

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ ĐẶT BÓNG CHÈN LÒNG TỬ CUNG BẰNG SONDE FOLEY ĐIỀU TRỊ BĂNG HUYẾT SAU SINH

Lê Cao Tuấn, Nguyễn Đình Tuyến, Đặng Ngọc Thuận, Nguyễn Xuân Minh, Nguyễn Văn Sáu, Lưu Thị Thùy Quyên, Đinh Thị Mỹ Hòa, Trương Thùy Dương, Trần Thị Bích Khuê
Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi

DOI: 10.46755/vjog.2019.1.591

Từ khóa: Băng huyết sau sinh,
Sonde foley.

Keywords: postpartum
haemorrhage (PPH), Foley's
catheter.

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị và tính an toàn của phương pháp đặt bóng chèn lòng tử cung bằng sonde Foley trong xử trí băng huyết sau sinh không do tổn thương đường sinh dục tại bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu trên 43 sản phụ sau sinh ngã âm đạo được chẩn đoán băng huyết sau sinh không do tổn thương đường sinh dục và đã được điều trị nội khoa thất bại tại Khoa Sản - Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi, trong thời gian từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 11 năm 2018. Thiết kế nghiên cứu thực nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên không đối chứng. Sử dụng sonde Foley số 30 để làm bóng chèn lòng tử cung.

Kết quả: Tỷ lệ thành công của phương pháp bóng chèn lòng tử cung trong xử trí băng huyết sau sinh không do tổn thương đường sinh dục là 95,35% (41/43). Thời gian trung bình chẩn đoán phương pháp bóng chèn lòng tử cung có hiệu quả cầm máu từ 10 đến 17 phút. Thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung từ 6 đến 12 giờ. Lượng dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung từ 130 đến 200ml. Lượng máu mất thêm sau khi đặt bóng chèn lòng tử cung đến khi chẩn đoán phương pháp thành công từ 10 đến 50ml.

Kết luận: Điều trị băng huyết sau sinh không do tổn thương đường sinh dục sau điều trị nội thất bại bằng phương pháp bóng chèn lòng tử cung là một phương pháp điều trị bảo tồn an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Băng huyết sau sinh, Sonde foley.

Abstract

EFFICACY OF BALLOON TAMPONADE USING
FOLEY'S CATHETER IN THE MANAGEMENT OF
POSTPARTUM HAEMORRHAGE

Objectives: To evaluate the efficacy and the safety of balloon tamponade using Foley's catheter in the management of postpartum haemorrhage without genital tract trauma in Quang Ngai Hospital for Children and Women.

Tác giả liên hệ (Corresponding author):

Lê Cao Tuấn,

email: hdnlinhmimi@gmail.com

Ngày nhận bài (received): 04/08/2019

Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
25/08/2019

Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 01/09/2019

Materials & methods: 43 participants who were diagnosed postpartum haemorrhage without genital tract trauma and were medically treated unsuccessfully at Department of Obstetrics of Quang Ngai Hospital for Children and Women, between January 2018 and November 2018. It was an interventional randomized uncontrolled study. Using Foley's catheter to make a balloon tamponade in uterine.

Results: The success rate of balloon tamponade in the management of postpartum haemorrhage without genital tract trauma is 95.35% (41/43). The mean time of this tamponade to be diagnosed successful is between 10 and 17 minutes. The remaining time of this tamponade is between 6 and 12 hours. The volume in the balloon is between 130 and 200ml. The blood loss until this technique was confirmed success is between 10 and 50ml.

Conclusions: Balloon tamponade in the management of postpartum haemorrhage without genital tract trauma after medically treated unsuccessfully is an effective and safe technique.

Key words: postpartum haemorrhage (PPH), Foley's catheter

1. Đặt vấn đề

Băng huyết sau sinh là một trong năm tai biến sản khoa, là nguyên nhân tử vong hàng đầu của các bà mẹ trên toàn thế giới, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới hàng năm có khoảng 14 triệu trường hợp chảy máu liên quan đến thai sản, ít nhất 35% phụ nữ chết do băng huyết sau sinh, hầu hết những cái chết này xảy ra trong vòng 4 giờ đầu sau sinh và có liên quan đến giai đoạn III chuyển dạ [14].

