

TẮC MẠCH ỒI - MỘT TAI BIẾN SẢN KHOA ĐẶC BIỆT NGUY HIỂM

Nguyễn Đức Vy

Tóm tắt

Tắc mạch ối là tình trạng nước ối và các thành phần của nó đi vào trong tuần hoàn mẹ gây tắc mạch, choáng nặng và rối loạn đông máu. Biến chứng này khá hiếm gặp nhưng nặng nề với tỷ lệ tử vong cao. Một số yếu tố được xem làm tăng nguy cơ tắc mạch ối, mặc dù cơ chế bệnh sinh chưa thật sự sáng tỏ. Triệu chứng lâm sàng diễn ra cấp tính liên quan đến rối loạn tuần hoàn và hô hấp. Chẩn đoán sớm là cần thiết và nguyên tắc xử trí là hỗ trợ nhằm đảm bảo thông khí tối đa với duy trì oxy nồng độ cao, hỗ trợ tuần hoàn tích cực, và xử trí rối loạn đông máu.

Abstract:

Amniotic fluid embolism – an extremely dangerous obstetric complication

Amniotic fluid embolism is a condition in which amniotic fluid and its components invasive into the maternal circulation system causing embolism, severe shock and coagulopathy. This complication is quite rare but severe with high mortality. A number of factors considered increases the risk of amniotic fluid embolism, although the exact pathogenesis is really still unclear. Clinical symptoms related to acute circulatory and respiratory tract disorders. Early diagnosis is essential and the treatment principle is to support management to ensure maximum ventilation with oxygen to maintain a high concentration of circulating active support, and treating coagulation disorders.

TTND-GS.TS

Định nghĩa

Tắc mạch ối (Amniotic Fluid Embolism: AFE) có thể định nghĩa khái quát là một cấp cứu rất hiếm gặp nhưng lại rất nguy hiểm cho cả hai sinh mạng (sản phụ và thai nhi) trong sản khoa trong đó nguyên nhân là do nước ối và các thành phần có trong nước ối như: tế bào thai nhi, bọt khí, chất gây tắc

hoặc cả các mảnh tổ chức khác của thai, phân su....đã làm tắc mạch xảy ra do máu trong lòng mạch bị các thành phần của nước ối vút tắc lại. Có hai diễn biến lớn xảy ra là choáng nặng và rối loạn đông máu.

Những nghiên cứu gần đây nhất (2005 - 2008 Abenhaim - USA và Đăng kiểm Anh Tuffnell 2005) và hiện tại cho thấy tắc mạch

ôi là một biến chứng sản khoa nguy hiểm tử vong cao, không thể đoán trước và không thể dự phòng. Tuy nhiên các nhà sản khoa cần hết sức cảnh giác, có biện pháp điều trị tích cực nghĩa là phải nâng cao nhận thức về tắc mạch ối, chuẩn bị và sẵn sàng các phương tiện, thuốc cấp cứu, yếu tố VIIa hoạt hóa (huyết học), thông khí, cầu nối tim - phổi khi cần...để có thể mang lại hy vọng sống sót cao hơn cho cả thai nhi và sản phụ (mặc dù rất khó).

Các vấn đề có liên quan, dễ dẫn đến tắc mạch ối hơn ở nhiều quan điểm cho rằng:

Các bà mẹ nhiều tuổi, đẻ nhiều lần, chuyển dạ nhanh một cách bất thường, thai to, việc sử dụng các thuốc tăng co tử cung gây vỡ ối đột ngột (do đó có thể xảy ra trong nạo, phá thai to), việc truyền dịch vào buồng ối, chấn thương ổ bụng và kể cả sau đẻ cũng xảy ra.

Tần suất:

Theo các số liệu thống kê có tần suất mắc bệnh là:

- Morgan 1979 là từ 1/8000 đến 1/80.000 ca đẻ chết 86%.
- Đăng kiểm Mỹ (clatk 1995) có 61% chết, 85% di chuyển vĩnh viễn.
- Mỹ (Gilbert 1999) là 1/21.000, chết 26%.
- Đăng kiểm Anh (Tufnell 2005) chết 37%; 7% ảnh hưởng vĩnh viễn.

Theo Abenhaim và cs (2008) với nghiên cứu 3.000.000 trường hợp đẻ tại Mỹ (từ 1999 đến 2003) có tần suất tắc mạch ối 7,7/100.000 (1/13.000) và tỷ lệ chết 22%.

