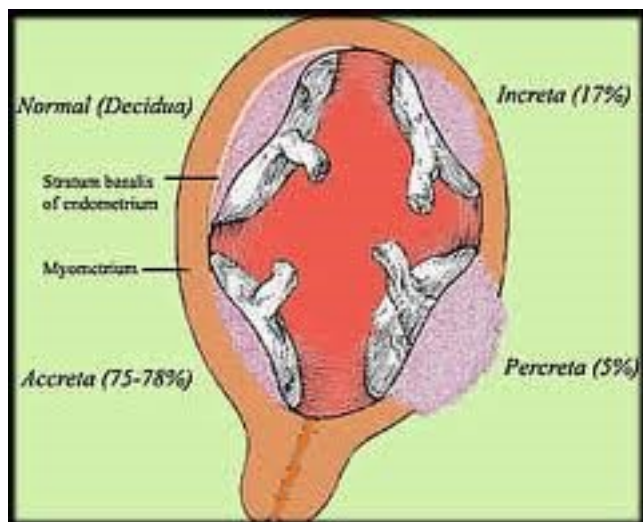


Ths Bs Nguyễn Thị Kiều Trinh

I. Mở đầu:

Nhau cài răng lược (NCRL) là tình trạng các gai rau xâm lấn qua màng đáy vào cơ TC. NCRL là biến chứng của thai kỳ và là vấn đề quan trọng trong thực hành sản khoa. NCRL là một thai kỳ nguy cơ cho cả mẹ lẫn con vì nguy cơ sinh non tháng và xuất huyết âm đạo trầm trọng. Ngày nay tỷ lệ NCRL càng ngày càng tăng do tỷ lệ mổ lấy thai (MLT) và nạo phá thai có xu hướng ngày càng tăng. NCRL có thể phát hiện trong thai kỳ nhờ siêu âm và cộng hưởng từ hạt nhân (MRI). Xử trí NCRL vẫn còn là khó khăn, tỷ lệ cắt bỏ TC vẫn còn cao, cần phải có sự phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên khoa sản, ngoại, huyết học truyền máu, gây mê, hồi sức để giảm thiểu tử suất và biến chứng cho mẹ và sơ sinh. Có đến 90% bệnh nhân phải truyền máu, tỷ lệ tử vong mẹ 7% mặc dù đã đưa ra kế hoạch chăm sóc tích cực, phẫu thuật và theo dõi truyền máu cẩn thận.



II. Tổng quan y văn:

2.1 Định nghĩa: NCRL là tình trạng nhau bám bất thường vào thành tử cung, không có lớp màng ngăn đáy và lớp ngăn giữa (Nitabuch) ngăn phần hay toàn bộ nhau bám nhau.

Nhân mĩ t trng h p nhau ti n đ o cài rằng l c

Vi t b i Biên t p viên

Th b y, 06 Tháng 7 2013 20:08 - L n c p nh t cu i Th b y, 06 Tháng 7 2013 20:16

N u vi nhung mao gai nhau m i xâm nh p đ n l p c đ c g i là placenta accreta, xâm l n vào l p c s u h n g i là placenta increta, xâm l n toàn b l p c đ n thanh m c hay vào t ng lân c n đ c g i là placenta percreta.

2.2 D ch t h c: T l NCRL thay đ i t 1/2510 đ n 1/533 trong 10 năm t 1980 đ m 1990 t i Hoa k . T i BV T Dũ, t l NCRL năm 1997 là 1/7000 trng h p, năm 1980 kho ng 1/2500, năm 1998 là 1/1900 và năm 2010 là 1/ 1489 ca. T i BV Hùng V ng t l NCRL gia tăng t 1/ 10.000 năm 1995 lên 1/ 4762 năm 2011. đ c bi t trong nhóm có nhau ti n đ o trên v t m cũ (VMC).

2.3 Các y u t nguy c :

- Ph n có nhau ti n đ o chi m 1/3 trng h p NCRL: không có VMC 9,4%, VMC 1 l n 21,1%, VMC l n II 47,6%.

- MLT l n 1 tăng nguy c 4,5 l n so v i sinh th ng, l n 2 tăng 11,3 l n.

- Ti n s bóc nh n x t c ung.

- Dính bu ng t c ung., h i ch ng Asherman.

