

**NHÂN HAI TRƯỜNG HỢP VỮ TỬ CUNG TRONG THỜI KỲ MANG THAI MÀ NGUYÊN NHÂN
LÀ DO SAU MỔ CHỮA ĐOẠN KẼ TỬ CUNG QUA NỘI SOI CHỈ DÙNG DAO ĐIỆN ĐỐT ĐƠN THUẦN**

NGUYỄN VĂN HỌC

TÓM TẮT:

Chửa ngoài tử cung ở đoạn kẽ chiếm 1,2% trong tổng số chửa ngoài tử cung, chửa ngoài tử cung mà có liên quan trực tiếp đến vỡ tử cung trong thời kỳ mang thai là rất hiếm gặp và cũng chưa có tài liệu nào ghi nhận về những trường hợp như vậy. Việc chẩn đoán và quản lý bệnh nhân này trong thời kỳ mang thai là rất khó khăn, hầu như không ai nghĩ tới. Chỉ định mổ khi có những biểu hiện bất thường thì đều vì những lý do khác.

Từ khóa: Chửa ngoài tử cung

SUMMARY:

About two uterine rupture cases in pregnancy period because of a interstitial fallopian tube gestation, treatment by laparoscopy procedure using only electrotome

Interstitial section gestation occupies 1.2% in total ectopic gestation cases. There is no report about the relation between extra- uterine fertilization and uterine rupture due to its rare appearance. It's very difficult to prognosis and diagnosis these situations during pregnancy period of woman. And the operation is often recommended by different causes.

Keywords: ectopic gestation

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Chửa ngoài tử cung là một bệnh thường gặp trong cấp cứu sản khoa chủ yếu là chửa ở vòi trứng (tubal) chiếm tỷ lệ là 97,72%, và tỷ lệ chửa ở kẽ tử cung(interstitial) chiếm khoảng 1,2% trong tổng số chửa ngoài tử cung, nếu có tiền sử mổ chửa ngoài tử cung thì tỷ lệ chửa ngoài tử cung lần sau trên bệnh nhân đó là 50%, kể cả khi triệt sản bằng đốt nhiệt vòi trứng qua nội soi thì tỷ lệ chửa ngoài tử cung tại vòi trứng triệt sản là 11%. Nhưng có tiền sử mổ chửa ngoài tử cung cũ mà gây nên vỡ tử cung trong thời gian mang thai sau đó thì chưa có tài liệu nào ghi nhận. Trong năm 2009 tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng, chúng tôi đã gặp 2 trường hợp vỡ tử cung trong thời kỳ mang thai, với mục đích cung cấp thông tin, bước đầu tìm hiểu nguyên nhân liên quan, cũng như một số giải pháp khắc phục để các đồng nghiệp rút kinh nghiệm, cùng trao đổi, bàn luận góp phần làm sáng tỏ thêm một nguyên nhân tưởng chừng chẳng hề có liên quan gì với nhau, nhưng trên thực tế đã gặp phải tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng.

BỆNH ÁN:

1. Bệnh nhân thứ nhất: Bùi Thị Thanh Th 28 tuổi
Nghề nghiệp: Nội trợ

Địa chỉ 36 tổ 6 cam lộ 2 Hùng Vương, Hải Phòng
Vào viện 6h ngày 30 tháng 9 năm 2009

Lý do vào viện: Thai lần 2, 34 tuần – ngôi ngược dọa đẻ non

Tiền sử sản khoa: lấy chồng năm 23 tuổi, đẻ thường năm 2005 con 2600gr sống, hút thai 3 lần. Mổ nội soi chửa ngoài tử cung bên phải lần 1 vào tháng 2 năm 2008, mổ nội soi chửa ngoài tử cung đoạn kẽ bên phải lần 2 vào tháng 10 năm 2008 (cả 2 lần đều

dùng dao điện đốt khối chửa, không khâu).

Khám khi vào viện: Toàn trạng tỉnh táo, tiếp xúc tốt, mạch 80 lần/phút, HA 110/80 mmHg, nhiệt độ 370C, cân nặng 70 kg, tim, phổi bình thường

Khám sản cao tử cung 25 cm cơ co thưa nhẹ, tim thai 145 l/phút, thăm trong cổ tử cung lọt ngón tay chắc, ối còn, ngôi ngược hoàn toàn.