Tại các nước phát triển tắc mạch ối chiếm một tỷ lệ cao hơn trong các tử vong mẹ: (theo báo cáo của Eyal Schiff-Israel).

- Tại Anh quốc có 60 ca (từ 2000-2002) bằng 8%.
- Tại Mỹ có 7,5% tử vong mẹ.
- Tại Úc (Australia) 10% tử vong mẹ.

- Liên hệ lại với y học cổ truyền về bệnh học:

- Theo Steiner và Lushbaugh 1941 có 42 báo cáo giải phẫu bệnh học ở những ca bà mẹ chết trong 3 tháng cuối của thai sản thì có:

- 9 ca (21%) đã tìm thấy trong mạch phổi có các thành phần của nước ối là:

- + Chất nhầy
- + Tế bào biểu bì
- + Tế bào ái toan vô định hình

Theo giải phẫu bệnh học cổ điển từ đó xác định là tắc mạch ối (theo cổ điển).

Sinh bệnh học:

Như trên đã nêu, có nhiều tranh cãi:

1. Tắc mạch ối theo cổ điển (nêu trên)?
2. Tắc mạch ối là một phản ứng phản vệ?

Các dữ liệu có được ở lâm sàng và các nghiên cứu hiện nay cho rằng: bản chất của hội chứng này là một quá trình “sốc phản vệ” hơn là đơn thuần chỉ có tắc mạch. Bởi lẽ, khi nước ối đột ngột xâm nhập vào tuần hoàn máu gây tắc mạch và đông máu rải rác trong lòng mạch tiếp đó (CIVD) dẫn đến rối loạn đông máu và gây chảy máu nặng nề đưa đến một sốc sản khoa do đau đớn và mất máu cấp tính đồng thời với sốc phản vệ là các protein lạ ở nước ối tràn vào nên đã gây tử vong rất nhanh do bà mẹ.

Có thể nước ối và các tế bào của thai nhi đó là các kháng nguyên từ thai nhi gây ra phản ứng phản vệ của cơ thể mẹ. Từ đó xuất hiện các dấu hiệu lâm sàng. Vấn đề này vẫn đang tiếp tục nghiên cứu với trọng tâm là sự phân rã nhân các tế bào khổng lồ để giải phóng ra các histamine và các men trytase...gây hoạt hóa một chuỗi phản ứng phức tạp khác.

Mặt khác, các nghiên cứu cũng chỉ ra: không nên hiểu máy móc và khẳng định chẩn đoán (theo cổ điển) là thấy xuất hiện các thành phần tế bào thai, biểu bì, lá nuôi

trong máu mẹ (máu lấy từ động mạch phổi) đã kết luận tắc mạch ối, vì người ta thấy cả ở các sản phụ không có bệnh lý này cũng thường xuyên thấy có tế bào thai kể trên. Đó chỉ mới là một nghi vấn còn phải kết hợp với lâm sàng của triệu chứng tuần hoàn, hô hấp mới có thể khẳng định chẩn đoán (đây là điều y pháp cần lưu ý).

Các dấu hiệu lâm sàng:

Quá trình bệnh cảnh thường xuất hiện hai giai đoạn nhưng gắn liền nhau và rất cấp tính.

Giai đoạn 1: có sự co thắt của động mạch phổi gây tăng áp lực động mạch phổi và tâm thất phải cấp tính đưa đến giảm ô xy máu nhanh chóng gây nên vỡ các mao mạch ở cơ tim, ở phổi, làm suy tim trái và hội chứng suy thở cấp. Riêng giai đoạn này đã chỉ có khoảng 50% sống sót qua giai đoạn 1 (chỉ trong khoảng 60 phút).

Giai đoạn 2: là giai đoạn chảy máu đồng loạt và có đông máu rải rác trong lòng mạch (CIVD).

Trên giường bệnh thấy rõ: sản phụ xuất hiện rất nhanh là thở cấp; có thể ho lên; huyết áp tụt nhanh, trong đó huyết áp tâm trương: tím tái da, môi, đầu ngón chi, có thể ngừng tim luôn, có thể kèm theo luôn OAP (phù phổi cấp).

Cần phải loại trừ các chẩn đoán phân biệt như:

Tắc mạch do huyết khối, tắc mạch khí, sốc nhiễm khuẩn.

Nhồi máu cơ tim cấp tính, sốc phản vệ do nguyên nhân khác

Hội chứng rau bong non, phản ứng của gây tê tại chỗ.

