

Tình hình phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu sau sinh đường âm đạo tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm (2017 - 2021)

Đoàn Thị Phương Lam¹, Ngô Minh Thăng¹, Nguyễn Mạnh Thăng¹

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

doi: 10.46755/vjog.2022.3.1460

Tác giả liên hệ (corresponding author): Đoàn Thị Phương Lam; email: doanphuonglam_nhog@gmail.com

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

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu sau sinh đường âm đạo và tìm hiểu các yếu tố nguy cơ dẫn đến phẫu thuật cấp cứu.

Đôi tượng và Phương pháp nghiên cứu: Phân tích hồi cứu qua hồ sơ bệnh án tất cả những trường hợp phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu sau sinh đường âm đạo tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2017 đến hết năm 2021.

Kết quả: Có 6/49.445 ca đẻ đường âm đạo phải phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu sau sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm. Tỷ lệ chung của phẫu thuật cấp cứu sau đẻ đường âm đạo là 0,12 cho mỗi 1000 ca đẻ tính từ năm 2017 đến năm 2021. Trong số ca cắt tử cung cấp cứu sau đẻ có năm ca là đẻ thường, một ca sau đẻ thủ thuật Forceps. Chỉ định cắt tử cung cấp cứu đứng đầu là do đờ tử cung với 3 ca (50%), tiếp đến là bất thường rau thai có 2 ca (33,3%), tổn thương đoạn dưới tử cung là 1 ca (16,7%). Trong 6 ca mổ cắt tử cung thì có 5 ca sinh con từ lần thứ 3 trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 83,3%, 1 ca sinh con lần hai (16,7%), không có ca nào sinh con lần đầu.

Kết luận: Với những trường hợp sinh con từ lần thứ 3 trở lên hoặc trong quá trình khám thai và siêu âm nghi ngờ rau thai bám bất thường (phù thai rau, nghi ngờ rau cài răng lược một phần, hoặc mổ đẻ cũ) thường có nguy cơ chảy máu nặng do đờ tử cung sau đẻ hoặc rau không bong dẫn đến phải cắt tử cung cấp cứu sau sinh. Vì vậy, với những trường hợp này nên khuyên sản phụ đến đẻ tại những cơ sở sản khoa có bác sĩ sản khoa có kinh nghiệm và có khả năng phẫu thuật tốt để cuộc chuyển dạ để đạt kết quả tối ưu nhất, tránh được những tai biến nặng cho sản phụ trong và sau đẻ.

Từ khóa: cắt tử cung cấp cứu sau sinh, sinh đường âm đạo, chảy máu sau đẻ.

Emergency peripartum hysterectomy in National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 5 years - review (2017 - 2021)

Doan Thi Phuong Lam¹, Ngo Minh Thang¹, Nguyen Manh Thang¹

¹National Hospital of Obstetrics and Gynecology

Abstract

Objectives: To determine the incidence, indications and the risk factors of emergency peripartum hysterectomy.

Materials and Methods: We analyzed retrospectively all cases of emergency peripartum hysterectomy performed at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology between the years of 2017 and 2021. Demographic, medical and clinical data of the patients were recorded.

Results: There were 6 cases of emergency peripartum hysterectomy among 49.445 vaginal deliveries. The overall incidence of emergency peripartum hysterectomy was 0,12 per 1.000 deliveries from 2017 to 2021. Most cases indications of emergency peripartum hysterectomy being related to uterine atony (50%, 3/6), the second indications being related to accrete spectrum disorder (33.3%, 2/6), and uterine rupture (16.7%, 1/6). The highest prevalence of hysterectomy was associated with a third parity with 5 women (83.3%), and one woman with a second parity.

Conclusions: The greatest cause of emergency peripartum hysterectomy after vaginal delivery was related to attached uterine atony, placenta accreta spectrum disorders, and women who give birth many times (more than two births). Therefore, it should be kept in those cases to perform delivery in suitable clinical settings with experienced surgeons so as to achieve optimal outcome and avoid serious complications for women.

