

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐA ỒI

1. GIỚI THIỆU

Ở thai đủ tháng, buồng ối chứa khoảng 500ml đến 1000ml nước ối. Nếu buồng ối chứa từ 1000ml đến 2000ml nước ối, ta gọi là thừa ối; nếu chứa trên 2000ml thì gọi là đa ối. Về mặt lâm sàng, có 2 dạng đa ối: đa ối cấp và đa ối mãn.

Bệnh học của đa ối

Nước ối trong đa ối khác với nước ối bình thường, có chứa nhiều albumin hơn. Có nhiều giả thuyết giải thích sự hình thành đa ối.

- (1) Đa ối do sự rối loạn về sản xuất nước ối như trong trường hợp thai vô sọ, viêm màng ối.
- (2) Đa ối do sự rối loạn về hấp thu nước ối như trong hội chứng phù nhau - thai hoặc bệnh teo thực quản ở bào thai.
- (3) Đa ối do sự rối loạn của cơ chế điều hòa nước ối. Người ta nhận thấy các dị dạng thai nhi càng nhiều, càng nặng thì đa ối càng xuất hiện sớm.

2. ĐA ỒI MÃN

Chiếm 95% các trường hợp đa ối, thường xảy ra vào ba tháng cuối thai kỳ, lượng ối tiến triển từ từ, ít gây ảnh hưởng đến tổng trạng của mẹ.

2.1 Nguyên nhân

Do mẹ có (1) các bệnh nội khoa như tiểu đường, thiếu máu nặng, (2) các bệnh nhiễm trùng như giang mai, nhiễm toxoplasmosis, nhiễm cytomegalovirus, (3) hội chứng tiền sản giật - sản giật, (4) bất đồng nhóm máu giữa mẹ và con... có thể dẫn đến đa ối mãn.

Do trứng như (1) đa thai, đặc biệt trong thai một trứng, thường có sự nuôi dưỡng không đồng đều giữa thai (một thai quá lớn, một thai quá nhỏ), (2) dị tật bẩm sinh, (3) bất thường của bánh nhau và dây rốn như bứu máu của nhau, dây rốn chỉ một động mạch, dây rốn thắt nút, dây rốn quấn cổ ...

2.2 Lâm sàng

Sản phụ đến khám trong 3 tháng cuối thai kỳ vì cảm thấy trần bụng dưới nhiều, bụng căng, khó thở, tim đập nhanh. Các triệu chứng thường phát triển từ từ. Nước ối tăng dần đến một lượng lớn làm tử cung căng to gây khó thở, suy nhược, đau vùng thắt lưng hoặc chỉ gây khó chịu lúc đi đứng.

Khám thực thể thấy (1) tử cung rất to so với tuổi thai, căng, có dấu hiệu sóng vỗ, (2) khó sờ nắn thấy được rõ cực thai và các phần chi, có dấu hiệu khối nước đá, (3) khó nghe được thai, (4) thăm âm đạo thấy đoạn dưới tử cung bị căng cứng, cổ tử cung hé mở, màng ối căng phồng.

Cận lâm sàng

Xét nghiệm tổng quát để truy tầm các bệnh liên quan thai phụ như: giang mai, đái

tháo đường, nhiễm toxoplasma, bất tương hợp nhóm máu ABO hay Rh.

Siêu âm giúp chẩn đoán, với: SDP (single deepest pocket) $\geq 10\text{cm}$ hay AFI (amniotic fluid index) $>$ percentile 95th ($>20\text{cm}$ ở thai trưởng thành).

Ngoài ra, còn có giá trị giúp chẩn đoán số lượng thai, định lượng được nước ối, khảo sát chi tiết hình dạng thai. Siêu âm có thể giúp chẩn đoán bởi các dấu hiệu gián tiếp như phù nhau thai, thai báng bụng ... hay các dấu hiệu trực tiếp như hình ảnh bất thường ở ống thần kinh, đường tiêu hóa.

Chọc dò ối cho phép đánh giá độ trưởng thành của thai, đặc biệt để định lượng nồng độ alpha- foeto-protein / nước ối (nếu $> 1-2$ microgram/ml thì nghĩ nhiều đến một dị dạng thai nhi).

2.3 Diễn tiến

Sanh non thường xảy ra vì ối thường vỡ non.

Khi các triệu chứng nặng nề đến mức sản phụ không thể chịu đựng được, phải đặt vấn đề rút bớt nước ối và chấm dứt thai kỳ.

Không rút nước ối qua ngã âm đạo vì dễ gây vỡ ối và nguy cơ nhiễm trùng cao.

Rút nước ối qua ngã bụng không gây vỡ màng ối nhưng có nguy cơ đâm trúng nhau khi nhau bám mặt trước, hoặc gây thuyên tắc ối. Có thể thực hiện với hướng dẫn dưới siêu âm.

