

## Đánh giá kết quả điều trị chảy máu sau đẻ bằng phương pháp can thiệp nội mạch

Phan Hoàng Giang<sup>1</sup>, Vũ Đức Thành<sup>1</sup>, Trần Văn Giang<sup>1</sup>, Trương Hồng Đức<sup>3</sup>  
Nguyễn Xuân Hiền<sup>2</sup>, Vũ Đăng Lưu<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Bệnh viện Bạch Mai; <sup>2</sup> Bệnh viện Đa Khoa Tâm Anh; <sup>3</sup> Trường Đại học Y Hà Nội

doi: 10.46755/vjog.2022.3.1474

Tác giả liên hệ (corresponding author): Phan Hoàng Giang; email: phanhoanggiacdha@gmail.com

Nhận bài (received): 10/9/2022 - Chấp nhận đăng (accepted): 25/9/2022

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Đánh giá tính hiệu quả của phương pháp can thiệp nội mạch trong điều trị chảy máu sau đẻ.

**Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Kết quả được phân tích ở 30 bệnh nhân chảy máu sau đẻ được điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 11 năm 2021. Thành công lâm sàng được định nghĩa là ngừng chảy máu sau lần can thiệp đầu tiên mà không cần can thiệp hay phẫu thuật lại.

**Kết quả:** Trong số 30 bệnh nhân có 19 bệnh nhân mổ lấy thai (63,3%), 11 bệnh nhân đẻ thường (37,7%), số lượng khối hồng cầu truyền trung bình là 3,88 đơn vị. Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 100%, tỷ lệ thành công trên lâm sàng 83,3% (25 trên 30). Có 5 trường hợp thất bại, 1 trường hợp can thiệp nội mạch lại (3,3%), 2 trường hợp phải phẫu thuật lại (6,7%), 2 trường hợp tử vong (6,7%). Kiểm soát được chảy máu sau can thiệp là 93,3% (28 trên 30). Thời gian hết ra máu âm đạo trung bình là 4,4 ngày, thời gian nằm viện trung bình là 8,1 ngày.

**Kết luận:** Can thiệp nội mạch cho thấy an toàn và hiệu quả cao trong điều trị chảy máu sau đẻ. Do đó, đây là một biện pháp hỗ trợ hoặc thay thế cho cắt tử cung cầm máu trong điều trị chảy máu sau đẻ.

**Từ khoá:** chảy máu sau đẻ, nút mạch điều trị chảy máu sau đẻ.

## Evaluation of the results of postpartum hemorrhage treatment by endovascular intervention

Phan Hoang Giang<sup>1</sup>, Vu Duc Thanh<sup>1</sup>, Tran Van Giang<sup>1</sup>, Truong Hong Duc<sup>3</sup>  
Nguyen Xuan Hien<sup>2</sup>, Vu Dang Luu<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Bach Mai Hospital; <sup>2</sup> Tam Anh Hospital; <sup>3</sup> Hanoi Medical University

### Abstract

**Objective:** The aim of this study was to evaluate the effectiveness of pelvic arterial embolization in the treatment postpartum hemorrhage.

**Materials and Methods:** The result was analyzed in 30 Postpartum Hemorrhage patients who received pelvic arterial embolization methods from January 2019 to November 2021. Clinical success was defined as non-stop bleeding after the first intervention without second/repeat intervention or operation.

**Results:** Among 30 patients, 19 had a cesarean section (63.3%), 11 patients had vaginal births (37.7%), the average number of red blood cells transfused was 3.88 units. Technical success rate was 100%, clinical success rate was 83.3% (25/30). There were 5 failed cases, 1 case revascularized (3.3%), 2 cases re-operated (6.7%), 2 cases died (6.7%). The bleeding after intervention control rate was 93.3% (28/30). The average stop vaginal bleeding time was 4.4 days, the hospital admission time was 8.1 days.

**Conclusion:** Pelvic arterial embolization method showed the safety and high efficiency in postpartum hemorrhage treatment. Therefore, it is a supporting method or an alternative method to hemostatic hysterectomy in Postpartum hemorrhage treatment.

**Keywords:** postpartum hemorrhage, pelvic arterial embolization.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu sau đẻ (CMSĐ), theo Tổ chức Y tế Thế giới, là một trong năm tai biến sản khoa gây tử vong mẹ, xuất hiện có thể ngay sau khi sổ thai hay sổ rau, cũng có

thể xuất hiện muộn trong thời kỳ hậu sản. Đặc biệt với chảy máu sau đẻ nặng là mất máu nhiều và có thay đổi huyết động thì nguy cơ tử vong mẹ càng cao [1].

