

# PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG CẤP CỨU DO BĂNG HUYẾT SAU SINH NGÃ ÂM ĐẠO NẶNG TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Bùi Đăng Lan Hương<sup>1</sup>, Phạm Việt Thanh<sup>1</sup>, Phạm Thanh Hải<sup>1</sup>,  
Nguyễn Long<sup>1</sup>, Nguyễn Đình Hiến<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân tích đặc điểm và kết cục các sản phụ phải phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu do băng huyết sau sinh ngã âm đạo nặng tại Bệnh viện Từ Dũ.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu báo cáo loạt ca các trường hợp phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu do băng huyết sau sinh ngã âm đạo nặng tại Bệnh viện Từ Dũ trong thời gian từ 1/8/2019 đến tháng 30/12/2019. Các đặc điểm được ghi nhận bao gồm: đặc điểm dịch tễ học, tiền căn sản phụ khoa, đặc điểm thai kỳ lần này, đặc điểm cuộc sinh và BHSS.

**Kết quả:** Trong khoảng thời gian nghiên cứu 5 tháng, có 177 trường hợp băng huyết sau sinh ngã âm đạo nặng tại Bệnh viện Từ Dũ. Trong đó, chúng tôi trích lục được 7 trường hợp có phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu để cứu mẹ sau khi các điều trị nội và ngoại khoa bảo tồn thất bại (chiếm 3,9%). Toàn bộ đều được điều trị cứu mạng mẹ thành công sau phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu. **Kết luận:** BHSS nặng tuy chiếm tỉ lệ nhỏ nhưng là một nhóm bệnh cảnh quan trọng, góp phần lớn vào gánh nặng bệnh tật và tử vong do BHSS. Tuy đã có nhiều tiến bộ trong kĩ thuật y tế và phẫu thuật nhưng cắt tử cung cấp cứu vẫn là phương pháp điều trị quan trọng trong BHSS nặng không đáp ứng điều trị ban đầu.

**Từ khoá:** Băng huyết sau sinh, Cắt tử cung cấp cứu, Sinh ngã âm đạo.

## SUMMARY

### EMERGENCY PERIPARTUM HYSTERECTOMY FOR SEVERE POSTPARTUM HEMORRHAGE FOLLOWING VAGINAL DELIVERY AT TU DU HOSPITAL

**Objective:** To analyze the characteristics and outcomes of the emergency peripartum hysterectomies performed at Tu Du Hospital.

**Subjects and methods:** This retrospective case series included all women undergone emergency peripartum hysterectomies for severe PPH following vaginal delivery at Tu Du Hospital between 1 August and 20 December 2019. The characteristics consisted of epidemiologic characteristics, obstetric and gynecologic history, this pregnancy, delivery, and PPH characteristics. **Results:** In the 5-month period of study, there were 177 severe PPH following vaginal delivery cases at Tu Du Hospital. Among them, we identified 7 cases (3.9%) undergone emergency

peripartum hysterectomy after failing with less invasive treatments. All were successfully treated after the emergency hysterectomy. **Conclusions:** Although severe PPH accounts for a small percentage, it contributes significantly to the morbidity and mortality rate. There have been many advances in medical and surgical techniques but emergency peripartum hysterectomy remains an essential intervention for severe PPH that is unresponsive to primary treatment.

**Keywords:** Postpartum hemorrhage, Emergency hysterectomy, Vaginal delivery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Băng huyết sau sinh (BHSS) là một biến chứng sản khoa tiềm tàng và có thể nhanh chóng đe dọa tính mạng người mẹ, dẫn đến các biến chứng cấp tính nặng nề khác như: shock giảm thể tích, rối loạn đông máu, suy gan, suy thận và suy hô hấp. Nó là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Bộ Y tế năm 2010 tại các tỉnh đại diện cho 7 vùng kinh tế nước ta, số tử vong mẹ toàn thể trong toàn quốc được ước tính là 165/100.000 trường hợp sinh sống, trong đó BHSS chiếm tỉ lệ 31%.