2.4 Xử trí - theo dõi

Dùng Indomethacin uống 25 mg mỗi 6 giờ trong 48 giờ có thể ảnh hưởng giảm cơn co tử cung và giảm lượng ối do giảm sản xuất nước tiểu ở thai. Tuy các ảnh hưởng cho thai phụ ghi nhận ít, nhưng ảnh hưởng thai nhi rất nhiều và được nhắc đến nhiều nhất là làm đóng ống động mạch sớm, tăng áp phổi thai.

Trong chuyển dạ: tương hợp màng ối còn nguyên vẹn, cơn co tử cung thường bị rối loạn nếu ta không làm giảm độ căng quá mức của tử cung bằng cách tia ối. Tia ối sớm với sự thận trọng tối đa (để sản phụ nằm đầu thấp, cho nước ối chảy ra từ từ). Nếu không thận trọng, màng ối sẽ vỡ toang, nước ối chảy ra ồ ạt làm sa dây rốn hoặc các phần chi của thai nhi, nhau cũng có thể bị bong non gây xuất huyết, hoặc ngôi thai có thể trở thành bất thường, không bình chỉnh được.

Trong trường hợp màng ối vỡ tự nhiên, nguy cơ sa dây rốn và các ngôi bất thường tăng cao (tỉ lệ sa dây rốn trong đa ối khoảng 16%).

Giai đoạn bong nhau có thể diễn tiến bình thường nhưng thường là chậm. Phải theo dõi phát hiện đờ tử cung gây băng huyết sau sanh.

Thai nhi có thể bị chết trong tử cung do đái tháo đường ở mẹ không kiểm soát tốt hay do phù nhau thai nặng trong các trường hợp bất đồng nhóm máu. Thai nhi dễ bị nhiều nguy hiểm lúc sanh do các biến chứng như sa dây rốn, ngôi thai bất thường, rối loạn cơn co tử cung. Ngoài ra tử vong sơ sinh cao còn do non tháng, dị dạng thai nhi.

Các biến chứng cho mẹ trong lúc sanh và sau khi sanh cũng thường có nhiều. Nếu mẹ bị đái tháo đường, tiên lượng rất dè dặt. Đa ối có thể tái phát.

3. ĐA ỒI CẤP

3.1 Nguyên nhân

Đa ối cấp thường là dấu hiệu của một bệnh lý của trứng hoặc dị dạng thai nhi. Hơn 50% trường hợp đa ối cấp là do song thai một trứng. Trong các trường hợp khác, đó là một thai kỳ với thai nhi dị dạng như vô sọ, teo hẹp thực quản hay khiếm khuyết ở ống thần kinh.

3.2 Lâm sàng

Đa ối cấp thường xảy ra sớm, khoảng 3 tháng giữa thai kỳ và diễn tiến mau chóng trong vòng vài ngày với các triệu chứng cấp thời như đau bụng nhiều, khó ngủ, khó thở, đôi khi bị tím tái, tim đập nhanh, ối mưa, phù chân, phù âm hộ, phù thành bụng.

Khám thấy bụng căng cứng, bề cao tử cung to rất nhiều hơn so với tuổi thai. Da bụng căng đến mức khó nhận thấy được dấu hiệu sóng võ. Rất khó sờ nắn được các phần thai. Tim thai rất khó nghe. Khám âm đạo thấy đoạn dưới tử cung phồng ra, cổ tử cung hở và màng ối căng phồng.

Siêu âm bụng có khả năng chẩn đoán song thai, dị dạng thai.

Đôi khi cần chẩn đoán phân biệt với thai kèm với u nang buồng trứng, bụng trứng nước hoặc thai trứng.

Đôi khi cần thực hiện MRI để chẩn đoán bất thường ở thai.

3.3 Xử trí

Chấm dứt thai kỳ sớm khi đa ối cấp thường kèm theo dị dạng thai nặng. Khi khởi phát chuyển dạ nên bấm ối sớm với những cẩn thận như đã nêu ở phân đa ối mãn. Hầu hết các trường hợp, cuộc chuyển dạ diễn tiến dễ dàng, nhưng cần đề phòng băng huyết sau sanh do tử cung căng quá mức. Sau sinh cần quan sát kỹ thai nhi và bánh nhau để tìm các dị tật nếu có (phẫu xác hoặc giải phẫu bệnh lý).

Điều trị can thiệp trong buồng tử cung bằng phẫu thuật nội soi có thể giúp trong một số trường hợp, nhưng nguy cơ nhiễm trùng, thai lưu, sinh non và nhất là việc triển khai chỉ mới được thực hiện ở một số nước trên thế giới.