Xét nghiệm máu ngày 30 tháng 10, hồng cầu 3 triệu900/mm³, bạch cầu 6000/ mm³, Hb 11,5 g/dL, HCT 34,8%, nhóm máu B. Xét nghiệm sinh hoá urê huyết 2,3mmol/ L, glucoza 6,3mmol/ L, creatinin 57 mmol/ L, axit uric 280 mmol/ L, GOT 23U/L, GPT 24U/L, HIV âm tính, HbsAg âm tính, xét nghiệm nước tiểu bình thường.

Siêu âm một thai ngôi ngược 34 tuần, lưỡng đỉnh 86cm, tim thai 150 lần/ phút, ối bình thường.

Bệnh nhân được đưa vào bệnh phòng dõi và điều trị giảm co bằng Sabutamon truyền và an thần trong 4 ngày. Thấy cơn co giảm, đau ít hơn đã chuyển dùng giảm co sang Papaverin x 4 ống / ngày(thời gian nằm theo dõi là 7 ngày).

Đến 8 giờ, ngày 7/10 bệnh nhân xuất hiện đau bụng kèm theo đi ngoài phân lỏng. Khám toàn trạng tỉnh táo, tiếp xúc tốt, mạch 85 lần/phút, huyết áp 110/80 mmHg, nhiệt độ 370C, khám sản cơ co tử cung 30 giây cách nhau 3phút 30 giây, tim thai 145 l/phút, thăm trong cổ tử cung mở 2 cm, ối vỡ hoàn toàn, ngôi ngược hoàn toàn. Bệnh nhân được chỉ định mổ lúc 8g30 phút vì thai lần 2, 34 tuần, ngôi ngược ối vỡ sớm.

Vào ổ bụng có khoảng 400 ml máu loãng và 300gr máu cục, rạch ngang đoạn dưới lấy chân ra một nhĩ gái 2400 gram, áp ga 1 phút 9 điểm, 5 phút 10 điểm, dây rau dài 50 cm, lấy rau kiểm tra tại góc sừng phải tử cung(chỗ mổ chửa ngoài tử cung cũ) vỡ đang chảy máu, vết rách gọn đường kính 3cm, đóng cơ tử cung và khâu lại chỗ vỡ bằng 2 mũi chỉ x cắm máu.Trong mổ truyền 250 ml máu B. Xét nghiệm máu sau mổ ngày 8 tháng 10, hồng cầu 2.550.000/ mm³, bạch cầu 12.000/ mm³, Hb 7,7g/dl, HCT 22,8%. Kháng sinh dùng phối hợp 2 loại. Hậu phẫu sau 7 ngày ổn định cho xuất viện ngày 17/10, mẹ và con đều bình thường.

2. Bệnh nhân thứ 2: Nguyễn Thị Th. 23 tuổi

Nghề nghiệp: nội trợ

Địa chỉ An Lư, Thủy Nguyên, Hải Phòng

Vào viện: 20 giờ 50 phút ngày 30 tháng 12 năm 2009

Lý do vào viện: Thai 25 tuần đau bụng nhiều

Tiền sử sản khoa: Lấy chồng năm 21 tuổi, đẻ thường năm 2007 con gái 3400 gram. Mổ nội soi chửa kẽ sừng tử cung bên phải tháng 2 năm 2009.

Khám khi vào viện toàn trạng tốt, mạch 82 lần/phút, HA 110/70mmHg, nhiệt độ 370C, tim phổi bình thường.

Khám sản cao tử cung 20 cm, tim thai đều rõ 150 lần/phút cơ co thưa nhẹ, thăm trong âm đạo không

có máu, cổ tử cung lọt ngón tay, ối chưa thành lập, ngôi chưa xác định.

Chẩn đoán vào viện: Thai lần 2, 25 tuần dọa đẻ non

Bệnh nhân được chuyển vào phòng điều trị dùng giảm co, an thần, trong thời gian nằm viện, triệu chứng đau giảm rõ rệt, cơn co tử cung hầu như không có (thời gian nằm theo dõi tại bệnh phòng là 6 ngày).

Xét nghiệm máu ngay khi vào viện ngày 30 tháng 12 năm 2009, hồng cầu 3 triệu 350000/ mm³, bạch cầu 7.600/ mm³, Hb 9,8g/dl, HCT 29,3%, nhóm máu AB. Xét nghiệm sinh hoá urê huyết 3,7mmol/ L, glucoza 6,5mmol/ L, creatinin 62 mmol/ L, axit uric 280 mmol/ L, GOT 16U/L, GPT 15 U/L, HIV âm tính, HbsAg âm tính, xét nghiệm nước tiểu bình thường.