- L c n i m c c TC (adenmyosis), u x t c ung.

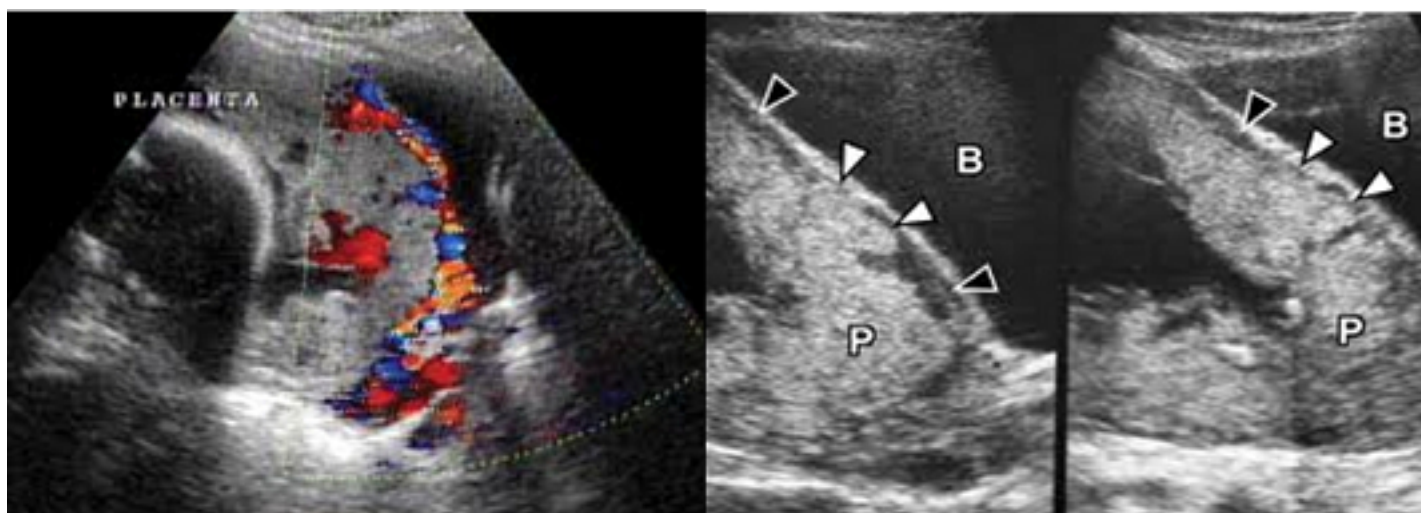
- Đa s n: ¼ s n ph NCRL có s l n mang thai > 6 l n

- N o phá thai.

- Tuĩĩ i mĩ > 35

2.4 Chĩĩ n đĩĩn cĩĩ n lĩĩm sĩĩng:

a. Siĩu ỹĩm: Siĩu ỹĩm ngĩĩ ỹĩm đĩĩ o phĩĩ i hĩĩ p vĩĩ i ngĩĩ bĩĩ ng giĩĩp ĩĩch cho chĩĩ n đĩĩn. Nĩĩ u nhau bĩĩm bĩĩn thĩĩĩ ng sĩĩ thĩĩ y rĩĩn giĩĩ i giĩĩ m ỹĩm giĩĩ a nhau vĩĩ bĩĩng quĩĩng. Hĩĩn ỹĩn siĩu ỹĩm Doppler mĩĩu giĩĩ ỹĩ NCRL bĩĩo giĩĩ m sĩĩ hiĩĩ n đĩĩ n cĩĩ a xoĩĩng mĩĩ ch mĩĩu trĩĩn bĩĩn nhau, mĩĩ t rĩĩn giĩĩ i khoĩĩng echo kĩĩm giĩĩ a bĩĩn nhau vĩĩ cĩĩ tĩĩ cĩĩng (mĩĩ t phĩĩ c hĩĩ p sĩĩu nhau), giĩĩ tĩĩng mĩĩ ch mĩĩu cĩĩ a thĩĩn mĩĩ c bĩĩng quĩĩng vĩĩ tĩĩ cĩĩng, cĩĩ TC < 1mm hoĩĩ c khĩĩng cĩĩ, hiĩĩ n đĩĩ n khĩĩ i nhau đĩĩ i đĩĩ n thĩĩn mĩĩ c tĩĩ cĩĩng hoĩĩ c trĩĩn bĩĩng quĩĩng. Theo nhĩĩ u nghiĩĩn cĩĩ u, cho thĩĩ y đĩĩ nhĩĩ y lĩĩ 77- 87% vĩĩ đĩĩ đĩĩ c hiĩĩ u lĩĩ 96- 98%, giĩĩ trĩĩ tiĩĩn đĩĩĩn đĩĩĩng 70% vĩĩ giĩĩ trĩĩ tiĩĩn đĩĩĩn ỹĩm 92%.