Tại bệnh viện Từ Dũ, theo số liệu báo cáo của khoa Sinh, băng huyết sau sinh chiếm tỷ lệ từ 0,22% đến 0,58%. Trong đó băng huyết sau sinh không do tổn thương đường sinh dục thường gặp nhất là do tử cung gò kém (55%) [2]. Điều trị băng huyết sau sinh có nhiều phương pháp: nội khoa và ngoại khoa. Trong 100% các trường hợp băng huyết sau sinh được điều trị nội khoa ban đầu bằng Oxytocin và Misoprostol 1000µg, gần 22% cần can thiệp điều trị ngoại khoa sau đó. Năm 2005 có 14 trường hợp băng huyết sau sinh cắt tử cung, năm 2006 có 12 trường hợp cắt tử cung, 2 trường hợp thắt động mạch tử cung và động mạch hạ vị [2], [3].

Phương pháp bóng chèn lòng tử cung trong xử trí băng huyết sau sinh do tử cung gò kém hay do nhau bám thấp hiện đã và đang sử dụng tại các bệnh viện trong nước và trên thế giới. Tại Quảng

Ngãi hiện chưa có nghiên cứu nào về tính hiệu quả và tính an toàn của phương pháp bóng chèn lòng tử cung, một phương pháp nếu thành công có thể giúp sản phụ tránh được nguy cơ mổ bụng và cắt tử cung trong điều trị băng huyết sau sinh. Vì những lý do trên, chúng tôi quyết định tiến hành "Nghiên cứu hiệu quả đặt bóng chèn lòng tử cung bằng Sonde Foley điều trị băng huyết sau sinh" với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị và tính an toàn của phương pháp đặt bóng chèn lòng tử cung bằng sonde Foley trong xử trí băng huyết sau sinh không do tổn thương đường sinh dục tại bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu thực nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên không đối chứng.

Đối tượng nghiên cứu

Cỡ mẫu tối thiểu được tính dựa vào công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p \times (1-p)}{d^2}$$

Theo nghiên cứu của Condous [7], $p=0,875$ là tỷ lệ thành công của phương pháp bóng chèn lòng tử cung, $d=0,1$ và $\alpha=0,05$ thì $n = 42,0175$.

Vậy cỡ mẫu tối thiểu là 43 đối tượng.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Có băng huyết sau sinh (BHSS): Chảy máu sau khi sổ thai sinh ngã âm đạo ≥ 500 ml trong vòng 24 giờ.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Đa thai.

- Tổn thương đường sinh dục.

- Tử cung dị dạng (tử cung đôi, có vách ngăn,...).

- Trong quá trình chuyển dạ có kèm các dấu hiệu có nguy cơ nhiễm trùng:

+ Nhiệt độ $> 38^{\circ}\text{C}$.

+ Nhiễm trùng ối.

+ Bạch cầu $> 15000/\text{mm}^3$.

- Bệnh lý rối loạn đông máu; Tiểu cầu $< 100.000/\text{mm}^3$.

Phương tiện nghiên cứu

- Các dụng cụ khám thai: thước dây, máy Doppler tim thai, máy đo huyết áp, găng tay vô khuẩn, Sonde tiểu

- Hồ sơ ghi chép là mẫu bệnh án sản khoa đang dùng tại khoa sản

- Phiếu thu thập dữ liệu

- Các xét nghiệm cận lâm sàng như công thức máu, Hb, Hct..., làm tại khoa xét nghiệm của bệnh viện

- Dụng cụ hứng máu có vạch chia mức (túi đựng máu bằng nylon), sãn lót bằng vải của phòng sinh

- Cân để cân em bé

- Các dụng cụ đỡ đẻ và cấp cứu của phòng sinh

- Sonde Foley số 30

- Bộ dụng cụ kiểm tra cổ tử cung, kẹp hình tim

- Bơm tiêm 50 ml

- Túi đựng máu có vạch tính ml

- Các loại thuốc :

+ Oxytocin (ống 5 đơn vị), Dolargan, Atropin

+ Dịch truyền: Glucose 5%, Nacl 0,9%, RingerLactat...

+ Các thuốc co TC có thể dùng thêm khi cần: Ergometrine, Misoprostol

Các bước tiến hành

- Nếu sản phụ thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu (có chẩn đoán BHSS) tiến hành: ghi nhận thời gian chẩn đoán BHSS (thời gian tính từ sau khi sổ thai đến lúc chẩn đoán BHSS), lượng máu mất khi chẩn đoán BHSS, ghi nhận có sự thay đổi tổng trạng, sinh hiệu trên lâm sàng.

