

¹MŨI MAY B-LYNCH TRONG ĐIỀU TRỊ BĂNG HUYẾT SAU SANH NẶNG DO ĐỜ TỬ CUNG.

Trần Thị Phương Loan¹

Trần

Quang Hiền²

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới có đến 125.000 thai phụ tử vong mỗi năm do băng huyết sau sanh (BHSS)^[3]. BHSS là nguyên nhân hàng đầu thường gặp gây ra tử vong mẹ, với tỷ lệ dao động từ 10% đến 60%^[3]. Đờ tử cung là nguyên nhân thường gặp nhất trong BHSS, chiếm tỷ lệ khoảng 40%.^[3] Phòng ngừa, phát hiện sớm và can thiệp kịp thời là yếu tố quyết định làm giảm thiểu tối đa hậu quả của BHSS. Có nhiều phương pháp điều trị BHSS, nội khoa gồm có các thuốc như: oxytocin, ergometrine, và các dẫn xuất prostaglandin; hay các phương pháp ngoại khoa như: chèn ép buồng tử cung, thắt động mạch tử cung, nhánh tử cung buồng trứng, thắt động mạch hạ vị, và cắt tử cung như là biện pháp sau cùng mà các bác sỹ sản khoa thường chọn lựa. Thực tế lâm sàng cho thấy việc cắt tử cung trong cấp cứu mang lại rất nhiều nguy cơ tai biến và đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, cũng như việc duy trì khả năng sinh sản cho các sản phụ chưa có con là một thách thức đối với các nhà sản khoa.

Mũi may B-Lynch^[5] ra đời từ năm 1997, do bác sỹ Lynch đưa ra, là một kỹ thuật mới, nhằm điều trị bảo tồn tử cung trong trường hợp BHSS do đờ tử cung, là một phương pháp đã được chứng minh có hiệu quả được nhiều nhà sản khoa trên thế giới áp dụng. Tuy nhiên, phương pháp đòi hỏi nhiều chi tiết phức tạp, đòi hỏi phải có đường mổ ngang đoạn dưới, thứ tự mũi may nhiều bước hơn có thể đã gây khó khăn cho các nhà thực hành sản khoa nếu không quen với phương pháp này.

Để khắc phục các khó khăn này, tháng 3/2002 bác sỹ Hayman^[4] đã cải biên phương pháp B-Lynch theo hướng đơn giản hơn và cho thấy vẫn có hiệu quả tốt. Mặc dù cho thấy có tính hiệu quả cao nhưng cả hai phương pháp đều đòi hỏi phải may ngang đoạn dưới tử cung, mà theo tác giả Trần Sơn Thạch, Tạ Thị Thanh Thủy và cộng sự của Bệnh viện Hùng Vương^[1] cho rằng có thể gây nguy cơ dễ chảy máu, dễ rách đoạn dưới tử cung và nguy cơ bé sản dịch. Vì vậy, để khắc phục các nhược điểm này, nhóm nghiên cứu của các bác sỹ Bệnh viện Hùng Vương đã đưa ra phương pháp B-Lynch cải tiến và báo cáo cho thấy rất có hiệu quả.

Mặc dù các phương pháp trên đã được thực hiện cho thấy có hiệu quả nhưng số liệu nghiên cứu còn rất ít, và khó có thể cho rằng phương pháp nào là tối ưu nhất. Chúng tôi xin báo cáo 5 trường hợp điều trị BHSS do đờ tử cung thành công trong đó có 2 trường hợp sử dụng mũi B-Lynch cổ điển có kèm thắt động mạch tử cung, 2 trường hợp chỉ dùng mũi B-Lynch cổ điển, và một trường hợp của kỹ thuật Hayman có kèm theo thắt động mạch tử cung theo phương pháp cải tiến của Bệnh viện Hùng Vương.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

¹ Bác sỹ trưởng khoa Phụ Sản – Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

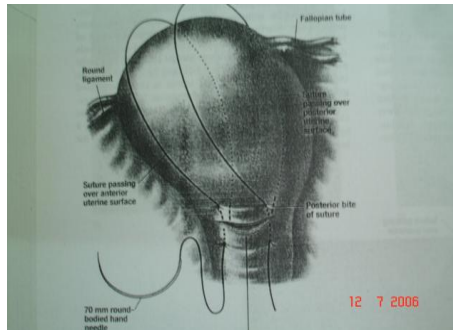
² Thạc sỹ-Bác sỹ, phó phòng Kế hoạch Tổng hợp - Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

- Nghiên cứu mô tả theo trường hợp từng ca lâm sàng (case report).

