

PHÂN TÍCH ĐẶC ĐIỂM NGƯỜI BỆNH VÀ HIỆU QUẢ CỦA MŨI KHÂU B LYNCH TRONG ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU SAU ĐẸ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Lê Thị Anh Đào¹, Bùi Đức Quyết²

TÓM TẮT

Chảy máu sau đẻ (CMSĐ) là nguyên nhân gây tử vong mẹ hàng đầu trên thế giới. Nghiên cứu tiến hành với **mục tiêu**: Nhận xét một số yếu tố liên quan đến CMSĐ và kết quả của mũi khâu B-Lynch tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2018-2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Thai phụ đẻ thường hoặc mổ đẻ CMSĐ phải khâu B lynch. Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành hồi cứu trong 3 năm 2018-2020. **Kết quả**: 78 trường hợp CMSĐ được khâu B lynch trong đó 80,8% là bệnh nhân mổ đẻ chủ động, 19,2% bệnh nhân có bệnh lý thai kỳ. **Kết luận**: Tỷ lệ thành công giữ được tử cung ở những bệnh nhân khâu B lynch đạt 97,4%, không có trường hợp nào gặp biến chứng gần sau khâu Blynch.

Từ khóa: Chảy máu sau đẻ, mũi khâu B lynch

SUMMARY

ANALYSIS ON CHARACTERISTICS OF PATIENT POSTPARTUM HAEMORRHAGE AND EFFECTIVENESS OF B LYNCH SUTURE AT HANOI OBSTETRIC AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Postpartum haemorrhage is the leading cause of maternal death worldwide. Objective: Analyse on relating factors of postpartum haemorrhage and the results of B-Lynch suture at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2018-2020. **Methods**: Pregnant women who gave birth naturally or by caesarean section having a B-lynch suture because of postpartum haemorrhage were included. This is a cross-sectional descriptive study, conducted retrospectively in 2018-2020. **Results**: total number was 78 cases, of which 80.8% were patients with elective cesarean section, 19.2% of patients had pregnancy pathologies. **Conclusion**: The success rate of preserving the uterus in patients with B lynch suture reached 97.4%, there were no cases of complications after Blynch suture.

Key words: Postpartum haemorrhage, B Lynch suture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho đến nay, mặc dù y học ngày càng phát triển với sự ra đời của nhiều phương pháp can thiệp mới, sự có mặt của nhiều loại thuốc hiệu quả, nhưng chảy máu sau đẻ (CMSĐ) vẫn là một

trong 5 tai biến sản khoa hay gặp nhất [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ tử vong do CMSĐ chiếm tỉ lệ cao nhất trong số các nguyên nhân tử vong mẹ [2]. Theo Nguyễn Đức Vy, tỷ lệ CMSĐ chiếm 67,4% và tỷ lệ tử vong mẹ là 66,8% trong 5 tai biến sản khoa [2].

Trong số các nguyên nhân của CMSĐ thì đờ tử cung là nguyên nhân hay gặp nhất [3]. Theo nghiên cứu của Pernoll, đờ tử cung chiếm 50% trong số các nguyên nhân gây CMSĐ.

Có nhiều biện pháp để xử trí tình trạng CMSĐ do đờ tử cung như dùng các thuốc tăng co, bơm bóng buồng tử cung, ép tử cung bằng tay nhưng tỷ lệ cắt tử cung do CMSĐ vẫn cao. Cho đến khi Christopher Balogun Lynch báo cáo 5 trường hợp được ông sử dụng mũi khâu nhằm khâu nén tử cung, mà về sau được gọi là mũi khâu B-Lynch [4] thì từ đó đến nay, việc bảo tồn tử cung cho các trường hợp CMSĐ mới thực sự có khả năng thành công cao. Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội là bệnh tuyến cuối về sản phụ khoa của cả nước. Tỷ lệ sinh hàng năm dao động từ 35.000-40.000 ca với tỷ lệ CMSĐ khoảng 0,2-0,5%. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: *Nhận xét một số yếu tố liên quan đến CMSĐ và kết quả của mũi khâu B-Lynch tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2018-2020.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu:

Tất cả các bệnh nhân đã sinh thường hoặc sinh mổ tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong thời gian từ 1/2018-12/2020, có can thiệp mũi khâu B-Lynch do CMSĐ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân mà hồ sơ bệnh án không đủ các biến số nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu

Cỡ mẫu và tiêu chuẩn của nghiên cứu

2.2 Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện

Hiệu quả mũi khâu B-Lynch: đánh giá bằng việc cầm máu và bảo tồn thành công tử cung cho bệnh nhân mà không phải dùng thêm phương pháp khác hoặc phải cắt TC của bệnh nhân.