CMSĐ được chia làm 2 giai đoạn (2): Giai đoạn sớm

chảy máu trong 24 giờ đầu sau đẻ thường hoặc sau mổ lấy thai và giai đoạn muộn là chảy máu sau 24 giờ cho đến 6 tuần sau đẻ hay sau mổ thời kỳ hậu sản.

Nguy cơ chảy máu nặng sau đẻ do tổn thương động mạch (ĐM) tử cung (TC) có thể dẫn đến hoại tử vùng tử cung, chảy máu nhiều phải cắt tử cung, nặng hơn có thể dẫn đến tử vong mẹ.

Nguyên nhân chảy máu sau đẻ thường đa dạng có thể do dờ tử cung, vỡ tử cung, chấn thương đường sinh dục, rau cài rặng lược nhiễm khuẩn tại tử cung, sót rau, nhiễm khuẩn, rối loạn đông máu,... Đã có nhiều phương pháp điều trị CMSĐ khác nhau như: hồi sức tích cực, điều trị rối loạn đông máu, mổ cắt tử cung... Trong những năm gần đây, nhờ có sự phát triển vượt bậc của khoa học kĩ thuật, phương pháp nút mạch máu vùng TC ngày càng hiệu quả và an toàn dần trở thành sự lựa chọn, đặc biệt với chảy máu nặng sau đẻ [3]. Nút mạch là một kỹ thuật can thiệp xâm lấn tối thiểu, nhanh, chính xác để cầm máu - khi xác định chảy máu từ động mạch, cứu sống sản phụ cũng như bảo tồn tử cung mang lại cơ hội cho khả năng sinh đẻ và nâng cao chất lượng cuộc sống. Chụp cắt lớp vi tính tìm được chính xác điểm chảy máu, cung cấp bản đồ mạch máu thì việc can thiệp nút mạch nội mạc sẽ nhanh, chính xác và an toàn hơn nhiều [4].

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu từ 01/2019 đến 11/2021.
- Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Điện quang, Bệnh viện Bạch Mai

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

#### 2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu sau đẻ trong thời kỳ hậu sản, có chỉ định nút mạch và được nút mạch tại Bệnh viện Bạch Mai.

+ Mất máu trên 500ml sau đẻ thường và trên 1000ml sau đẻ mổ

+ Có truyền máu sau mất máu

+ Thời gian tính từ sau đẻ đến hết thời kỳ hậu sản tối đa 42 ngày.

- Điều trị nội khoa không đáp ứng.
- Bệnh nhân muốn bảo tồn tử cung.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

#### 2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ không đầy đủ thông tin.
- Bệnh nhân nút mạch do nguyên nhân khác.
- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.
- Suy thận, dị ứng thuốc cản quang nặng.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Đây là nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang đặc điểm lâm sàng, hình ảnh của bệnh nhân đồng thời theo dõi dọc, so sánh trước và sau điều trị không đối chứng, để đánh giá kết quả điều trị chảy máu sau đẻ bằng

phương pháp can thiệp nội mạch.

#### 2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân có chẩn đoán chảy máu sau đẻ nặng được điều trị nút mạch tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian nghiên cứu.

#### 2.3.3. Kỹ thuật thu thập số liệu

- Phiếu thu thập số liệu xây dựng trên mục tiêu nghiên cứu, biến số nghiên cứu.

- Thu thập số liệu dựa trên việc ghi chép hồ sơ bệnh án vào phiếu thu thập thông tin.

### 2.4. Quy trình can thiệp nội mạch trong chảy máu sau đẻ

Tất cả các bệnh nhân đều được nút mạch ở đúng vị trí mạch máu tổn thương. Can thiệp nội mạch được thực hiện bởi các bác sĩ có nhiều năm kinh nghiệm. Kỹ thuật được mô tả qua các bước cụ thể như sau:

+ Gây tê tại vị trí chọc kim, thường dưới nếp bẹn từ 1 - 2 cm và ở bên vị trí đùi phải, phù hợp với vị trí đứng của phẫu thuật viên can thiệp.

+ Chọc kim và đặt bộ luồn ống thông vào động mạch đùi.