Keywords: emergency peripartum hysterectomy, vaginal delivery, postpartum hemorrhage.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu sau sinh đường âm đạo là một can thiệp được thực hiện trong những trường hợp băng huyết sau sinh nặng đe dọa đến tính mạng sản phụ [1]. Kỹ thuật này thực hiện thành công lần đầu tiên bởi Porro vào năm 187 [2], đến những năm 1950 nó đã trở thành một phương pháp điều trị chuyên biệt được lựa chọn để kiểm soát nguy cơ mất máu sau sinh nhưng vẫn còn nhiều sự không đồng thuận do mất máu quá nhiều và tỷ lệ chấn thương đường tiết niệu khi phẫu thuật cao [3], [4]. Ngày nay, phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu sau sinh chỉ được thực hiện như một bước cuối cùng trong điều trị chảy máu sau sinh nặng nguy hiểm đến tính mạng sản phụ vì sự sẵn có lượng máu để truyền bù và các can thiệp khác (thuốc co hồi tử cung, khâu mũi B-Lynch, thuyên tắc mạch tử cung, chèn bóng vào buồng tử cung) đã và đang giúp làm giảm nguy cơ cắt tử cung [5]. Trong thực tế, đứng trước một trường hợp chảy máu nặng sau sinh việc lựa chọn phương pháp xử trí phù hợp luôn là một thách thức với bác sĩ sản khoa vì: lựa chọn xử trí theo phác đồ mổ cắt tử cung có thể gặp những rủi ro của phẫu thuật cũng như mất đi nguyện vọng duy trì khả năng sinh sản của sản phụ; còn lựa chọn trì hoãn phẫu thuật trong khi sử dụng các phương pháp khác có thể làm bệnh tiến triển nặng lên đe dọa tính mạng sản phụ và tổn kém kinh phí. Việc thực hiện đánh giá về phẫu thuật mở bụng cấp cứu sau sinh là cần thiết để từ đó tìm ra phương pháp dự phòng và hướng xử trí tối ưu nhất trong trường hợp cấp cứu sản khoa khi sinh. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích: 1) Xác định tỷ lệ phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu sau sinh đường âm đạo tại Bệnh viện PSTW trong 5 năm. 2) Tìm hiểu các yếu tố nguy cơ liên quan đến cắt tử cung cấp cứu sau sinh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành bằng phương pháp hồi cứu trong 5 năm từ 2017 đến hết năm 2021 với 49.445 ca đẻ đường âm đạo, trong đó có sáu trường hợp phải cắt tử cung sau sinh. Tất cả những dữ liệu được lấy từ hồ sơ bệnh án lưu trữ của bệnh viện PSTW. Cắt bỏ tử cung cấp cứu sau sinh được định nghĩa là một phẫu thuật cắt bỏ tử cung khi có xuất huyết nặng đe dọa tính mạng sản phụ mà không đáp ứng với các phương pháp điều trị khác trong vòng 24 giờ sau sinh. Tất cả những chỉ định phẫu thuật, bệnh lý của tử cung và rau thai được xác định trong chỉ định phẫu thuật điều được ghi nhận. Những đặc điểm chung của sản phụ như tuổi, tiền sử sản phụ khoa, tiền sử bệnh lý về máu, số lần đẻ đều được ghi lại. Những biểu hiện lâm sàng như: cách đẻ (đẻ thường hoặc thủ thuật), chỉ định cắt tử cung, các biến chứng, tình trạng sản phụ sau phẫu thuật, kết quả phẫu thuật, số lượng máu và các chế phẩm của máu được truyền, kết quả cuối cùng với sản phụ đều được đánh giá đầy đủ. Số liệu sau khi thu thập được lưu trữ dưới dạng mật mã và được biểu thị bằng tỷ lệ phần trăm

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của sản phụ trong nghiên cứu

	Đặc điểm	N
Tuổi (năm)	< 35 tuổi	2
	≥ 35 tuổi	4
Số lần đẻ	< 3 lần	1
	≥ 3 lần	5
Tuổi thai (tuần)	< 38 tuần	2
	≥ 38 tuần	4
Cách sinh	Sinh thường	5
	Sinh thủ thuật Forceps	1

Trong nghiên cứu có 4 sản phụ có tuổi trên 35 và 2 sản phụ tuổi dưới 35. Có 5 sản phụ sinh con lần thứ 3 trở lên và chỉ có 1 sản phụ sinh con lần 2 trong nghiên cứu (bảng 1). Chỉ có 1 sản phụ sau đẻ Forceps bị cắt tử cung cấp cứu, còn lại 5 sản phụ là sau sinh thường.