MÔ TẢ PHƯƠNG PHÁP :

- MŨI MAY B-LYNCH^{[5],[6]}

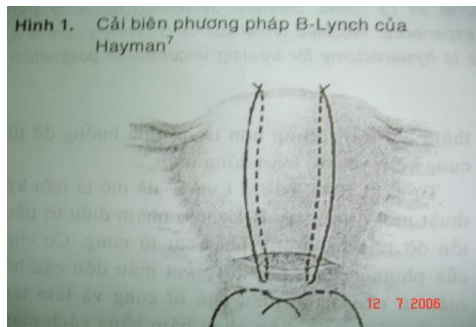
Sau khi đẩy bàng quang xuống, mũi may bắt đầu từ góc trái vết mổ ngang, cách bờ dưới vết mổ 3cm, cách bờ trái tử cung 3cm. mũi kim đâm vào lòng tử cung rồi xuyên qua bờ trên vết mổ ngang, cách bờ trên khoảng 3cm và cách bờ trái tử cung khoảng 4cm, sau đó vòng chỉ lên đáy tử cung cách góc sừng trái khoảng 4cm rồi ra qua mặt sau tử cung. Đâm kim từ mặt sau tử cung ngang vị trí vết mổ ngang, kéo ngang sợi chỉ song song đường mổ ngang rồi đâm kim từ lòng tử cung ra mặt sau cách bờ phải tử cung 4cm, vòng chỉ lên đáy tử cung cách góc sừng phải 4cm rồi ra mặt trước tử cung, sau đó đâm kim từ mặt trước tử cung vào lòng tử cung, cách bờ trên 3cm, cách bờ phải 4cm rồi đâm xuyên từ lòng tử cung ra mặt trước tử cung cách mép dưới vết mổ 3cm, cách bờ phải tử cung 3cm. khâu 2 góc vết mổ trước, rồi cột 2 mũi chỉ lại với nhau ở mặt trước đoạn dưới tử cung, trên bàng quang. Tiếp theo là khâu vết mổ ngang.



Hình 1: Mũi may B-Lynch cổ điển^[6]

- PHƯƠNG PHÁP CỦA HAYMAN^[4]

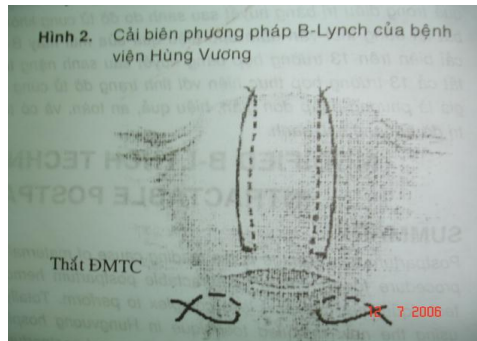
Bao gồm hai mũi may ngang đoạn dưới tử cung để ngăn mạch máu các nhánh âm đạo của động mạch tử cung và hai mũi may dọc cột quanh thân tử cung như 2 dây đai giống như mũi may B-Lynch để ngăn máu từ động mạch tử cung và động mạch tử cung buồng trứng, đồng thời ép và co hồi tử cung cơ học.



Hình 2: Mũi may B-Lynch cải tiến của Hayman^[1]

- PHƯƠNG PHÁP B-LYNCH CẢI TIẾN CỦA BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG^[1]

Bao gồm hai mũi may dọc thân tử cung nhưng không đi qua vết mổ ngang đoạn dưới tử cung và thắt động mạch tử cung hai bên. Điểm bắt đầu may từ bờ trên vết mổ ngang, cách bờ trên 1-1,5cm, chỉ được dùng là chromic hay vichryl số 1. mũi may đầu tiên được thực hiện từ bên trái và từ trước ra sau. Người phụ vẫn tiếp tục ép chặt tử cung bằng hai tay tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên cột chỉ. Sau đó, mũi may tương tự được thực hiện đối xứng với mũi may ban đầu. Toàn bộ thủ thuật được hoàn thành trong 5-6 phút. Sau đó thắt động mạch tử cung hai bên, đưa tử cung vào ổ bụng. Trong khi phẫu thuật viên kiểm tra lau máu ổ bụng, một bác sỹ kiểm tra lượng máu chảy từ âm đạo. Phẫu thuật viên quyết định đóng bụng nếu không thấy máu đỏ tươi tiếp tục chảy từ buồng tử cung.