+ Bơm thuốc chống đông (Heparin 2500 UI) qua ống thông đối với những bệnh nhân không có rối loạn đông máu

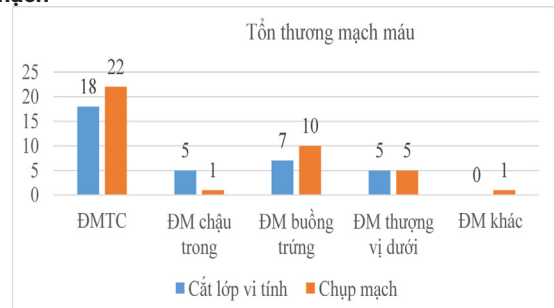
+ Luồn ống thông Pigtail 5F lên động mạch chủ bụng, đặt ở ngang mức động mạch thận. Chụp toàn bộ ĐM chậu trong hai bên bằng ống thông Cobra 5F để xác định vị trí tổn thương của ĐMTC.

+ Tiếp cận chọn lọc ĐM có tổn thương của mạch đồng thời chọn vật liệu nút mạch phù hợp để nút tắc tổn thương.

+ Trường hợp muốn tiếp cận chọn lọc tổn thương có thể dùng thêm microcatheter để tiếp cận chọn lọc các nhánh nhỏ (đoạn ngang và đoạn đi lên của tử cung) [5].

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Tổn thương mạch trên cắt lớp vi tính và chụp mạch



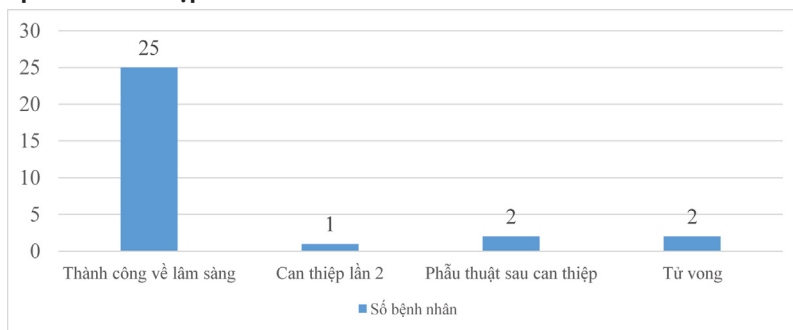
**Biểu đồ 1.** Tổn thương mạch máu khi chụp cắt lớp vi tính và chụp mạch

- Động mạch tử cung là động mạch hay bị tổn thương nhất trong các trường hợp chảy máu sau đẻ chiếm 73,3%.

- Một trường hợp chảy máu từ động mạch dây chằng tròn xuất phát từ động mạch chậu ngoài bên phải.

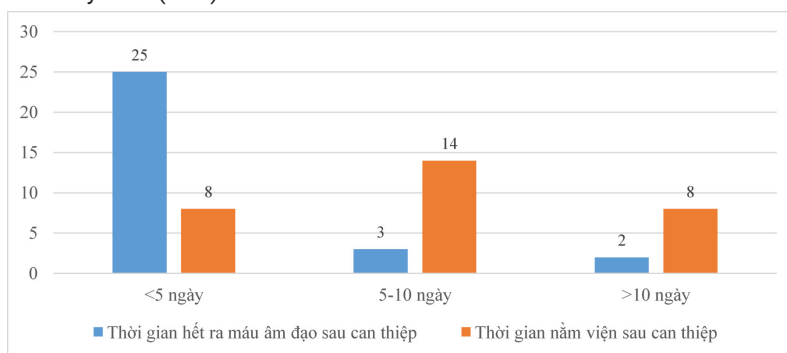
- Có 7 trường hợp tổn thương nhiều mạch máu chiếm 23,3%.
- Có một trường hợp không thấy tổn thương sau chụp mạch.

### 3.2. Đánh giá hiệu quả sau can thiệp



**Biểu đồ 2. Kết quả can thiệp**

- Tỷ lệ thành công về mặt lâm sàng là 83,3%. Có 2 trường hợp mổ lại sau can thiệp và 1 trường hợp can thiệp lần 2 nhưng không thấy điểm chảy máu (10%).