Bảng 2. Các chỉ định phẫu thuật mở bụng cấp cứu sau sinh

Chỉ định	N	%
Chảy máu nặng do đờ tử cung	3	50,0
Chảy máu nặng do rau thai bám bất thường	2	33,3
Chảy máu nặng do tổn thương tử cung	1	16,7
Tổng số	6	100

Chỉ định chính của cắt tử cung cấp cứu sau sinh là đờ tử cung không hồi phục chiếm 50% tổng số ca, tiếp đến là do bất thường về rau thai cụ thể trong nghiên cứu này là rau bám chặt và rau cài răng lược một phần, cuối cùng là 1 ca nứt đoạn dưới tử cung.

Bảng 3. Những phẫu thuật hỗ trợ trước khi cắt tử cung.

Cách xử trí trong phẫu thuật	N
Thắt động mạch tử cung hai bên	1
Đặt bóng buồng tử cung	1

Bảng 3 cho kết quả có 1 ca có can thiệp đặt bóng buồng tử cung và 1 ca thắt động mạch tử cung để mong muốn tránh khỏi phẫu thuật cắt tử cung nhưng sau đó không cầm máu thành công mà phải cắt tử cung.

Bảng 4. Số lượng sản phụ phải truyền máu và các sản phẩm máu được truyền

Các sản phẩm máu được truyền	Số sản phụ phải truyền máu
Hồng cầu (n)	6/6
Tiểu cầu (n)	1/6
Huyết tương đông lạnh (n)	6/6
Fibrinogen (n)	3/6

Tất cả sản phụ trong nhóm nghiên cứu đều phải truyền máu và huyết tương đông lạnh trong và sau phẫu thuật cắt tử cung, có 1 sản phụ phải truyền thêm tiểu cầu và 3 sản phụ phải truyền thêm fibrinogen vì có dấu hiệu rối loạn đông cầm máu trong mổ.

Bảng 5. Kết quả giải phẫu bệnh của những trường hợp cắt tử cung cấp cứu trong nghiên cứu

Kết quả GPB	N
Tử cung mất trương lực	3
Tổn thương đoạn dưới tử cung	1
Rau cài răng lược, rau bám chặt	2

Bảng 5 cho chúng tôi thấy kết quả giải phẫu mô bệnh học tử cung cắt ra tương tự như chẩn đoán ban đầu mà các nhà sản khoa nghĩ đến khi tiến hành phẫu thuật cấp cứu cắt tử cung. Có 3 ca là do tử cung do tử cung mất hết trương lực cơ, 2 ca là do bất thường rau thai.

4. BÀN LUẬN

Cắt tử cung cấp cứu sau sinh là bước cuối cùng trong điều trị chảy máu sản khoa nặng nguy hiểm đến tính mạng sản phụ mà không kiểm soát được bằng các phương pháp điều trị thông thường.

Tỷ lệ cắt tử cung cấp cứu sau sinh đường âm đạo ở Bệnh Viện phụ sản trung ương là 0,12/1.000 ca trong vòng 5 năm (từ năm 2017 đến năm 2021), tỷ lệ này tương tự như khuyến cáo của tổ chức y tế thế giới (WHO) [6].