Hình 3: Mũi may B-Lynch cải tiến của Bệnh viện Hùng Vương^[1].

CÁC SỐ LIỆU BÁO CÁO

Theo Gary A.Dildy đến tháng 6/2002 có 12 trường hợp báo cáo thực hiện thành công mũi may B-Lynch. Hayman có 3 trường hợp thành công. Đến tháng 06/2004 nhóm nghiên cứu Bệnh viện Hùng Vương có 13 trường hợp thành công theo phương pháp B-Lynch cải tiến.

Tác giả	Năm	Phương pháp	Số trường hợp
<i>Lynch</i> ^[5]	1997	B-Lynch	5/5
<i>Ferguson</i>	2000	B-Lynch	2/2
<i>Dacus</i>	2000	B-Lynch	4/4
<i>Vanguard</i>	2000	B-Lynch	1/1
<i>Hayman</i> ^[4]	2002	Hayman	3/3
<i>Nguyễn Thê Linh</i> ^[2]	2003	B-Lynch	1/1
<i>BV. Hùng Vương</i> ^[1]	2004	B-Lynch cải tiến	12/13

KẾT QUẢ

Chúng tôi đã thực hiện thành công 3 trường hợp BHSS do chờ tử cung bằng việc ứng dụng mũi may B-Lynch.

Bệnh án 1

Người bệnh: **ĐOÀN THỊ N, 19T, Para: 0000**

Địa chỉ: Bình Phú – Bình Hoà – Huyện Châu Thành – An Giang

Nhập viện: 18 giờ 50 phút, ngày 20/05/2006

Lí do: Bệnh viện Huyện Châu Thành chuyển với chẩn đoán: Thai đủ ngày/TD nhau bám thấp.

Tiền sử: người bệnh không mắc bệnh gì.

Bệnh sử:

KC: 14/9/06; DS:19/6/06.

Sản phụ khám thai theo lịch, diễn tiến thai kỳ bình thường, chiều cùng ngày khởi phát đau bụng nhiều xin nhập viện Châu Thành với tình trạng âm đạo ra nhiều huyết đỏ tươi, tim thai khó nghe, được xử trí hai đường truyền với 1500ml LR + 500ml Glu 5%. Chẩn đoán : TD nhau bám thấp/thai đủ ngày và chuyển đến bệnh viện An Giang.

Tình trạng lúc nhập viện:

Người bệnh tỉnh, niêm hồng, phù (++)

M=90l/p; Nđộ:37⁰C; HA=100/60mmHg; NT: 20l/p

Tim đều; Phổi trong; Bụng gò cứng; TT khó nghe; cơn gò TC liên tục; BCTC: 33cm; VB:94cm.

Khám âm đạo:

CTC: 3cm, xoá 50%; Oái vỡ; Ngôi đầu cao; KC đủ rộng, huyết đỏ tươi loãng theo gant.

Chẩn đoán: Con so 36 tuần (KC) – ngôi đầu – chuyển dạ – OVS 1 giờ – TD nhau bong non.

CLS: HC: 2.84; Hct: 24%; BC: 17.000; TC: 91.000; TS:2'; TQ: 16''5; TCK:39''9; Ure: 2.81; Creatinin: 107.5; Glucose: 6.72 mmol/L, Na⁺: 134; K⁺: 3.2; Cl⁻: 102; Ca⁺: 1.14 mmol/L.