- Cho sản phụ nằm đầu thấp, thở oxy.

- Xoa ép đáy tử cung qua thành bụng bằng hai tay. Đặt một tay trong âm đạo tạo thành một nắm tay ép đẩy lên mặt trước thân tử cung trong khi các đầu ngón tay của bàn tay kia ép đáy tử cung từ trên thành bụng xuống. Mặt sau tử cung được xoa ép bởi các ngón tay trên thành bụng và mặt trước tử cung được xoa ép bởi tay trong âm đạo.

- Lập đường truyền tĩnh mạch (TM): Lactate Ringer 500ml 1 chai pha oxytocin 10 đơn vị truyền TM XXX giọt/phút.

- Thông tiểu.

- Giảm đau bằng Dolargan tiêm tĩnh mạch chậm.

- Chống choáng bằng Atropin 0,25mg tiêm dưới da

- Tiến hành soát lòng tử cung lấy hết nhau và máu cục. Loại trừ vỡ tử cung và tử cung dị dạng.

- Kiểm tra cổ tử cung bằng dụng cụ: loại trừ có tổn thương đường sinh dục.

- Nếu sau các bước trên, máu vẫn tiếp tục chảy ra âm đạo thì thực hiện bóng chèn lòng tử cung như sau:

+ Sát trùng cổ tử cung, âm đạo bằng Betadine.

+ Dùng kẹp hình tim đưa sonde Foley số 30 vào lòng tử cung, bơm vào bóng chèn lòng tử cung nước muối sinh lý lượng từ 100 đến 200ml đến khi có cảm giác nặng tay, đầu dẫn lưu của Foley được nối với túi nylon theo dõi lượng máu chảy ra từ lòng tử cung. Lúc này, sonde Foley có tác dụng như một bóng chèn lòng tử cung.

+ Chèn nút gạc tẩm Betadin vào túi cùng sau và trong âm đạo để giữ cố định bóng chèn lòng tử cung.

+ Ghi nhận thời điểm và lượng máu mất thêm từ lúc chẩn đoán BHSS đến lúc đặt bóng chèn lòng tử cung.

- Duy trì truyền tĩnh mạch oxytocin 20 đơn vị pha trong 1 chai Lactat Ringer 500 ml truyền TM XXXg/phút suốt trong quá trình thực hiện thủ thuật.

- Theo dõi sinh hiệu, lượng máu chảy ra qua ống dẫn lưu của sonde Foley có nối với túi đong có chia vạch theo thể tích.

- Rút Foley có kiểm soát.

- Điều trị tích cực theo phác đồ của bệnh viện: chuyển phòng mổ mổ bụng tùy tình hình xử trí. Đầu tiên tiến hành thắt động mạch tử cung hai bên nếu không hiệu quả tiến hành thắt động mạch

hạ vị hai bên. Nếu tình trạng chảy máu vẫn tiếp diễn, tử cung không go, tình trạng mạch huyết áp không ổn định mặc dù đã được bù đủ máu và thuốc co hồi tử cung, khi đó chúng tôi tiến hành cắt tử cung kết hợp hồi sức tích cực để đảm bảo an toàn tính mạng cho sản phụ. Chúng tôi sẽ cố gắng giữ lại tử cung khi điều kiện mạch, huyết áp cho phép kết hợp điều trị nội khoa tích cực cùng bù đủ thể tích tuần hoàn nhất là các sản phụ còn trẻ, chưa đủ số con.

- Ghi nhận các yếu tố: nguyên nhân thất bại, xử trí tiếp theo.

- 24 – 48 giờ sau khi thực hiện thủ thuật đánh giá biến chứng: viêm nội mạc tử cung, viêm vùng chậu (có dấu hiệu nhiễm trùng, sốt, sản dịch hôi, tử cung gò kém, có thể có phản ứng thành bụng, bạch cầu $> 15000/\text{mm}^3$, CRP $> 6\text{mg/l}$).

Các yếu tố đánh giá

- Thủ thuật được xem là có hiệu quả cầm máu khi trong vòng 20 phút sau thủ thuật có các hiện tượng: sinh hiệu cải thiện dần, tử cung gò khá, máu chảy ra âm đạo giảm rõ rệt.