Biến chứng sau khâu B-Lynch: là biến chứng ngăn hạn xảy ra sau khâu B-Lynch: tình trạng sốt, hoại tử tử cung sau khâu mũi B-Lynch.

2.3 Xử lý số liệu. Xử lý số liệu và phân tích

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao610@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

Các thuật toán được sử dụng: Tính tỷ lệ phần trăm %, tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4 Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Y Đức của

bệnh viện Phụ Sản Hà Nội cho phép thực hiện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 78 hồ sơ bệnh án đáp ứng đúng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân khâu B lynch

Tuổi bệnh nhân	Nhỏ nhất: 24; Cao nhất: 38; Trung bình: 30,14 ± 3,52		
	<35 tuổi: 85,9%; ≥35 tuổi: 14,1%		
Con so/con dạ	Con so: 45 (người)		
	Con dạ: 33 (người); 2/33 (6.1%) CMSĐ ở lần sinh trước		
Bệnh lý khi Mang thai	Có		Không
	Đái tháo đường thai kỳ	7 (8,97%)	63 thai phụ khỏe mạnh (80,77%)
	Tăng huyết áp	3 (3,85%)	
	Thiếu máu+ bệnh khác	5 (6,41%)	
Đơn thai/ Đa thai	Đơn thai: 44 (56,4%)		Đa thai: 34 (43,6%)
Thai tự nhiên/ Thai HTSS	Thai tự nhiên: 47 bệnh nhân (60,3%)		31 bệnh nhân mang thai kết quả của hỗ trợ sinh sản (39,7%)
Cách đẻ	Đẻ thường: 6 (7,7%)		Đẻ mổ: 72 (92,3%)
			chủ động: 63 (80,8%) cấp cứu: 9 (11,5%)

Nhận xét: -Tỷ lệ thai phụ bệnh lý chiếm 19,2%

- 6.1% có tiền sử CMSĐ ở lần sinh trước
- Tỷ lệ mổ lấy thai chủ động chiếm 80,8%

Bảng 2. Đặc điểm của thai nhi khi sinh

Đặc điểm của thai nhi khi sinh	n	Tỉ lệ (%)
Tuổi thai	< 37 tuần	2,6
	37 – 41 tuần	97,4
	≥ 42 tuần	0
Cân nặng (gr)	Nhỏ nhất: 2150	
	Lớn nhất: 3950	
	$\bar{x} \pm SD = 2980,8 \pm 442,1$	

Nhận xét: -Cân nặng thai nhi trung bình 2980,8 ± 442,1

- Thai sinh đủ tháng chiếm chủ yếu 97,4%

Bảng 3. Đặc điểm của phần phụ thai

Đặc điểm	n	Tỉ lệ (%)
Vị trí rau bám	Đúng vị trí	100
	Rau tiền đạo	0
Dịch ối	Bình thường	100
	Đa ối	0

Nhận xét: Không có trường hợp nào có rau tiền đạo hoặc đa ối.

Bảng 4. Lượng máu mất trong cuộc đẻ

Thể tích	n	Tỉ lệ (%)
< 1000 (ml)	68	87,2
≥ 1000 (ml)	10	12,8
Nhỏ nhất (ml)	500	
Lớn nhất (ml)	2000	
$\bar{x} \pm SD$ (ml)	706,41 ± 302,09	

Nhận xét: Thể tích máu mất trung bình là

706,41 ± 302,09 ml, bệnh nhân mất máu nhiều nhất tới 2000 ml. Có tới 12,8% bệnh nhân mất máu ≥ 1000 ml.

Bảng 5. Phương pháp xử trí

Phương pháp xử trí	n	Tỉ lệ (%)
Tăng co tử cung	Có	100
	Không	0
Phẫu thuật	B-Lynch đơn thuần	2,6
	B-Lynch kết hợp ĐMTC	97,4

Nhận xét: - Tất cả bệnh nhân đều được sử dụng thuốc tăng co tử cung.