Chỉ định phổ biến nhất của phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu trong nghiên cứu của chúng tôi là chảy máu nặng do đờ tử cung không đáp ứng với các phương pháp điều trị nội khoa (3 ca), tiếp đến là do bất thường rau bám (1 ca là rau bám chặt và 1 ca rau cài răng lược một phần ở sản phụ có mổ đẻ cũ), cuối cùng là một ca do tổn thương đoạn dưới tử cung sau đẻ. Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy có sự thay đổi về chỉ định cắt tử cung cấp cứu sau sinh hiện nay so với trước đây trong đó rau thai bất thường là yếu tố chính dẫn đến chảy máu không kiểm soát được và cắt tử cung cấp cứu thay thế cho nguyên nhân chính trước đây của cắt tử cung cấp cứu là do đờ tử cung [7], [8]. Có sự khác biệt về kết quả chỉ định phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu trong nghiên cứu của chúng tôi so với kết quả nghiên cứu của các tác giả nước ngoài khác có lẽ do nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện trên những sản phụ đẻ đường âm đạo, còn những nghiên cứu kia thực hiện trên cả sản phụ đẻ đường âm đạo và sản phụ mổ đẻ trong đó có những trường hợp mổ đẻ cũ đã xác định bằng siêu âm trước mổ có nghi ngờ hoặc chẩn đoán chính xác là bất thường rau bám (rau tiền đạo, rau cài răng lược) – là những nguyên nhân chính dẫn đến chỉ định cắt tử cung cấp cứu trong mổ lấy thai. Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cho thấy có 5 ca cắt tử cung sau đẻ đường âm đạo là sinh con lần 3 trở lên, một trường hợp cắt tử cung là sinh con lần 2. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những trường hợp sinh con lần thứ 3 trở nên có nguy cơ cao chảy máu nặng sau đẻ nặng dẫn đến phải mổ cắt tử cung cấp cứu. Khi so sánh chỉ định của phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu với kết quả mô bệnh học tử cung ở bảng kết quả 2 và bảng 4 chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng về chỉ định phẫu thuật và kết quả mô bệnh học tử cung. Từ kết

quả này cho thấy chỉ định hàng đầu của cắt tử cung cấp cứu sau đẻ đường âm đạo là đờ tử cung sau đẻ, tiếp đến là bất thường về vị trí bám của rau thai không được phát hiện từ trước, cuối cùng là 1 ca do tổn thương đoạn dưới tử cung sau sinh con lần 3. Qua tìm hiểu các yếu tố nguy cơ có thể dẫn tới phẫu thuật cấp cứu cắt tử cung bước đầu chúng tôi nhận thấy yếu tố sinh con nhiều lần, yếu tố nghi ngờ bất thường rau bám (rau thai của trường hợp phù thai rau, rau bám chặt) là những yếu tố chính có thể dẫn tới tử cung mất trương lực, gây rau bong dở dang làm mất máu nặng, nhanh phải phẫu thuật cấp cứu.

Các nghiên cứu gần đây cho thấy có thể giảm thiểu nguy cơ phải cắt tử cung cấp cứu sau sinh thông qua xác định được các yếu tố nguy cơ trước chuyển dạ từ đó chuẩn bị sẵn các thuốc, trang thiết bị dự phòng chảy máu sau đẻ, đồng thời thực hiện đầy đủ và chặt chẽ quy trình xử trí tích cực giai đoạn 3 cuộc chuyển dạ, sử dụng các kỹ thuật phẫu thuật can thiệp tiên tiến (chèn bóng buồng tử cung, thắt động mạch tử cung hai bên, thắt động mạch hạ vị, khâu mũi B-lynch) [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 6 sản phụ được xác định là có yếu tố nguy cơ chảy máu sau đẻ nên đều được xử trí tích cực giai đoạn 3 cuộc chuyển dạ bằng các thuốc co hồi tử cung (Oxytocin, Ergotamin, Duratocin, Misoprostol) và xoa đáy tử cung liên tục. Về sử dụng các kỹ thuật phẫu thuật mới thì trong nghiên cứu của chúng tôi có một sản phụ được chèn bóng buồng tử cung vì nghi ngờ chảy máu do đờ tử cung và sản phụ này có huyết động ổn định, một sản phụ được mổ cầm máu bằng thắt động mạch tử cung với mục đích giữ lại tử cung vì còn mong muốn có con (bảng 3), tuy nhiên cả hai sản phụ này sau đó vẫn phải tiến hành cắt tử cung cấp cứu vì máu vẫn không cầm đe dọa đến tính mạng sản phụ. Cắt tử cung được coi là bước cuối cùng trong điều trị chảy máu sau đẻ và được thực hiện khi có dấu hiệu đe dọa tính mạng sản phụ.