Phẫu thuật (20 giờ 05 phút)

Rạch da rốn vệ khoảng 12 Cm, vào ổ bụng có nhiều dịch màu vàng trong, tử cung thâm tím toàn bộ mềm, tiến hành rạch ngang eo tử cung bắt đầu 01 bé gái 2600 gram, ngạt trắng; Apgar 1 = 1/10, chết sau hồi sức 15 phút. Có khối máu tụ khoảng 300 gram sau nhau, bánh nhau trôi ra ngoài tử cung, tử cung mềm nhão, thâm tím toàn bộ tử cung. Hội chẩn quyết định khâu mũi B-Lynch cổ điển kèm thắt động mạch tử cung 2 bên, sau thủ thuật tử cung gò khá, thám sát lòng tử cung không chảy máu, tiến hành may cơ tử cung một lớp, phủ phúc mạc, 2 phần phụ bình thường, lau bụng sạch, kiểm tra cầm máu ổn, đóng bụng 4 lớp. Sau mổ sinh hiệu ổn, máu mất khoảng 1000 ml, truyền 02 đơn vị máu trong lúc mổ.

(sau mổ: HC: 2.6; Hct: 21%; BC: 33.000; TC: 102.000; TQ: 18''; TCK: 41''2; Fibrinogen: 50 mg%; Ure: 2.99; Creatinin: 116 mmol/L)

Chẩn đoán sau mổ: Nhau bong non thể nặng + BHSS do dờ tử cung.

- Sau mổ người bệnh vô niệu kéo dài 03 giờ, được xử trí test lasix 20 mg 08 ống TMC. Diễn tiến sau đó ổn định.

- Hậu phẫu ngày 2: HC: 2.1; Hct 15%; Hb:5.5 g/dl; BC: 17.000; TC: 83.000, được truyền thêm 01 đơn vị máu. Bệnh diễn tiến ổn định ra viện sau 06 ngày.

Bệnh án 2

Người bệnh: **VÕ THỊ NGỌC DUNG, 27T**, Para:0000

Nghề nghiệp: Làm ruộng

Địa chỉ: Thượng 3 – Phú Mỹ – Phú Tân – An Giang

Nhập viện: 10 giờ 10 phút, ngày 08/05/2006

Lí do: Bệnh viện Phú Tân chuyển với chẩn đoán: con so – thai đủ ngày – song thai – sản giật.

Tiền sử: không mắc các bệnh gì

Bệnh sử:

KC: quên, sản phụ có khám thai theo lịch, chích ngừa VAT đủ. Sáng cùng ngày đau bụng kèm ra nhớt hồng âm đạo đến nhập Bệnh viện Phú Tân, tại đây ghi nhận HA:170/100mmHg và lên cơn sản giật, được xử trí:

- MgSO₄ 15% + Hydralazin 20mg + Nifedipin theo phác đồ. Chuyển Bệnh viện đa khoa An Giang.

Tình trạng nhập viện

Người bệnh tỉnh, niêm hồng, phù (++), không nhức đầu – mờ mắt

M: 110 l/p; Nđộ: 37⁰C; HA:170/120 mmHg; NT: 20 l/p.

Tim đều – Phổi trong – Bụng mềm.

BCTC: 46Cm, VB:108Cm; TT₁=TT₂= 130 l/p, Con gó TC thừa > 3 phút.

Khám âm đạo:

CTC: 4Cm, Xoá 70%, Oái vừa vỡ trắng đục, ngôi đầu cao -2, KC sờ chạm móm nhô, có nhiều dịch ối loãng theo gant.

Chẩn đoán: Con so – đủ trưởng thành (BCTC) – bé 1 ngôi đầu – chuyển dạ hoạt động/ Sản giật ngoài viện/ TD BXĐC do KC hẹp.

Xử trí:

- MgSO₄ + Hydralazin + cầm máu theo phác đồ khoa

- Hội chẩn tour trực quyết định phẫu thuật chấm dứt thai kỳ.

CLS: Protein/niệu: (+); Creatinin: 113.2 mmol/L; SGOT 146 UI/L; SGPT: 101 UI/L

Na⁺: 137; K⁺: 3,6; Cl⁻: 97; Ca⁺: 1.12 mmol/L; TQ: 11”6; TCK: 29”. BC: 14600; HC:4t25; Hct: 28.2%; TC:224.000/mm³.