BHSS nguyên phát được chẩn đoán khi có mất máu từ 500 ml trở lên trong vòng 24 giờ sau sanh. Ở những thai kỳ bình thường, nhờ cơ chế gia tăng thể tích máu sinh lý để đáp ứng cho sự phát triển thai nhi, tổng lượng máu ở người mẹ có thể gia tăng từ 30-60% so với bình thường, nhờ đó tổng trạng của sản phụ có thể thay đổi không nhiều và hồi phục hoàn toàn ở những trường hợp BHSS nhẹ đến trung bình. Tuy nhiên, BHSS mức độ nặng lại liên quan đáng kể đến bệnh suất và các can thiệp nội – ngoại khoa: truyền máu, phẫu thuật và nhập khoa hồi sức tích cực. BHSS nặng có nhiều định nghĩa khác nhau theo y văn:  $\geq 1000\text{ml}$ ,  $\geq 1500\text{ml}$ , và  $>2000\text{ml}$ . Một số tác giả còn bao gồm thêm các yếu tố khác như có can thiệp cắt tử cung hay truyền máu [1].

Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong việc điều trị nội khoa và phẫu thuật bảo tồn đối với những trường hợp BHSS nặng, nhưng phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu vẫn là thủ thuật cứu mạng trong xử trí BHSS khó chữa không đáp ứng với điều trị bảo tồn. Mục tiêu của nghiên cứu này là phân tích đặc điểm và kết cục các sản phụ phải phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu do băng huyết sau sinh ngã âm đạo nặng.

<sup>1</sup>Bệnh viện Từ Dũ

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đăng Lan Hương

Email: buitunghiep2@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/11/2020

Ngày phản biện khoa học: 20/11/2020

Ngày duyệt bài: 5/12/2020

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Đây là nghiên cứu hồi cứu báo cáo loạt ca. Tại Bệnh viện Từ Dũ, Khoa Sinh sử dụng phần mềm theo dõi BHSS để xuất danh sách các trường hợp BHSS nặng (máu mất  $\geq 1000$  ml). Tất cả các trường hợp phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu do băng huyết sau sinh ngã âm đạo nặng tại Bệnh viện Từ Dũ trong thời gian từ 1/8/2019 đến tháng 30/12/2019 đều được xác định qua trích lục hồ sơ trong danh sách này. Phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu được định nghĩa là khi tiến hành cắt tử cung trong vòng 24 giờ sau sanh [2].

*Tiêu chuẩn loại là:* thai phụ là trẻ vị thành niên, thai dị tật bẩm sinh phải chấm dứt thai kỳ, thai phụ dị tật bẩm sinh đường sinh dục, có bệnh lý ác tính và hồ sơ không đủ dữ kiện.

*Các thông tin được thu thập bao gồm:* đặc điểm dịch tễ học, tiền căn sản phụ khoa, đặc điểm thai kỳ lần này, đặc điểm cuộc sinh và BHSS. Số liệu thu thập được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ 1/8/2019 đến tháng 30/12/2019, có 177

**Bảng 1.** Đặc điểm sinh của các trường hợp băng huyết sau sinh ngã âm đạo nặng có phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu

Bệnh nhân	Tuổi thai phụ	Para	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Cân nặng thai nhi (gram)	Khởi phát chuyển dạ	Tăng co	Phương pháp sinh	Cắt tầng sinh môn
1	35	2012	20	3600	sonde Foley	Không	Sinh forceps	Có
2	42	2022	23	2900	Tự nhiên	Có	Sinh thường	Không
3	39	3002	18	3100	sonde Foley	Không	Sinh thường	Có
4	38	0101	27	3900	Tự nhiên	Không	Sinh thường	Không
5	36	1001	24	3000	Tự nhiên	Có	Sinh thường	Có
6	33	0010	23	2950	Tự nhiên	Không	Sinh forceps	Có
7	28	0000	21	3100	Tự nhiên	Có	Sinh thường	Có

Đặc điểm trong BHSS nặng của các trường hợp phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu được ghi nhận trong Bảng 2. Toàn bộ các ca đều có đờ tử cung là 1 trong các nguyên nhân dẫn đến BHSS nặng. Nguyên nhân đi kèm khác là tổn thương đường sinh dục và rối loạn đông máu. Tổng lượng máu mất ít nhất là 1400 ml, nhiều nhất là 3700 ml. Có 5 ca được tiến hành đặt bóng chèn và 6 ca thắt động mạch cổ tử cung. Chỉ có 1 ca tiến hành thắt động mạch tử cung và 1 ca thắt động mạch hạ vị.