Nhìn chung tất cả những ca chảy máu sau đẻ đường âm đạo phải phẫu thuật đều thực hiện khi sản phụ đã bị mất một lượng máu lớn, do đó với những trường hợp cấp cứu này phải chuẩn bị sẵn một lượng máu lớn và các chế phẩm của máu để truyền bù lại trong quá trình mổ và sau mổ để cứu sống sản phụ, tránh làm rối loạn đông máu và rối loạn chức năng các cơ quan, đồng thời làm giảm tối đa những biến chứng về sức khỏe của sản phụ sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi cả sáu sản phụ đều phải truyền khối hồng cầu (bảng 4) với một lượng lớn từ ít nhất là 5 đơn vị đến tối đa là 9 đơn vị máu (350 ml/1 đơn vị) và cả sáu sản phụ này cũng phải truyền huyết tương đông kèm theo, có ba sản phụ phải truyền thêm yếu tố đông cầm máu Fibrinogen, một sản phụ phải truyền thêm tiểu cầu. Sản phụ phải truyền nhiều máu và chế phẩm của máu nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là sản phụ được thực hiện kỹ thuật thắt động mạch tử cung trước sau đó không được mới tiến hành cắt tử cung, từ đó dẫn tới lượng máu mất nhiều. Qua kết

quả nghiên cứu này cho thấy: điều quan trọng nhất khi xử trí cấp cứu là phải nhận thức được tầm quan trọng của tình huống lâm sàng để thực hiện biện pháp phẫu thuật phòng ngừa phù hợp trước khi nó trở nên quá nặng không thể xử trí được. Ngoài ra, những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ nghi ngờ rau cài răng lược phải được xác định rõ ràng và chuyển đến trung tâm sản khoa chuyên sâu nơi có bác sĩ sản khoa chuyên nghiệp và phương tiện phẫu thuật, hồi sức phù hợp để thu được kết quả điều trị tối ưu nhất.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế là nghiên cứu hồi cứu và cỡ mẫu thu được quá nhỏ nên chưa thể đưa ra được kết luận chính xác. Do đó, để đưa ra được kết luận chính xác về chủ đề này cần phải điều tra với số lượng bệnh nhân lớn.

5. KẾT LUẬN

1) Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ định chính của cắt tử cung cấp cứu sau đẻ đường âm đạo là do đỡ tử cung sau đẻ và bất thường về vị trí bám của rau thai (rau bám chặt, rau cài răng lược, phù thai rau).

2) Các yếu tố nguy cơ dẫn tới chảy máu nặng sau đẻ dẫn tới phải phẫu thuật cấp cứu: đẻ nhiều lần (≥ 3 lần) là yếu tố nguy cơ hàng đầu, tiếp đến là tuổi sản phụ cao (≥ 35 tuổi) dẫn tới đỡ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. *British medical bulletin*. 2003 Dec 1;67(1):231-43.
2. Mesleh R, Ayoub H, Algwiser A, Kurdi A. Emergency peripartum hysterectomy. *J Obstet Gynaecol*. 1998 Nov;18(6):533-7.
3. Plauché WC, Gruich FG, Bourgeois MO. Hysterectomy at the time of cesarean section: analysis of 108 cases. *Obstet Gynecol*. 1981 Oct;58(4):459-64.
4. Thonet RG. Obstetric hysterectomy-an 11-year experience. *Br J Obstet Gynaecol*. 1986 Aug;93(8):794-8.
5. Huls CK. Cesarean Hysterectomy and Uterine-Preserving Alternatives. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2016 Sep;43(3):517-38.
6. World Health Organization, WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, World Health Organization, 2012.
7. Van den Akker T, Brobbel C, Dekkers OM, et al. Prevalence, Indications, Risk Indicators, and Outcomes of Emergency Peripartum Hysterectomy Worldwide: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2016 Dec;128(6):1281-1294.
8. Huque S, Roberts I, Fawole B, et al. Risk factors for peripartum hysterectomy among women with postpartum haemorrhage: analysis of data from the WOMAN trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 May 29;18(1):186.
9. Tapisiz OL, Altinbas SK, Yirci B, et al. Emergency

peripartum hysterectomy in a tertiary hospital in Ankara, Turkey: a 5-year review. *Arch Gynecol Obstet*. 2012 Nov;286(5):1131-4.