Hội chứng tắc mạch ối với bệnh cảnh lâm sàng:

- + Diễn hình là xảy ra trong chuyển dạ đẻ.
- + Có thể sau đẻ muộn, do chọc ối, phá thai.

+ Sang chấn vùng bụng, vỡ tử cung.

+ Truyền dịch vào buồng ối.

+ Dấu hiệu cổ điển: đột quy, đột ngột, hạ huyết áp đột ngột, suy tuần hoàn và tử vong (không lý giải) và các xét nghiệm có thành phần nước ối trong động mạch phổi – tế bào biểu mô thai có kháng thể chống nhầy, nhót trong huyết thanh phổi bà mẹ.

Tỷ lệ thường gặp:

Tụt huyết áp > 80% các ca bệnh (13% trước đẻ - Clark 1995).

Giảm oxy máu > 80% và có co giật (30% trước đẻ - Đăng kiểm Clark 1995).

- Sốt

- Rét run

- Đau đầu

- Buồn nôn, nôn

- Tim thai suy (loạn nhịp tim thai 17%).

- Thường gặp ở thai trai hơn (Clark 1995).

Điều trị:

Với khả năng tiến bộ của kỹ thuật chẩn đoán, xử trí đúng đặc biệt là vấn đề hồi sức cấp cứu thì các nghiên cứu của các nước phát triển cho thấy có thể sống được từ 80-85% các trường hợp tắc ối (mặc dù theo quan niệm cũ): “người bệnh sống sót có thể không phải là tắc mạch ối”.

“Phác đồ” chung có thể là:

- Đảm bảo thông khí tối đa với duy trì oxy nồng độ cao.

- Hỗ trợ tuần hoàn tích cực, chủ động.

- Xử trí tốt tình trạng đông máu (phải loại bỏ được các nguyên nhân suy tuần hoàn khác).

Cụ thể là:

Điểm cơ bản phải tăng cường tối đa vận mạch để điều trị tụt huyết áp dai dẳng với Dopamin; Phenylephrin; Epinephrine; Norpinephrine; Digoxin (trợ cơ tim).

Phải làm được siêu âm tim để chẩn đoán và điều trị qua thành ngực (Echocardiography hay thực quản) đây là cách hữu hiệu cho chẩn đoán và điều trị.

- Dùng các gốc tự do Cryo để giải quyết các máu cục và Fibronectin cho việc điều trị đông máu rải rác trong lòng mạch và chảy máu (CIDV).

- Xử trí tích cực vấn đề đờ tử cung (thất động mạch tử cung).

- Tăng cường yếu tố VIIa hoạt hóa cho chảy máu nặng; truyền khối tiểu cầu.

Chú ý

- Phải khẩn trương lấy thai ra (nếu thai sống) vì có tới 65% tắc mạch ối xảy ra trước đẻ (mổ lấy thai).

- Điều trị, theo dõi để phòng các thương tổn cho sơ sinh do bị giảm oxy máu. Trong đó có hỗ trợ hô hấp cho bà mẹ.

Sau cùng là các kỹ thuật trợ giúp hiện đại ở các trung tâm lớn:

- Bypass tim - phổi.

- Oxy qua màng ECMO (Etracorporel circulation membrall oxygenation- Màng trao đổi oxy ngoài cơ thể- “phổi máy”).

- Đặt bóng nội động mạch chủ.

- Liệu pháp tích cực chống sốc phản vệ.

- Lọc máu (huyết tương) hoặc thay thế huyết thanh.

Kết luận:

Đây là những kiến thức cơ bản mà người làm công tác giám định pháp y (của ngành y tế) cần biết để từ đó khi có trưng cầu giải quyết các vấn đề tử vong hoặc di chứng nặng nề của bệnh cảnh Tắc mạch ối chúng ta sẽ biết vận dụng vào giải quyết – cũng như các bác sĩ, hộ sinh của ngành sản phụ khoa cũng cần phải biết để xử trí, tiên lượng và tư vấn cho thân nhân gia đình của thai phụ được biết và có sự thông cảm tự ổn định hơn và hiểu rằng đây là một bệnh cảnh rất hiếm và ít gặp, tỷ lệ là 1/10.000 ca đẻ nhưng lại là một bệnh lý chỉ xảy ra khi chuyển dạ đẻ một cách bất thường là chính và không dự phòng trước được cho đến nay trên toàn cầu vẫn chưa có giải pháp về dự phòng còn bà mẹ nếu may mắn cứu được thì sống với di chứng không hiểu biết do trạng thái tổn thương hệ thống thần kinh trung ương.