Hĩĩn ỹĩn siĩu ỹĩm = Doppler mĩĩu cho thĩĩ y NCRL

b. MRI: tĩĩn kĩĩm hĩĩn siĩu ỹĩm vĩĩ đĩĩi hĩĩ i cĩĩ kĩĩn nghiĩĩ m chĩĩyĩn mĩĩn đĩĩ đĩĩĩn giĩĩ sĩĩ xĩĩm lĩĩ n bĩĩ t thĩĩĩ ng cĩĩ a bĩĩn nhau, lĩĩ phĩĩĩ ng thĩĩ c hĩĩ trĩĩ khi siĩu ỹĩm khĩĩng rĩĩ rĩĩng. MRI cĩĩ thĩĩ đĩĩĩn giĩĩ mĩĩ c đĩĩ xĩĩm lĩĩ n vĩĩ mĩĩ t giĩĩ i phĩĩ u vĩĩ cĩĩc hĩĩ thĩĩĩ ng mĩĩ ch mĩĩu, xĩĩm lĩĩ n cĩĩc tĩĩĩ ng xĩĩn quĩĩn vĩĩ niĩĩ u quĩĩn. Sĩĩ đĩĩĩng chĩĩ tĩĩĩĩ ng phĩĩ n gadolinium khĩĩng khĩĩĩn cĩĩo đĩĩĩn trĩĩn thĩĩ kĩĩ.

2.5 X trí:

a. Nguyên tắc chung: Khi nghi ng NCRL, b nh nhân ph i đ c chuy n đ n trung tâm có đ y đ ph ng ti n h i s c m và s sinh, có ngân hàng máu và các ph u thu t viên có kinh nghi m. C n có s k t h p liên chuyên khoa nh BS S n khoa, Ph khoa, Ni u khoa, Ngo i khoa, Gây mê h i s c, Bs Huy t h c, Bs s sinh và Bs Ch n đoán hình nh đ đ c ch n đoán xác đ nh và có k ho ch can thi p m t cách tích c c. C n ph i cá nhân hóa t ng trộm ng h p, t v n cho ng i nhà và b nh nhân nh ng nguy c và tai bi n có th x y ra trong quá trình m l y thai, có th c t b t cung và t n th ng các c quan lân c n trong quá trình ph u thu t cũng nh v n đ truy n máu do tình tr ng xu t huy t tr m tr ng trong NCRL và t vong m có th x y ra.

b. Ph ng pháp đ u tr:



- Đ u tr an toàn nh t và ph bi n nh t là m l y thai và c t b t cung ngã b ng n u NCRL đ c ch n đoán tr c sinh và b nh nhân không có nguy n v ng sinh đ .

- Đ u tr b o t n trong trộm ng h p b nh nhân mu n gi i i t cung đ sinh đ tuy nhiên có th không thành công và nguy c cao b bi n ch ng, Không c g ng bóc tách hoàn toàn mô nhau vì có th gây ch y máu đ đ i. Methotrexate th ng đ c s đ ng trong trộm ng h p này.

Nhân mẩu t trộm ng h p nhau ti n đ o cài răng l c

Vị t b i Biên t p viên

Th b y, 06 Tháng 7 2013 20:08 - L n c p nh t cu i Th b y, 06 Tháng 7 2013 20:16

- Trong nh ng trộm ng h p ch n đoán trộm c tu n 34 và không có bi n ch ng xu t huy t âm đ o, nên cho trộm ng thành ph i trộm c khi lên k ho ch m l y thai.

- Trong quá trình ph u thu t , h n ch ch y máu b ng th t đ ng m ch t cung, đ ng m ch h v , cho thu c tăng go và c m máu là c n thi t.