- Thủ thuật được gọi là thành công khi có các hiện tượng: sinh hiệu cải thiện dần, tử cung gò tốt, máu chảy ra âm đạo giảm rõ rệt và khi rút bóng chèn lòng tử cung máu đỏ tươi không tiếp tục chảy ra âm đạo.

- Thủ thuật được gọi là thất bại khi có một trong các dấu hiệu sau:

+ Choáng ngay khi thực hiện thủ thuật.

+ Máu đỏ tươi tiếp tục chảy không giảm trong thời gian 20 phút sau thủ thuật, ảnh hưởng tổng trạng và sinh hiệu sản phụ.

+ Sau khi rút bóng chèn lòng tử cung máu đỏ tươi vẫn tiếp tục chảy ra âm đạo.

Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu sau khi thu thập được trình bày dưới dạng bảng biểu và phương pháp xử lý số liệu thường dùng trong nghiên cứu y học, trên phần mềm Stada 8.0.

3. Kết quả

Qua nghiên cứu trên 43 trường hợp BHSS sau sinh không do tổn thương đường sinh dục dưới tại Bệnh viện Sản – Nhi tỉnh Quảng Ngãi trong năm 2018, chúng tôi có các kết quả sau:

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Tuổi trung bình là $28,42 \pm 6,13$, nhóm sản phụ có độ tuổi từ 20 đến 35 tuổi chiếm tỉ lệ 76,74%, có 3 trường hợp (chiếm 6,98%) sản phụ có tuổi là 16 và 18 tuổi. 74,42% sinh sống ở nông thôn. 44,19% con so, 16,28% sinh từ 3 con trở lên.

Đặc điểm thai kỳ lần này

88,36% sản phụ không có tiền căn bệnh lý nội khoa kèm theo. 2,33% trường hợp có tiền căn BHSS ở lần sinh trước, có 2,33% trường hợp có vết mổ đẻ cũ. Tuổi thai trung bình: $38,77 \pm 2,51$ tuần (26 - 41 tuần). Tuổi thai nhỏ nhất trong mẫu nghiên cứu là 26 tuần (tiền căn vết mổ đẻ cũ). Tuổi thai từ 37 đến 40 tuần chiếm trên 81,38%. Chỉ số ối bình thường đến 86,04%, đa ối chiếm 6,98%. 6,98% có nhau bám thấp.

Đặc điểm của cuộc chuyển dạ

Bảng 1. Phân bố thời gian theo dõi tại phòng sinh

Thời gian theo dõi	Trường hợp	Tỉ lệ %
< 3 giờ	6	13,95
Từ 3 giờ - < 12 giờ	34	79,07
Từ 12 giờ - < 24 giờ	2	4,65
≥ 24 giờ	1	2,33
Tổng	43	100%

Nhận xét: Thời gian theo dõi trung bình là 8 giờ 01 phút ± 4 giờ 54 phút (1 giờ – 33 giờ)

Cân nặng của con

55,81% trẻ sinh nặng 2500 - <3500g, 6,98% trẻ <2500g trong đó trường hợp tiền căn vết mổ đẻ cũ trẻ sinh 700g. 37,2% trẻ sinh nặng $\geq 3500\text{g}$.

Chẩn đoán BHSS

Lượng máu mất trung bình: $544,88 \pm 72,55$ (450 – 800ml). Thời gian chẩn đoán BHSS trung bình: $9,65 \pm 3,37$ (5-15phút). 51,16% sản phụ được chẩn đoán BHSS từ 5 – 9 phút, 16,28% sản phụ được chẩn đoán BHSS sau 15 phút.

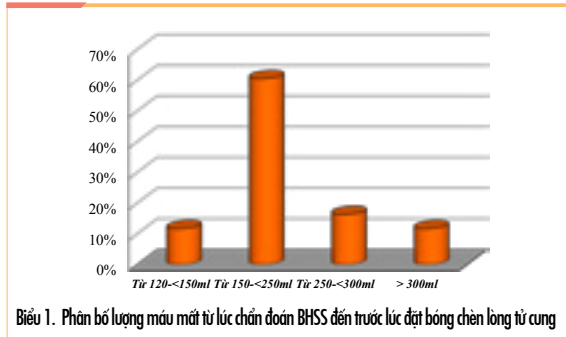
Nguyên nhân BHSS: trong 3 trường hợp nhau bám thấp có 2 trường hợp kèm tình trạng tử cung gò kém (14,29%).