**Bảng 2.** Đặc điểm trong BHSS nặng của các trường hợp phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu

Bệnh nhân	Phân độ rách tầng sinh môn	Nguyên nhân BHSS nặng	Máu mất sau sinh (ml)	Máu mất trước mổ (ml)	Máu mất trong mổ (ml)	Tổng lượng máu mất (ml)	Thắt động mạch cổ tử cung	Đặt bóng chèn lòng tử cung	Thắt động mạch tử cung	Thắt động mạch hạ vị
1	2	Đờ tử cung + Rối loạn đông máu	400	3100	200	3700	Có	Có	Không	Không
2	2	Đờ tử cung + Rối loạn đông máu	100	900	400	1400	Có	Có	Có	Không
3	2	Đờ tử cung	200	1900	300	2400	Có	Có	Không	Không

trường hợp băng huyết sau sinh ngã âm đạo nặng tại Bệnh viện Từ Dũ. Trong đó, 7 trường hợp có phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu sau khi các điều trị không phẫu thuật thất bại (chiếm 3,9%). Toàn bộ các ca đều được điều trị thành công sau phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu, không ghi nhận có trường hợp nào tử vong.

Đặc điểm sinh của các trường hợp băng huyết sau sinh ngã âm đạo nặng có phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu được ghi nhận trong Bảng 1.

Toàn bộ các trường hợp này đều là đơn thai, thai tự nhiên, không có tiền căn BHSS, truyền máu, mổ lấy thai, sử dụng thuốc kháng đông, u xơ tử cung, không tiền sản giật nặng/hội chứng HELLP. Tuổi các thai phụ từ 28-42 tuổi. Cân nặng thai nhi nhỏ nhất là 2900 gram, nặng nhất là 3900 gram. Hai ca được khởi phát chuyển dạ bằng sonde Foley, còn lại là vào chuyển dạ tự nhiên. Ba ca được tăng co bằng Oxytocin. Một trường hợp sanh forceps do tim thai chậm và 1 trường hợp sanh forceps do thai phụ rặn không chuyển. Không ghi nhận trường hợp nào tử vong. Hai ca không cắt tầng sinh môn.

4	1	Đờ tử cung + Tổn thương sinh dục	300	1400	350	2050	Có	Có	Không	Không
5	2	Đờ tử cung + Tổn thương sinh dục	250	1450	1700	3400	Có	Không	Không	Có
6	2	Đờ tử cung + Rối loạn đông máu	800	1400	700	2900	Không	Không	Không	Không
7	2	Đờ tử cung + Rối loạn đông máu	200	1900	400	2500	Có	Có	Không	Không

#### IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu chu sinh ghi nhận theo y văn thay đổi từ 0,2 đến 1,5 trên 1000 ca sanh. Lý do cho sự thay đổi này có thể do hướng xử trí và kinh nghiệm của các bác sĩ sản khoa khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ phẫu thuật cắt tử cung là 3,9%, cao hơn rất nhiều so với trong y văn vì chúng tôi chỉ xét trong nhóm các bệnh nhân có BHSS nặng, nguy cơ không đáp ứng với các điều trị bảo tồn cao và cần phải có biện pháp điều trị dứt điểm càng sớm càng tốt.

Về yếu tố nguy cơ liên quan BHSS nặng, tác giả Lill Trine Nyflot báo cáo yếu tố nguy cơ mạnh nhất là tiền sử BHSS nặng, ngoài ra còn có: sử dụng thuốc chống đông, thiếu máu lúc nhập viện, tiền sản giật nặng hoặc hội chứng HELLP, u xơ tử cung, đa thai và có thai do hỗ trợ sinh sản [3]. Tác giả Stones còn báo cáo các yếu tố nguy cơ khác: đa sản (từ 4 con trở lên), tuổi mẹ <20 tuổi hoặc >35 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 7 ca đều không ghi nhận các đặc điểm: tiền căn BHSS, sử dụng thuốc kháng đông, thiếu máu lúc nhập viện, u xơ tử cung, có thai do hỗ trợ sinh sản, mắc tiền sản giật nặng/hội chứng HELLP, đa sản, đa thai và tuổi <20 tuổi. Có 4 ca tuổi >35 tuổi. Ở phụ nữ lớn tuổi, ngoài nguy cơ mắc tiền sản giật nặng/hội chứng HELLP, nhau bám thấp/nhau cài răng lược và rạn không tốt làm kéo dài chuyển dạ hoặc hỗ trợ sanh giúp, sự giảm biểu hiện của các gen quy định truyền tín hiệu và đáp ứng của oxytocin ở cơ tử cung được coi là cơ chế sinh học phân tử dẫn đến tăng nguy cơ BHSS nặng [4].