- Th thu t bóng chèn lòng TC, thuyên t c m ch cũng đ c nh c đ n trong ph ng th c đi u tr b o t n.

III. B nh án tóm tắt:

H và tên: TR NH TH KH. 37 tu i, S h s 17985

Đ a ch : Tam Đ i, Phú Ninh, Qu ng Nam

Vào vi n lúc 10h ngày 9/6/ 2013

Lý do vào vi n : ra máu âm đ o/ thai 36 tu n

B nh s : B nh nhân PARA 1021. KCC 6/8/ âm l ch, tính đ n ngày nh p vi n tu i thai # 36 tu n. Quá trình mang thai bình th ng, khám thai t i phòng m ch t phát hi n nhau ti n đ o, có b sung viên s t và Canxi trong thai k . Sáng ngày 9/6 ra máu âm đ o, l ng ít, không kèm theo đau b ng, xin nh p vi n.

- Ti n s : Sinh th ng năm 2008., sau sinh bằng huy t do đ TC đ c th t mũi B- Lynch khâu b o t n t cung c m máu. Năm 2009., 2010 s y thai.

Vào vien ngày 9/6 ghi nhon:

- Ting trong trung bình, da niêm moc hong, không phù.

- M 82 lin/ phút, nhiet 37 ° C, HA 130/90mmHg

- Tim phoi không nghe âm binh lý

- Khám chuyên khoa:

+ BCTC/VB: 32/93cm, Ngoi đou, tho trái, choa có con go TC, TT 140 l/ phút.

+ CTC đóng kín., máu âm đo rot ít

- Xét nghiem (ngày 9/6/ 2013)

+ Công thoc máu:HC 3.800.000. BC 8.300. N 80,8%, L 13,7%, E 5,5%

TC 182.000, đo tip trung bình thong

TS 3 phút, TC 9 phút, nhóm máu B

Nhân m⁺t tr⁺ng h⁺p nhau ti⁺n đ⁺o cài răng l⁺c

Vi⁺t b⁺i Biên t⁺p viên

Th⁺ b⁺y, 06 Tháng 7 2013 20:08 - L⁺n c⁺p nh⁺t cu⁺i Th⁺ b⁺y, 06 Tháng 7 2013 20:16

+ N⁺c ti⁺u toàn ph⁺n: bình th⁺ng

+ Siêu âm: Các s⁺ đo BPD 87mm, AC 320mm, FL 65mm

Ngôi đ⁺u, th⁺ trái, D xoang i⁺ l⁺n nh⁺t 25mm

Tim thai 145 l⁺n/ phút

Nhau l⁺p tr⁺n c⁺ t⁺ cung, đ⁺ tr⁺ng thành đ⁺ ll

K⁺t lu⁺n: 01 thai s⁺ng trong TC # 36+/- 3 tu⁺n, Nhau ti⁺n đ⁺o trung tâm

Ch⁺n đoán ban đ⁺u: Thai con r⁺ (1020) 36 tu⁺n, Nhau ti⁺n đ⁺o trung tâm

- Ngày 11/ 6: siêu âm ki⁺m tra l⁺n 2 b⁺ng Doppler màu ghi nh⁺n hình i⁺nh Doppler cho th⁺y rau bám trung tâm, bánh nhau xuyên c⁺ TC, r⁺t sát bàng quang.

K⁺t lu⁺n: Nghi ng⁺ Rau cài răng l⁺c đo⁺n d⁺i t⁺ cung/ Nhau ti⁺n đ⁺o

- Ngày 13/6 2013 b⁺nh nhân đ⁺c h⁺i ch⁺n r⁺ng rãi : S⁺n, gây mê, huy⁺t h⁺c, ngo⁺i, h⁺i s⁺c sau khi làm thêm m⁺t s⁺ xét nghi⁺m ti⁺n ph⁺u b⁺ sung.