Tường trình phẫu thuật:

Rạch da đường giữa dưới rốn vào ổ bụng, đoạn dưới TC thành lập tốt, rạch ngang eo có khoảng 3000ml nước ối trắng đục, tiến hành bắt đầu bé I, gái, CN: 2700 gram, 1=8/10,

bắt môn bé II, gái, CN 2700gr, 1=8/10. Tử cung ra huyết nhiều, tiến hành bóc nhau, lòng TC sạch, tử cung mềm nhão, ra nhiều huyết đỏ tươi khoảng 400ml không đáp ứng với xoa bóp TC và oxytoxin. Tiến hành thắt động mạch TC 2 bên kèm may mũi B-Lynch cố định bằng chỉ Chromic số 1. kiểm tra máu từ lòng tử cung ổn, quyết định may cơ TC 1 lớp, phủ phúc mạc, 2 PP bình thường, lau bụng, gạc đủ, đóng bụng 4 lớp. Sau mổ HA=100/60 mmHg. Tổng máu mất khoảng 700 ml. (kiểm tra Hct sau mổ giờ 1: 28,2%)

Chẩn đoán sau mổ: Con so – đủ ngày – song thai – BXĐC do KC hẹp – Đa ối/ Sản giật ngoài viện.

Diễn tiến: Bệnh ổn định và xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 6.

Bệnh án 3

Người bệnh: Đặng Thị Hồng M, 20T, Para:0000

Nghề nghiệp: Làm ruộng

Địa chỉ: Vĩnh Thạnh – Thốt Nốt – Cần Thơ

Nhập viện: 15 giờ, ngày 08/5/2006

Lí do: TTYT Vĩnh Thạnh chuyển với chẩn đoán Phấn sanh không tiến.

Tiền sử: không mắc bệnh gì.

Bệnh sử:

KC: Quên, sản phụ có khám thai, chích ngừa theo lịch, trong quá trình khám thai không ghi nhận gì bất thường. Sáng cùng ngày đau bụng đến nhập TTYT Vĩnh Thạnh, tại đây ghi nhận sản phụ rặn 01 giờ phân thai không tiến triển, chuyển Bệnh viện đa khoa An Giang.

Tình trạng lúc nhập viện:

Người bệnh tỉnh, niêm hồng, không phù

M: 80 l/p; Nđộ: 37⁰C; HA: 100/60 mmHg; NT: 20l/p

Tim đều – Phổi trong – Bụng mềm – con gò TC thừa > 3 phút

BCTC:31Cm, VB:93Cm; TT: 117 l/p nhỏ, không đều

Khám âm đạo:

CTC trọn; Oái vỡ hoàn toàn, đầu cao có búi huyết thanh to, KC không chạm mỏm nhô, có dịch ối lẫn huyết hồng theo gant.

Chẩn đoán: Con so – đủ trưởng thành (BCTC) – ngôi đầu – Rặn không chuyển/ Thai suy cấp.

CLS: HC: 3.67, Hct: 30.8%; BC: 31.500; TC: 172.000, creatinin: 117 mmol/L, Na⁺: 135; K⁺: 2.5; Cl⁻: 95.6; Ca⁺: 1.17 mmol/L.

Xử trí: hội chẩn phẫu thuật cấp cứu.

Tường trình phẫu thuật:

Rạch da đường giữa dưới rốn vào ổ bụng, đoạn dưới TC thắt eo thâm tím, rạch ngang eo bắt đầu 01 bé gái ngạt trắng, ói xanh rêu sệt kèm rốn quấn cổ hai vòng chặt. Nhau bong tự nhiên sau số thai không nghi nhận khối máu tụ sau nhau. Mô cơ tử cung thâm tím rải rác nhiều ở hai góc sừng và mặt sau thân tử cung, hội chẩn Ban Chủ nhiệm khoa quyết định khâu mũi B-Lynch cải tiến (của Hayman nhưng không may 2 mũi ngang đoạn dưới TC) kèm thắt động mạch tử cung 2 bên. Kiểm tra máu tử lòng tử cung ổn, may cơ TC một lớp, phủ phúc mạc thấy có rịn máu chân kim, tiến hành may tăng cường kèm tăng cường ổn định, lau bụng, gạc đủ, quyết định đóng bụng. Sau mổ HA: 120/80 mmHg, ước lượng máu mất khoảng 400 ml.

(kiểm tra sau mổ 1 giờ : HC: 2.6; Hct: 21.8%; BC: 16900; TC: 95.000)

Chẩn đoán sau mổ: như trên + Doạ vỡ tử cung/ TD rối loạn đông máu.