Các yếu tố như khởi phát chuyển dạ và tăng co bằng Oxytocin vẫn chưa được khẳng định rõ ràng là có nguy cơ với BHSS nặng hay không [3]. Người ta cho rằng giảm độ nhạy của thụ thể Oxytocin sau khởi phát chuyển dạ hoặc tăng co bằng Oxytocin có thể gây đờ tử cung dẫn đến

BHSS. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2/7 ca được tiến hành đặt sonde foley để khởi phát chuyển dạ và 3/7 ca được chỉ định oxytocin tăng co trong chuyển dạ và các ca tăng co này đều vào chuyển dạ tự nhiên.

Trong 7 ca, tổng lượng máu mất ít nhất 1400ml, nhiều nhất là 3700ml. Lượng máu mất và tốc độ máu mất ảnh hưởng rất nhiều đến hướng can thiệp điều trị xâm lấn của BHSS: tính xâm lấn và mức độ an toàn của kĩ thuật. Các biện pháp điều trị BHSS xâm lấn bao gồm: thắt các mạch máu cung cấp cho tử cung: động mạch tử cung, động mạch buồng trứng, động mạch hạ vị, khâu ép tử cung, tắc động mạch chọn lọc và cắt tử cung.

Can thiệp thắt động mạch hạ vị là một kỹ thuật ngoại khoa nâng cao do cần bóc tách vùng chậu phức tạp trong điều kiện thời gian ngắn và phẫu trường có thể chảy máu rất nhiều, nguy cơ cao tổn thương mạch máu kế cận, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm. Nhiều tỷ lệ thành công khác nhau đã được báo giá trong các loạt trường hợp khác nhau. Việc thắt các động mạch này không cản trở chức năng sinh sản trong tương lai [6]. Nghiên cứu của chúng tôi có 1 ca thắt động mạch hạ vị.

Tác giả Christopher B-Lynch đã đề cử 1 phương pháp khâu ép tử cung: ép tử cung với 2 mũi khâu dọc theo trục dài của nó và ngăn không cho tử cung giãn ra và bị ứ đầy máu. Trong kĩ thuật này, lòng tử cung sẽ bị may xuyên. Đã có một số nghiên cứu loạt ca báo cáo thành công với việc cầm máu BHSS nhờ kĩ thuật này [7]. Các ca mổ lấy thai có nhau cài răng lược tại Bệnh viện Từ Dũ thường sử dụng kĩ thuật khâu ép tử cung B-Lynch trong trường hợp bảo tồn tử cung. Trong 7 ca chúng tôi không có ca nào tiến hành kĩ thuật này.

Tắc động mạch chọn lọc là một phương pháp can thiệp đòi hỏi cơ sở thiết bị chẩn đoán hình

ảnh hỗ trợ trong phòng mổ và chỉ được chỉ định trong những trường hợp BHSS bệnh nhân tương đối ổn định. Chỉ định sản khoa cho tắc động mạch chọn lọc được báo cáo chủ yếu là do tổn thương đường sinh dục và đỡ tử cung với tỉ lệ thành công lần lượt là 90% và 100% [8]. Hiện tại ở Bệnh viện Từ Dũ chưa áp dụng phương pháp này vào phác đồ điều trị BHSS.

Sau thất bại với các biện pháp điều trị ít xâm lấn ban đầu, cắt tử cung cấp cứu là biện pháp điều trị nên được tiến hành ngay, đặc biệt nếu BHSS nặng có liên quan đến nhau bong non hoặc vỡ tử cung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các ca trước khi cắt tử cung cấp cứu đều được sử dụng các thuốc hỗ trợ gò tử cung (Oxytocin, Misoprostol, Ergotamin, Duratocin và Endoprost) và cầm máu (Transamic), có 5 ca được đặt bóng chèn lòng tử cung. Tất cả 7 đều được cắt tử cung toàn phần. Việc cắt tử cung cấp cứu trong BHSS bán phần gần đây được gợi ý vì kỹ thuật phẫu thuật nhanh hơn và ít biến chứng tổn thương cơ quan lân cận hơn [2]. Tuy nhiên nó có nhiều nguy cơ vì chảy máu ở vùng cổ tử cung vẫn có thể còn đang tiếp diễn. Các biến chứng có thể liên quan đến phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu bao gồm: tổn thương bàng quang, niệu quản, nhiễm trùng, xuất huyết và tử vong mẹ [2].