Ch⁺n đoán xác đ⁺nh: Thai con r⁺ 37 tu⁺n, Nhau ti⁺n đ⁺o+ cài răng l⁺c

Nhân m^ot tr^ung h^op nhau ti^on đ^o cài r^ung l^uc

Vi^ot b^oi Biên t^up viên

Th^o b^oy, 06 Tháng 7 2013 20:08 - L^un c^op nh^ot cu^oi Th^o b^oy, 06 Tháng 7 2013 20:16

X^o trí: ph^ou thu^ot l^uy thai ch^o đ^ong, chu^on b^o 2 đ^on v^o máu trong m^o. Gi^oi thích ng^oi i nhà v^o nguy c^o và các bi^on ch^ong, kh^o năng c^ot t^u cung và truy^on máu trong và sau m^o. Quy^ot đ^o nh ph^ou thu^ot ngày 14/6/ 2013

Ch^on đoán tr^ung c^o m^o : Nhau ti^on đ^o trung tâm+ xuyên c^o / Thai 37 tu^on

Ch^on đoán sau m^o : nh^o trên

Ph^ong pháp ph^ou thu^ot: X^o đ^oc thân t^u cung l^uy thai+ c^ot TC toàn ph^on đ^o l^ui 2 ph^on ph^o.

+ Ph^ong pháp vô c^o m^o: gây mê n^oi khí qu^on

+ T^ung trình ph^ou thu^ot:

R^och da r^on v^o, c^ot b^o s^o cũ. Vào ^o b^ong toàn b^o m^ot tr^ung c^o thân t^u cung quá nhi^ou m^och máu ch^ong ch^ot n^oi c^om r^o m^ot tr^ung c^o đ^on d^oi t^u cung. R^och thân t^u cung l^uy ra bé gái P= 2500g, IA 9đ/ 1 phút, 10đ/ 5 phút. K^op kh^ong ch^o 2 đ^ong m^och t^u cung. Nhau xuyên c^o bám toàn b^o m^ot tr^ung c^o và che l^up hoàn toàn CTC, máu ch^oy nhi^ou. Ti^on hành c^ot TC toàn ph^on đ^o l^ui 2 ph^on ph^o, khâu c^om máu k^o, đ^ot đ^on l^u Douglas ra h^o ch^ou ph^oi. Lau s^och ^o b^ong- ki^om tra không ch^oy máu- đóng b^ong 4 l^up. Máu m^ot # 1000ml

Trong và sau m^o có chuy^on 6 đ^on v^o máu toàn ph^on, kháng sinh sau m^o

Quá trình h^ou ph^ou di^on bi^on t^ut, v^ot m^o khô, ti^ou trong, rút đ^on l^u ngày th^o 3, c^ot ch^o ngày th^o 7, b^onh nh^on xu^ot vi^on ngày th^o 10 sau m^o (24/6/ 2013)

K^ot qu^o gi^oi ph^ou b^onh : Nhau cài r^ung l^uc xâm l^un đ^on thanh m^oc t^u cung.

IV. Bàn luận:

- Đây là tròng ng h p đ u tiên đ c ch n đoán tr c sinh và đ c lên k ho ch m có s h i ch n r ng rãi các chuyên khoa và chu n b đ y đ các ph ng tỉ n h i s c cho m bao g m máu, d ch chuy n và các thu c khác. Tr c đây, đa s g p sau sinh do tuyền d i chuy n đ n, b nh nhân th ng đ c bóc nhau nhân t o tr c n u th t b i, ch n đoán NCRL và chuy n sang c t TC. Có 2- 3 tròng ng h p MLT / VMC + NTĐ sau đó không bóc nhau đ c ph i c t TC ì tình th b đ ng, có 1 tròng ng h p t n th ng bằng quang do nhau xâm l n bằng quang

- B nh nhân này n m trong nhóm nguy c cao, s o m này v n xem nh s o m cũ l y thai vì có r ch đo n d i t cung đ thám sát trong khâu mũi B- Lynch c m máu. Đây là tròng ng h p NTĐ+VMC nên kh n ng xuyên c r t cao. Theo th ng kê c a BVTD, NTĐ có cài răng l c chi m t l 97,8% , có VMC chi m 84,4%. Theo Finberg.G và Williams. J (1992) ghi nh n 75% NCRL liên quan v i NTĐ, trong đó 25% NTĐ+ VMC l n 1, 50% NTĐ+ VMC 2 l n. T n su t g p còn ít nên BVQN ch a có con s th ng kê NCRL.

