hay không việc phải cắt tử cung để cầm máu tốt và nhanh hơn.
- Tắc mạch tử cung có thể là một phương án tốt để cầm máu.
- Lọc máu.
- Tim phổi nhân tạo nếu có điều kiện.
- Gần đây, ở Cuba, các bác sĩ sản khoa có sử dụng nitric oxide hoặc prostacyclin và sildenafil để làm giãn mạch phổi.

Tiên lượng

Việc tiên lượng TTO tùy thuộc chẩn đoán sớm, xử trí

nhanh với nhiều chuyên khoa hỗ trợ. Nếu cấp cứu kịp thời và sản phụ không tử vong, sẽ có khoảng 61% bà mẹ sống mất não và gần 20% trẻ sinh ra có tổn thương thần kinh. Chưa thấy báo cáo trên y văn thế giới bệnh có thể tái phát ở lần mang thai sau.

Dự phòng

Hiện nay, vì cơ chế bệnh sinh chưa được hiểu rõ nên chưa có biện pháp dự phòng TTO. Theo kinh nghiệm lâm sàng của một nhóm chuyên gia khi điều trị:

- Không để ối quá căng.
- Không để sản phụ đi lại, di chuyển sau khi vỡ ối.
- Tránh làm tổn thương phần mềm cơ quan sinh sản của sản phụ.

KẾT LUẬN

Để hiểu rõ cơ chế bệnh sinh và có phương pháp điều trị TTO phù hợp:

- Cần thêm nhiều báo cáo và tiến hành các nghiên cứu đa trung tâm do Vụ Bảo vệ sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em điều hành và quản lý.
- Cần xác định tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý TTO, mà cả thế giới hiện nay cũng chưa xác định được.
- Trong các bệnh viện có khoa sản, cần trang bị máy và thuốc để hồi sức lập tức các trường hợp TTO.
- Cũng nên xem xét các trường hợp được chẩn đoán là TTO vừa qua để dư luận đồng tình với chúng ta.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aguilera LG et al. (2002). Fatal amniotic fluid embolism diagnosed histologically. Acta Anaesthesiol Scand; 46(3):334-337. (Medline).
2. Benson MD (2012). Current concepts of immunology and diagnosis in amniotic fluid embolism. Clin Dev Immunol; 2012:946576. (Medline).
3. Briony A Cutts et al. (2012). AJOG 2012.06.035.
4. Conde-Agudelo Agustin et al. (2009). AJOG; 10:445.e1-e13.
5. Haim A Abenhaim et al. (2008). AJOG; 11:49.e1-e8.
6. Kent Kristen J et al. (2003); AJOG; Vol.102, No.3.
7. Knight M et al. (2010). Incidence and risk factors for amniotic fluid embolism. Obstet and Gynecol; 115(5):910-917. (Medline).