## V. KẾT LUẬN

Phụ nữ bị BHSS nặng tuy chiếm tỉ lệ nhỏ nhưng là một nhóm bệnh cảnh quan trọng, góp phần lớn vào gánh nặng bệnh do BHSS. Tuy đã

có nhiều tiến bộ trong kỹ thuật y tế và phẫu thuật nhưng phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu vẫn là phương pháp điều trị quan trọng trong BHSS nặng không đáp ứng điều trị ban đầu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. Mehrabadi, J. A. Hutcheon, L. Lee, R. M. Liston, and K. S. Joseph**, "Trends in postpartum hemorrhage from 2000 to 2009: A population-based study," *BMC Pregnancy Childbirth*, 2012.
2. **J. Smith and H. A. Mousa**, "Peripartum hysterectomy for primary postpartum haemorrhage: Incidence and maternal morbidity," *J. Obstet. Gynaecol. (Lahore)*, 2007.
3. **L. T. Nyfløt et al.**, "Risk factors for severe postpartum hemorrhage: A case-control study," *BMC Pregnancy Childbirth*, 2017.
4. **A. S. Oberg, S. Hernandez-Diaz, K. Palmsten, C. Almqvist, and B. T. Bateman**, "Patterns of recurrence of postpartum hemorrhage in a large population-based cohort," in *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2014.
5. **S. L. Clark, S. Y. Yeh, J. P. Phelan, S. Bruce, and R. H. Paul**, "Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage," *Obstet. Gynecol.*, 1984.
6. **H. Camuzcuoglu, H. Toy, M. Vural, F. Yildiz, and H. Aydin**, "Internal iliac artery ligation for severe postpartum hemorrhage and severe hemorrhage after postpartum hysterectomy," *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, 2010.
7. **E. El-Hamamy, A. Wright, and C. B-Lynch**, "The B-Lynch suture technique for postpartum haemorrhage: A decade of experience and outcome," *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2009.
8. **J. J. Merland et al.**, "Place of emergency arterial embolisation in obstetric haemorrhage about 16 personal cases," in *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 1996.

## TẠO HÌNH TAI NHỎ SỚM, MỘT THÌ BẰNG KHUNG SỤN NHÂN TẠO VÀ TỰ THÂN CÓ NỘI SOI HỖ TRỢ TẠI HÀ NỘI

Nguyễn Hồng Hà\*, Trần Thị Thanh Huyền\*, Nguyễn Thu Hằng\*,  
Nguyễn Thị Hương Giang\*, Ngô Hải Sơn\*

### TÓM TẮT

Khuyết vành tai là một tổn thương phức tạp, nó có nhiều dạng khác nhau từ khuyết một phần hoặc toàn bộ vành tai do bẩm sinh. Cấu trúc giải phẫu đặc biệt của tai cũng như hình thể 3 chiều của nó khiến cho việc tạo hình tai luôn đặc biệt khó khăn. Chúng tôi

muốn báo cáo kết quả phẫu thuật tạo hình tai nhỏ sớm, một thì bằng khung sụn nhân tạo Medpor và sụn sườn tự thân tại Hà Nội, Việt Nam. Để gia tăng tỉ lệ thành công và giảm biến chứng phẫu thuật, việc bóc tách vạt cân thái dương đỉnh được thực hiện bằng kỹ thuật nội soi chỉ với 1 lỗ duy nhất. Trước mổ bệnh nhân được kiểm tra thính lực để có phương án điều trị hỗ trợ nghe phối hợp. Sau mổ tất cả các bệnh nhân và gia đình đều hài lòng với kết quả ngay sau phẫu thuật. Với tỉ lệ biến chứng thấp, kết quả thẩm mỹ và mức độ hài lòng cao của người bệnh khiến các kỹ thuật này đã mang đến những lựa chọn tối ưu trong điều trị dị tật và khuyết hồng vùng tai.

**Từ khóa:** Tạo hình tai, tai nhỏ bẩm sinh, khuyết tai, Medpor ear, Polyethylene Implant.

\*Bệnh viện Việt Đức, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hà

Email: nhadr4@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/11/2020

Ngày phản biện khoa học: 15/12/2020

Ngày duyệt bài: 22/12/2020