Siêu âm ngày 30 tháng 12 năm 2009, một thai 24 tuần, ngôi đầu, tim thai 160 lần/ phút, rau bám mặt sau, ối bình thường, siêu âm lại ngày 2 tháng 1 năm 2010, một thai, ngôi đầu lưỡng đỉnh 65,7 cm, tim thai 163 lần/ phút, rau bám thân mặt sau tử cung, lượng ối còn rất ít trong buồng tử cung, ở sừng tử cung trái có túi ối thoát ra ngoài ổ bụng đường kính 107mm x 90 mm. Bệnh nhân vẫn được theo dõi thêm vì triệu chứng đau giảm rất nhiều, không có cơn co tử cung, bụng không có phản ứng.

Siêu âm lại ngày 6 tháng 1 năm 2010 (sau một tuần), thai 25 tuần, tim thai 150 lần/phút, ngôi đầu rau bám mặt sau tử cung, nước ối trong buồng tử cung còn rất ít, góc sừng trái tử cung có bọc ối thoát ra ngoài kèm theo chân thai nhi trong bọc ối.

10 giờ ngày 6 tháng 1 năm 2010

Khám hội chẩn, bệnh nhân tỉnh táo, mạch 85 lần/phút, huyết áp 110/70 mmHg

Bụng mềm không có phản ứng, cơn co tử cung không có, tim thai đều rõ. Thăm trong âm đạo không có máu, cổ tử cung còn dài đóng kín.

Chẩn đoán thai 25 tuần – thiếu ối, không đủ điều kiện đi đường dưới chỉ định mổ lấy thai.

Vào ổ bụng theo đường trắng giữa dưới rốn, trong ổ bụng có khoảng 100 ml máu đỏ loãng, sừng tử cung trái vỡ đường kính 2cm x3cm, tạo thành một lỗ thủng gọn, màng ối chui qua lỗ thủng vào ổ bụng, màng ối còn nguyên vẹn có khoảng 200 ml nước ối trong, một chân thai nhi ở trong túi ối. Tiến hành bóc tách phúc mạc đoạn dưới, rạch ngang đoạn dưới tử cung lấy đầu ra một nhi gái nặng 700 gram (chết sau 2 ngày tuổi do quá non yếu), lấy rau, rau bám mặt sau thân tử cung, lau sạch buồng tử cung, nong cổ tử cung, khâu cơ tử cung 2 lớp phủ phúc mạc, kiểm tra chỗ sừng tử cung phải vết rách gọn đường kính 2cm x 3cm, xơ chai cắt lọc vết rách khâu 2 mũi chữ x, đặt drain dẫn lưu ổ bụng. Không truyền máu trong và sau mổ.

Thuốc kháng sinh phối hợp x 7 ngày, bệnh nhân ổn định xuất viện ngày 13 tháng 1 năm 2010.

BÀN LUẬN

1. Điểm giống nhau của 2 trường hợp trên là:

Đều có tiền sử mổ chữa ngoài tử cung ở đoạn kề bằng nội soi, đều dùng dao điện lưỡng cực để cầm

máu mà không khâu. Sau mổ thời gian có thai trở lại rất sớm < 3 tháng và thai đều chưa đến ngày sinh, bé nhất là 25 tuần và lớn nhất là 34 tuần. Vào viện vì triệu chứng đau bụng và đều chẩn đoán là dọa đẻ non, thời gian nằm theo dõi tại bệnh phòng một tuần mới có chỉ định mổ. Khi chỉ định mổ đều không nghĩ đến vỡ tử cung mà chỉ định vì những lý do khác, cả 2 thai khi mổ ra đều còn sống. Chỗ vỡ đều ở vị trí của sừng tử cung bên có sẹo mổ chữa ngoài tử cung cũ.