- Khi sử dụng mũi khâu B-Lynch, 97,4% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi bảo tồn được tử cung, 2,6% bệnh nhân phải cắt tử cung do khâu B-Lynch thất bại.

IV. BÀN LUẬN

Trong 3 năm 2018-2020 tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội có 78 trường hợp chảy máu sau đẻ có can thiệp mũi khâu B lynch. Thể tích máu mất trung bình là 706,41 ± 302,09 ml, bệnh nhân mất máu nhiều nhất tới 2000 ml. Có tới 12,8% bệnh nhân mất máu ≥ 1000 ml.

Các đặc điểm của bệnh nhân, của thai và phần phụ của thai. Tuổi trung bình của thai phụ trong nghiên cứu này là 30,14 ± 3,52 nhóm bệnh nhân dưới 35 tuổi chiếm chủ yếu 85,9%. Theo Cameron và cộng sự [5], tuổi > 35 là một yếu tố liên quan đến CMSĐ do đỡ tử cung. Theo nghiên cứu của Trần Đình Vinh nhóm tuổi 35 -

trên 40 tuổi chiếm tỷ lệ CMSĐ chung là 21,4%. Tuổi càng cao thì chất lượng cơ tử cung càng giảm, điều này dẫn tới nguy cơ đờ tử cung sau sinh tăng dần theo tuổi. Tuy nhiên, ở thai phụ nhiều tuổi và có đủ con nếu có tình trạng CMSĐ đôi khi sẽ bị hạn chế chỉ định khâu B-Lynch để bảo tồn tử cung so với bệnh nhân trẻ tuổi hơn.

Trong 78 bệnh nhân của nghiên cứu, tỷ lệ thai phụ mắc bệnh lý như đại tháo đường thai kỳ, tăng huyết áp và thiếu máu ... chiếm 19,2%. Tuy nhiên, nghiên cứu này chỉ tập trung vào nhóm đối tượng CMSĐ có can thiệp B lynch nên chưa phản ánh được chính xác quần thể bệnh nhân CMSĐ nói chung. Hơn nữa đây là một nghiên cứu mô tả nên chưa thể kết luận được các yếu tố được đề cập đến có làm tăng nguy cơ CMSĐ hay không. Theo một nghiên cứu mới của Acheneff Asmamaw Muche năm 2020 cho thấy với bệnh nhân bị đại tháo đường thai kì thì nguy cơ bị CMSĐ cao hơn so với thai phụ không bị đại tháo đường thai kì [6]. Theo Hamamy, tiền sản giật/tăng huyết áp thai kỳ là yếu tố nguy cơ CMSĐ có OR = 4.

Theo Unterscheider và cộng sự [7], sản phụ có tiền sử CMSĐ có tăng nguy cơ CMSĐ gấp 2 - 4 lần so với những sản phụ không có tiền sử CMSĐ. Trong nghiên cứu bệnh-chứng năm 2017 của Nyflot và cộng sự về các yếu tố nguy cơ CMSĐ nặng, tác giả kết luận rằng, những phụ nữ có tiền sử CMSĐ nặng (được định nghĩa là mất ≥ 1.500 mL máu hoặc cần phải truyền máu), có nguy cơ cao nhất bị CMSĐ nặng. Tiền sử CMSĐ nặng phải được gộp vào yếu tố nguy cơ để triển khai và công nhận tính hợp lý của các mô hình dự phòng CMSĐ. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thai phụ có tiền sử CMSĐ ở lần sinh trước là 6,1%.

Tỷ lệ bệnh nhân có thai nhờ hỗ trợ sinh sản mà phải can thiệp mũi khâu B-Lynch sau đẻ trong nghiên cứu chiếm 39,7%, điều này có thể được lý giải là đa số các bệnh nhân sử dụng biện pháp HTSS đều ít nhiều được sử dụng các thuốc giảm co thắt cơ trơn trong thai kỳ, điều này dẫn tới nguy cơ đờ tử cung sau sinh của các bệnh nhân này cao hơn so với các bệnh nhân có thai tự nhiên. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, sự khác biệt giữa nhóm thai tự nhiên và thai nhờ HTSS cũng không có ý nghĩa thống kê.