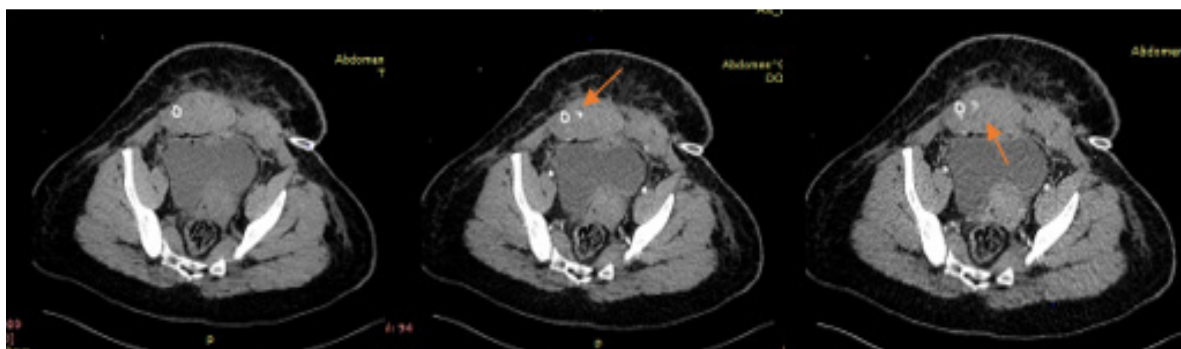
**Biểu đồ 3. Kết quả sau can thiệp**

- Trung bình bệnh nhân hết ra máu âm đạo sau 4,43 ngày. Số ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân sau can thiệp là 8,1 ngày.
- Có 2 trường hợp tử vong do bệnh nhân rối loạn đông máu nặng có ngừng tuần hoàn trước đó.

### 4. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 1/2019 đến hết tháng 11/2021 có tất cả 30 bệnh nhân chẩn đoán chảy máu sau đẻ có chỉ định nút mạch tại trung tâm chẩn đoán hình ảnh

của Bệnh viện Bạch Mai. Trong số trường hợp nút mạch đa số các trường hợp là đẻ mổ, điều này cũng hợp lý vì tỷ lệ mổ lấy thai tăng cao như vậy cũng tương ứng với tình trạng phẫu thuật lấy thai gia tăng hiện nay ở nước ta.



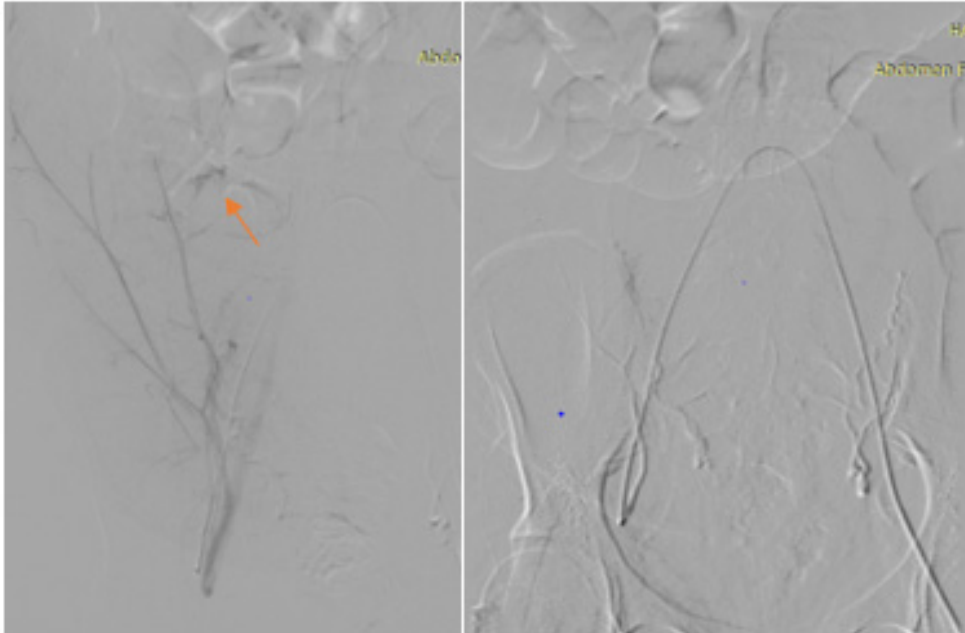
**Hình 1.** Hình ảnh MSCT trước tiêm, động mạch, tĩnh mạch thấy rõ điểm thoát thuốc ở cơ thẳng bụng bên phải (Bệnh nhân 24 tuổi, mã lưu trữ A48/320)

Loại tổn thương mạch máu hay gặp nhất là rách động mạch và động mạch hay bị tổn thương nhất là động mạch tử cung. CT có thể phát hiện được hầu hết các tổn thương mạch máu so với chụp mạch, có

một trường hợp dương tính giả thường thấy nhất trong trường hợp chụp mạch do mất máu quá nhiều, các động mạch co thắt, điểm chảy máu không phải chảy liên tục. Chụp mạch được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn

đoán các điểm chảy máu hoạt động ở bất kì cơ quan nào trên cơ thể. Tuy nhiên chụp mạch thường tốn nhiều thời gian, là một phương pháp xâm lấn, chi phí cao. MSCT là một kĩ thuật nổi lên như là sự lựa chọn để chẩn đoán các tổn thương mạch máu, nó là một phương pháp rẻ tiền, nhanh chóng, không xâm lấn, sẵn có ở các trung tâm chẩn đoán hình ảnh, giúp xác định tốt vị trí,

mức độ chảy máu, đánh giá tổng quan ổ bụng để tìm ra các điểm thoát thuốc mà chụp mạch có thể bỏ qua đặc biệt trong trường hợp tổn thương nhiều vị trí hoặc các vị trí ít phổ biến. MSCT như là một bản đồ đường đi mạch máu giúp các nhà can thiệp có chuẩn bị và có phương pháp can thiệp tốt nhất



**Hình 2.** Hình ảnh điểm thoát thuốc ĐM thượng vị nông trước và sau nút mạch (Bệnh nhân 24 tuổi, mã lưu trữ A48/320)

Nghiên cứu có tỷ lệ thành công về mặt kĩ thuật là 100%, tỷ lệ thành công trên lâm sàng 83,3%. Có 5 trường hợp thất bại, 1 trường hợp can thiệp nội mạch lại (3,3%), 2 trường hợp phải phẫu thuật lại (6,7%), 2 trường hợp tử vong (6,7%). Kiểm soát được chảy máu sau can thiệp là 93,3%. Tỷ lệ thành công về lâm sàng cũng tương đồng với kết quả của các nghiên cứu của Ji Yoon Cheong và Ha Young Lee lần lượt là 88% và 86,5%, cho thấy can thiệp nội mạch là một phương pháp hiệu quả trong điều trị chảy máu sau đẻ [6], [7]. Hơn nữa, can thiệp nội mạch giúp bảo tồn tử cung và khả năng sinh sản trong tương lai. Có 1 trường hợp can thiệp lại lần thứ hai và 2 trường hợp mổ lại đều không thấy điểm chảy máu hoạt động, tuy nhiên định nghĩa về mặt thành công về lâm sàng là không phải can thiệp lại hay mổ lại mà vẫn kiểm soát được chảy máu [5]. Có 2 trường hợp tử vong là do bệnh nhân rối loạn đông máu nặng, đã cấp cứu ngừng tuần hoàn trước can thiệp, nguyên nhân được cho là do bệnh nhân rối loạn đông máu nặng nên phát sinh các điểm chảy máu rỉ rả sau can thiệp dẫn đến tình trạng bệnh nhân không cải thiện. Các yếu tố thường được tìm thấy trong nguyên nhân thất bại của can thiệp nội mạch bao gồm rối loạn đông máu nặng, huyết động không ổn định. Thời gian hết ra máu âm đạo trung bình là 4,4 ngày, thời

gian nằm viện trung bình là 8,1 ngày, cho thấy đây là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị chảy máu sau đẻ.

## 5. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch là một phương pháp an toàn và hiệu quả cao trong điều trị chảy máu sau đẻ. Nó nên được xem xét điều trị trước phương pháp phẫu thuật đặc biệt trong những trường hợp bệnh nhân trẻ tuổi mong muốn bảo tồn tử cung.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bateman BT, Berman MF, Riley LE, et al. The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries. *Anesth Analg.* 2010 May 1;110(5):1368-73.
2. Anderson J, Etches D, Smith D. Postpartum haemorrhage. In: Damos JR, Eisinger SH, eds. *Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) provider course manual.* Kansas: American Academy of Family Physicians, 2000:1–15
3. Chen C, Lee SM, Kim JW, et al. Recent Update of Embolization of Postpartum Hemorrhage. *Korean J Radiol.* 2018 Jul-Aug;19(4):585-596.

4. Sierra A, Burrell M, Sebastia C, et al. Utility of multidetector CT in severe postpartum hemorrhage. *Radiographics*. 2012 Sep-Oct;32(5):1463-81.
5. Rand T, Patel R, Magerle W, et al. CIRSE standards of practice on gynaecological and obstetric haemorrhage. *CVIR Endovasc*. 2020 Nov 27;3(1):85.
6. Cheong JY, Kong TW, Son JH, et al. Outcome of pelvic arterial embolization for postpartum hemorrhage: A retrospective review of 117 cases. *Obstet Gynecol Sci*. 2014 Jan;57(1):17-27.
7. Lee HY, Shin JH, Kim J, et al. Primary postpartum hemorrhage: outcome of pelvic arterial embolization in 251 patients at a single institution. *Radiology*. 2012 Sep;264(3):903-9.