2. Về nguyên nhân: Trong Y văn chưa ghi nhận một trường hợp nào vỡ tử cung trong thời kỳ mang thai mà nguyên nhân trực tiếp lại do chữa ngoài tử cung gây ra, điều này tưởng chừng không có liên quan gì với nhau, nhưng thực tế lại gặp không phải một mà 2 tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng năm 2009. Trước đây khi chưa có nội soi những trường hợp chữa ngoài tử cung ở kế cách xử trí là mổ cắt góc hình chêm, tiếp theo là khâu phục hồi và cầm máu bằng những mũi chữ X. Từ năm 2000 bệnh viện phụ sản Hải Phòng sử dụng phẫu thuật nội soi cho chữa ngoài tử cung, tỷ lệ mổ nội soi trong mổ phụ khoa tại bệnh viện năm 2009 chiếm 56%. Chữa ngoài tử cung ở đoạn kề tức là khối chứa nằm một phần trong cơ tử cung và nằm sát niêm mạc buồng tử cung, khi mổ nội soi bắt buộc chúng ta phải dùng dao điện đơn cực mổ khối chứa lấy hết tổ chức rau thai và đốt cầm máu bằng dao điện lưỡng cực, nhưng tại vị trí này là đoạn tiếp nối của 2 động mạch gồm động mạch tử cung đi từ dưới lên và động mạch buồng trứng đi từ động mạch chủ bụng vào do đó có rất nhiều mạch máu tăng sinh khi có thai, việc dùng dao điện lưỡng cực để cầm máu là rất khó, nếu cầm được máu thì diện đốt rất rộng và phần cơ tử cung bị bỏng do nhiệt là rất sâu, những tổ chức cơ bị đốt sau này sẽ hoại tử, phần góc sừng tử cung sẽ trở lên mỏng đi rất nhiều và thậm trí không liền được, khi có thai tử cung phát triển to nhanh tại vị trí này rất dễ bị vỡ do thành tử cung quá mỏng và xơ cứng, thậm trí không liền, màng ối có thể tự thoát ra ngoài như của bệnh nhân số 2, Nguyễn Thị Th 23 tuổi.

- Một nguyên nhân nữa là thời gian từ khi mổ cho tới khi có thai trở lại của 2 bệnh nhân này là quá sớm, việc liền vết mổ có thể chưa được tốt, thông thường những bệnh nhân mổ chữa ngoài tử cung người thầy thuốc khuyến bệnh nhân nên tránh thai trong vòng 3 tháng sau đó hẹn đến chụp lại buồng tử cung vòi trứng để đánh giá liệu xem bệnh nhân có thể có thai tiếp tục được nữa hay không và để phòng chữa ngoài tử cung lại, nhưng cả 2 bệnh nhân này đều không đến khám và chụp lại.

3. Giải pháp khắc phục:

- Từ nguyên nhân trên bước đầu, chúng tôi đưa ra giải pháp khắc phục cho những bệnh nhân chữa đoạn kề tử cung khi mổ nội soi mà có nguyện vọng muốn có thai thêm, theo ý kiến cá nhân thì những trường hợp như vậy sau khi chúng ta dùng dao điện đơn cực mổ khối chứa lấy toàn bộ khối chứa và rau thai, dùng dao điện lưỡng cực đốt những chỗ mạch máu đang

chảy để hạn chế chảy máu, sau đó phẫu thuật viên bắt buộc phải khâu cầm máu qua nội soi tại chỗ rạch đó bằng những mũi khâu chữ X chứ không dùng dao điện đơn thuần để cầm máu, nếu phẫu thuật viên không có khả năng khâu qua nội soi thì bắt buộc phải mổ bụng để khâu trực tiếp. Những bệnh nhân không có nhu cầu sinh đẻ thì không bắt buộc phải khâu mà tùy theo, nếu thấy đốt cầm máu bằng dao điện dễ thì làm còn nếu khó thì nên mở ra khâu trực tiếp, tránh kéo dài cuộc mổ không cần thiết và gây nguy hiểm cho người bệnh.

- Thứ 2 là thời gian để có thai trở lại lần sau bắt buộc phải tuân thủ theo qui định là bệnh nhân được khám và chụp lại buồng tử cung, tối thiểu cho lần mang thai sau phải cách nhau một năm, tính từ thời điểm mổ, có như vậy chúng ta mới có thể tránh được những tai biến đáng tiếc cho sản phụ và đây cũng là một trong 5 tai biến sản khoa mà ngành sản đang tìm mọi cách để khống chế,

cũng như chữa ngoài tử cung lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hồ sơ lưu trữ tại phòng kế hoạch tổng hợp bệnh viện phụ sản Hải Phòng năm 2009, mục lưu trữ chữa ngoài tử cung.

2. Charles B. Hammond, Kevin E. Bachus(2000). Ectopic pregnancy. Danforth s. Obstetrics and Gynecology, chapter 11, pp 187 – 200

3. Mohamed H, Maitis (1999) Laparoscopic management of ectopic pregnancy, A 5 year experience, south cleveland hospital UK 6, pp 4 – 95.

4. Tatum HJ, Schmidt FH(2000). Contraception and sterilization practices and extrauterine pregnancy: a realistic perspective. Fertil Steril 2000, pp 28; 407.

5. Shah A, Coury NG, Cunanan RG (1998). Pregnancy following laparoscopic tubal electrocoagulation and division. Am J Obstet Gynecol 1998; pp 192 – 459.