- M c dù đã chu n b k , ch y máu trong RCRL v n không tránh kh i. Máu m t trong và sau m tròng ng h p này là 1000ml. Nghiên c u c a BV T Dũ, máu m t trung bình là 1800ml trong 46 ca NCRL (1/1- 31/12 năm 2012), máu m t trung bình trong 10 ca NCRL trên NTĐ/ VMC l y thai t i BV Hùng V ng là 1.150+/- 447g.

- Truy n máu là v n đ c n thi t trong x trí NCRL vì nguy c xu t huy t trong NCRL. B nh nhân đ c chuy n 6 đ n v máu. T i T Dũ, truy n máu trung bình trong NCRL là 7 đ n v , BV Hùng V ng là 810ml.

- C t t cung v n chi m đa s trong ph u thu t NCRL. Trong 10 ca NCRL trên NTĐ/ VMC c a BV Hùng V ng , 2 ca m c p c u, 8 ca m ch đ ng, c t TC 9 ca, 1ca đi u tr b o t n. Có 32/ 46ca NCRL ì BV T Dũ c t TC (69,6%).

V. K t luận và khuy n ngh :

Nhân mẩu t tròng h p nhau ti n đ o cài răng l c

Viết bởi Biên tập viên

Thủ b y, 06 Tháng 7 2013 20:08 - L n c p nh t cu i Thủ b y, 06 Tháng 7 2013 20:16

- Ph n có nguy c NCRL là nh ng ph n có VMC ho c NTĐ c n đ c siêu âm Doppler màu đ xác đ nh b t th ng c a bánh nhau, đ xâm l n c a nhau vào c TC và các c quan lân c n nh bàng quang ...

- N u nghi ng NCRL nên đ c đi u tr t uy n có trung tâm chăm sóc s sinh, ngân hàng máu và ph u thu t viên kinh nghi m.

- Tăng c ng công tác h i ch n và chu n b ph i h p s n sàng c a các chuyên khoa: ph u thu t viên s n khoa, ngo i khoa, ni u khoa, gây mê h i s c, huy t h c truy n máu và nhi s sinh.

- T v n b nh nhân tr c ph u thu t ph i bao g m nguy c xu t huy t, kh năng c t b t cung, t vong có th x y ra.

- Ch đ nh ph u thu t tùy thu c vào tu i thai, th tr ng b nh nhân và k ho ch chu n b cho t ng b nh nhân.

- Nên s d ng corticoid cho nh ng thai ch a đ c 34 tu n đ tránh nguy c sinh non vì xu t huy t trong thai k .

- Ph u thu t l y thai, c t TC và b o t n t cung tùy tình tr ng b nh nhân. N u b o t n, c n theo dõi sát nguy c và bi n ch ng có th x y ra trong th i k h u ph u. C n chu n b máu đ y đ vì nguy c xu t huy t c a NCRL.

- Không l m d ng m l y thai đ tránh nguy c gây NCRL cho nh ng thai k sau.

Tài li u tham kh o:

1. Lê Th Thu Hà, Nguy n Th Bích Ty- K t c c thai k NCRL t i BV T Dũ- HNVP năm 2012.
2. Hu nh Nguy n Khánh Trang – NCRL trên NTĐ có v t m l y thai- HNVP 2012
3. Hudon L, Belfort MA, Broome DR. Diagnosis and management of placenta percreta: a review. Obstet Gynecol Surv 1998;53:509–17.
4. O’Brien JM, Barton JR, Donaldson ES. The management of placenta percreta: conservative and operative strategies. Am J ObstetGynecol 1996;175:1632–8.
5. Shellhaas CS, Gilbert S, Landon MB, Varner MW, Leveno KJ, Hauth JC, et al. The frequency and complication rates of hysterectomy accompanying cesarean delivery. Eunice Kennedy Shriver National Institutes of Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Obstet Gynecol 2009;114:224–9.
6. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. Am J Obstet Gynecol 2005;192:1458–61.
7. Eller AG, Bennett MA, Sharshiner M, Masheter C, Soisson AP, Dodson M, et al. Maternal morbidity in cases of placenta accreta managed by a multidisciplinary care team compared with standard obstetric care. Obstet Gynecol 2011;117:331–7.
8. Williams Obstetrics (2010) Chapter 35: Obstetrical hemorrhage.