Diễn tiến: Bệnh ổn và xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 6.

BÀN LUẬN

Băng huyết sau sanh vẫn còn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ, trong đó đờ tử cung chiếm tỷ lệ rất cao. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong băng huyết sau sanh do đờ tử cung nhưng cắt tử cung trong điều trị các trường hợp băng huyết sau sanh nặng vẫn là phương pháp chính. Trong trường hợp muốn duy trì khả năng sinh sản, hoặc muốn tránh một cuộc phẫu thuật cắt tử cung trong cấp cứu có nhiều nguy cơ và đòi hỏi bác sỹ phải có nhiều kinh nghiệm thì mũi may B-Lynch hoặc các mũi may cải biên B-Lynch đã được nhiều tác giả báo cáo cho thấy có hiệu quả cao. Chúng tôi đã điều trị thành công 3 trường hợp BHSS nặng do đờ tử cung, trong đó có một trường hợp nhau bong non thể nặng dạng hội chứng Couvelaire, một trường hợp song thai đa ối kèm sản giật ngoài viện, một trường hợp rạn không chuyên ở tuyến dưới kèm doạ vỡ tử cung. Trong 2 trường hợp đầu tiên chúng tôi dùng mũi may B-Lynch cổ điển kèm với thắt động mạch tử cung 2 bên, chúng tôi mất khoảng 8-10 phút để thực hiện quá trình này, sau đó chúng tôi quan sát xem máu trong lòng tử cung còn chảy ra ngoài qua đường mổ ngang hay không, nếu máu ngưng chảy chúng tôi tiến hành may cơ tử cung. Ôu trường hợp thứ 3 có doạ vỡ tử cung nên đoạn dưới mỏng nên chúng tôi dùng mũi may của Hayman kèm theo thắt động mạch tử cung 2 bên, quan sát lòng tử cung, nếu máu ngưng chảy thì tiến hành may cơ tử cung. Chỉ may trong cả 3 trường hợp của chúng tôi đều là Chromic số 1, với kim cong chúng tôi uốn cho thành thẳng rồi dùng tay may như kim may đồ. Chúng tôi không cần phải nối chỉ trong mũi may B-Lynch cổ điển. Trong mũi may Hayman chúng tôi dùng 2 tép chỉ. Chúng tôi đã ứng dụng và kết hợp cả 3 phương pháp của B-Lynch, Hayman, và của Bệnh viện Hùng Vương tùy thuộc vào các trường hợp mà đoạn dưới tử cung chắc hay không. Chúng tôi cho rằng đây là một phương pháp không quá khó khăn để thực hiện, và đây thật sự là một phương pháp rất hiệu quả trong điều trị BHSS nặng do đờ tử cung. Trong tương lai, chúng tôi hy vọng sẽ có nhiều báo cáo về mũi may B-Lynch với cỡ mẫu lớn hơn để thấy được rõ hơn về hiệu quả của phương pháp này.

Tài liệu tham khảo

1. Trần Sơn Thạch, Tạ Thị Thanh Thủy. Mũi may B-Lynch cải tiến trong điều trị băng huyết sau sanh nặng do đờ tử cung. Tạp chí Phụ Sản Việt Nam 2003;4(1-2):11-6.
2. Nguyễn Thế Lĩnh và CS. Thêm một trường hợp dùng đường may B-Lynch để cầm máu tốt trong băng huyết sau sinh. Tạp chí Phụ sản Việt Nam 2003;3(1-2):20-3.
3. WHO. Mother-Baby Package. WHO/RHT/MSM/94.11.REV.Geneva.WHO (Revision 1998).
4. Hayman RG, Arulkumaran S, Steer PJ. Uterine compression sutures: Surgical management of postpartum hemorrhage. *Obstet & Gynecol* 2002;99:502-56.
5. Lynch C, Coker A, Lawal AH, Abu J, Cowen MJ. The B-Lynch surgical technique for control of massive postpartum hemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reports. *Br J Obstet Gyneacol* 1997;104:372-5.
6. Gilstrap LC, Cunningham FG, Vandorsten JP. Management of pospartum hemorrhage. *Operative Obstetrics*. 2003: 397-416.