Trong số các bệnh nhân phải can thiệp mũi B-Lynch để cầm máu thì đa số là các bệnh nhân mổ chủ động (chiếm 80,8%). Qua phân tích hồi cứu hồ sơ bệnh án nguyên nhân mổ chủ động có rất nhiều: tiền sử mổ đẻ, thai to, thai IVF, khung chậu hẹp... Mổ chủ động khi cơ thể chưa kịp sản xuất và bài tiết oxytocin dẫn tới tình trạng đờ tử

cung sau mổ cao hơn so với trường hợp mổ mà đã có chuyển dạ. Đây cũng là một thực trạng rất đáng lo ngại tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Cần phải có một nghiên cứu đối chứng để tìm hiểu chính xác hơn nguy cơ của mổ chủ động trong CMSĐ. Ngoài ra, 78 thai phụ trong nghiên cứu đều không có bệnh lý về rau hoặc ối, cân nặng thai nhi trung bình là $2980,8 \pm 442,1$; đây cũng là một mối quan ngại liên quan đến chỉ định mổ và cách xử trí bước đầu với các tình huống CMSĐ, cần được khảo sát kỹ hơn trong những nghiên cứu về CMSĐ tiếp theo.

Phương pháp xử trí chảy máu sau đẻ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tất cả bệnh nhân CMSĐ trong nghiên cứu đều được điều trị tăng co tử cung như một động tác đầu tiên của xử trí CMSĐ do đờ tử cung. Theo phác đồ hướng dẫn xử trí chảy máu sau đẻ của Bộ Y tế năm 2019, những trường hợp tiếp tục chảy máu từ buồng tử cung dù đã được dùng tất cả các thuốc tăng co sẽ phải can thiệp phẫu thuật.

Hiệu quả của mũi khâu B-Lynch. Ưu điểm của kỹ thuật phẫu thuật B-Lynch có thể bảo toàn tính mạng và giữ lại tử cung cho bệnh nhân [4], và nó đã được khuyến nghị bởi nhiều tổ chức trên toàn thế giới. Tỷ lệ thành công của phương pháp cao, không tốn kém và có thể nhanh chóng kiểm tra kết quả trước và sau khi thực hiện, và quy trình có thể được thực hiện bởi các bác sĩ phẫu thuật với mức độ trung bình hoặc tại các đơn vị có nguồn lực hạn chế. Hơn nữa, với khâu B-Lynch, áp lực có thể đạt được cùng một lúc cho cả hai bên thân tử cung. Với áp lực nén phù hợp, mũi khâu B-Lynch tạo điều kiện cầm máu tốt mà không gây biến đổi về giải phẫu của tử cung. Chỉ khâu có thể dễ dàng điều chỉnh và thắt chặt vào thành tử cung. Chiều dài của đường khâu rất thuận tiện cho việc duy trì lực nén đều, chắc ở cả hai bên của cơ tử cung trong khi đường rạch phân đoạn dưới đang được đóng lại bởi chính phẫu thuật viên. Mặc dù, mũi khâu B-Lynch lần đầu tiên được áp dụng năm 1989, đến nay, mũi khâu B-Lynch đã thể hiện nhiều ưu điểm rõ rệt so với các phương pháp cầm máu trong CMSĐ cổ điển như ép tử cung sử dụng bóng chèn, ...

Theo nghiên cứu của Allam MS và B-Lynch C năm 2006, có 10 báo cáo liên quan với 38 bệnh nhân đã được điều trị với kỹ thuật khâu B-Lynch để xử trí tình trạng băng huyết sau sinh nặng cho kết quả với 36 trường hợp thành công và 2 trường hợp thất bại [4]. Các nguyên nhân thất bại được báo cáo khác nhau như rau tiền đạo và rối loạn đông máu nội mạc lan tỏa không kiểm

soát, đường khâu không chặt hoặc ứng dụng khâu không đúng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiêu chuẩn thất bại sau khâu B-Lynch được đặt ra khi không cầm được máu chảy tử tử cung, phải chuyển sang phương pháp can thiệp khác hoặc phải cắt TC để cầm máu. Còn biến chứng sau khâu B-Lynch được hiểu là mặc dù đã xử trí được tình trạng CMSĐ nhưng bệnh nhân gặp phải các tình trạng bệnh lý khác có liên quan đến phương pháp can thiệp. Các nghiên cứu của các tác giả Meydanli (2008), Marasinghe (2011) hay gần đây như của Songthamwat S (2018) [8] đều cho thấy tỷ lệ thành công của mũi khâu B-Lynch hoặc B-Lynch cải tiến dao động từ 76-100%.

Khi sử dụng mũi khâu B-Lynch, 97,4% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi bảo tồn được tử cung, 2,6% bệnh nhân phải cắt tử cung do khâu B-Lynch thất bại. Trường hợp duy nhất thất bại vì tử cung mất máu trước đó quá nhiều trong tình trạng rối loạn đông máu nên dù được ép chặt lại nhưng máu vẫn tiếp tục chảy ra ở âm đạo.

Các biến chứng ngắn hạn và dài hạn sau khâu mũi B-Lynch cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu trên thế giới và trong nước. Các tình trạng như sốt, nhiễm khuẩn sau mổ; viêm niêm mạc tử cung; hoại tử niêm mạc tử cung; vỡ tử cung ở lần có thai sau; hoại tử toàn bộ TC; dính buồng tử cung... đã được ghi nhận. Trong nghiên cứu của chúng không ghi nhận trường hợp nào xảy ra biến chứng gần sau mũi khâu B-Lynch.

V. KẾT LUẬN

Chảy máu sau đẻ do nguyên nhân đỡ tử cung trong nghiên cứu này gặp ở nhóm bệnh nhân mổ chủ động chiếm tỷ lệ cao 80,8%, mắc bệnh lý

tăng huyết áp, tiểu đường thai kỳ và thiếu máu chiếm 19,2%. Tỷ lệ thành công giữ được tử cung ở những bệnh nhân khâu B Lynch đạt 97,4%, không có trường hợp nào gặp biến chứng gần sau khâu B Lynch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** WHO recommendations Uterotonics for prevention of postpartum haemorrhage: World Health Organization 2018, 7-10.
2. **Nguyễn Đức Vy (2002)**, Tình hình chảy máu sau đẻ tại viện bảo vệ bà mẹ trẻ sơ sinh trong 6 năm 1996- 2001, Tạp chí thông tin Y dược, 36-39.
3. **Phạm Thị Hải (2007)**, Nghiên cứu chảy máu sau đẻ tại bệnh viện phụ sản Trung Ương từ 7/2004 – 6/2007, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **B-Lynch C, Coker A, Lawal AH, et al.** The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported. Br J Obstet Gynaecol. 1997;104:372-375.
5. **Cameron MJ. Definitions,** Vital Statistics and Risk Factors: An Overview, A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage. 2012.
6. **Muche AA, Olayemi OO, Gete YK.** Effects of gestational diabetes mellitus on risk of adverse maternal outcomes: a prospective cohort study in Northwest Ethiopia. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(73): <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2759-8>.
7. **Unterscheider J, Breathnach F, Geary M.** Standard medical therapy for Postpartum Hemorrhage, A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage, 2nd Edition. Sapiens Publishing; 2012.
8. **S Songthamwat, M Songthamwat (2018).** Uterine flexion suture: modified B-Lynch uterine compression suture for the treatment of uterine atony during cesarean section. Int J Womens Health; 10: 487-492.

THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT GLUCOSE MÁU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐTD TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH NĂM 2019

Vũ Thanh Bình*, Lê Đức Cường*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng kiểm soát glucose máu (KSGM) và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình
 Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Bình
 Email: binhvt@tbump.edu.vn
 Ngày nhận bài: 3.3.2022
 Ngày phản biện khoa học: 19.4.2022
 Ngày duyệt bài: 29.4.2022

đái tháo đường (ĐTD) type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2019. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang với 336 bệnh nhân – cỡ mẫu tính theo công thức nghiên cứu mô tả. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu glucose máu lúc đói: 40,7%. Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu HbA1c: 44,3%. Có mối liên quan giữa kiểm soát glucose máu với chỉ số BMI (OR=2,1; 1,2-3,2), sự tuân thủ chế độ ăn (OR=2,9; 1,7-4,9), chế độ luyện tập (OR=1,9; 1,2-3,2), chế độ dùng thuốc (OR=3,3; 1,6-6,8). **Kết luận:** Tỷ lệ kiểm soát được chỉ số đường huyết lúc đói còn