Đặc điểm của bóng chèn lòng tử cung

Thời gian từ lúc BHSS đến khi đặt bóng chèn lòng tử cung trung bình:

$12,09 \pm 3,64$ (7-20 phút). Trong đó 90,7% trường hợp trong vòng 7-15 phút.

Nhận xét: Lượng máu mất từ lúc chẩn đoán BHSS đến trước lúc đặt bóng chèn lòng tử cung trung bình: $199,07 \pm 58,55\text{ml}$ (120 – 350ml).



Biểu 2. Phân bố lượng máu mất thêm sau đặt bóng chèn lòng tử cung đến khi chẩn đoán phương pháp thành công hay thất bại

Lượng máu mất thêm	Trường hợp	Tỉ lệ %
Dưới 50ml	41	13,95
200ml	1	79,07
400ml	1	4,65
Tổng	43	2,33

Nhận xét: Lượng máu mất sau đặt bóng chèn lòng tử cung trung bình: 43,72 ml. Khi đặt bóng chèn lòng tử cung, chỉ có 2 trường hợp máu chảy thêm 200ml, 400ml; 2 trường hợp này được chẩn đoán là thất bại và sản phụ phải cắt tử cung.

Biểu 3. Phân bố lượng dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung

Lượng dịch bơm vào (ml)	Trường hợp	Tỉ lệ %
130-150ml	2	4,65
150-180ml	2	4,65
180-200ml	39	90,70
Tổng	43	100

Nhận xét: Lượng dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung trung bình: 179,77 ± 13ml (130 – 200ml). 95,35% trường hợp thành công khi đặt bóng chèn lòng tử cung.

Đặc điểm những trường hợp thất bại

Nhận xét: Trong nghiên cứu có hai trường hợp thất bại, một trường hợp sản phụ con so và một trường hợp sản phụ con rạ lần hai. Đối với cả 2 trường hợp: sau khi đặt bóng chèn lòng tử cung lưu 10-15 phút nhưng chúng tôi thấy máu vẫn tiếp tục chảy ra qua ống dẫn lưu lòng tử cung nhưng quan trọng hơn là máu đỏ tươi vẫn tiếp tục chảy từ lòng tử cung như trước khi đặt bóng chèn lòng tử cung. Do đó chúng tôi đã chuyển qua một phương pháp can thiệp khác là mổ bụng và thắt động mạch tử cung hai bên, động mạch hạ vị nhưng tình trạng chảy máu vẫn không cầm được, tử cung go kém mạch huyết động không cải thiện nên chúng tôi quyết định cắt tử cung.

Biểu 4. Phân bố đặc điểm những trường hợp thất bại

	Trường hợp 1	Trường hợp 2
Tuổi thai phụ	32	27
Số con	1	0
Tuổi thai	40 tuần	38 tuần
Đặc điểm thai	Bình thường	Bình thường
Đa ối	không	không
Cân nặng con	3700g	2700g
Nguyên nhân BHSS đỡ tử cung	Có	Có
Nhau bám thấp	Không	Không
Lượng máu mất lúc chẩn đoán BHSS	500ml	750ml
Thời gian theo dõi tại phòng sinh	3 giờ	5 giờ
Thời gian chẩn đoán BHSS	7 phút	5 phút
Thời gian từ lúc chẩn đoán BHSS đến lúc đặt bóng chèn lòng tử cung	20 phút	15 phút
Lượng máu chảy thêm từ lúc chẩn đoán BHSS đến lúc đặt bóng chèn lòng tử cung	200ml	300ml
Lượng máu chảy thêm sau khi đặt bóng chèn lòng tử cung	200ml	400ml
Lượng dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung	180ml	180ml
Thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung	15 phút	10 phút
Xử trí tiếp theo	Cắt tử cung	Cắt tử cung

Đặc điểm những trường hợp thành công

Lượng máu mất thêm khi chẩn đoán thành công trung bình: 31,22 ± 12,88 (10-50ml), trong đó 31,71% (13/41) mất thêm 30ml máu. Thời gian chẩn đoán phương pháp bóng chèn lòng tử cung có hiệu quả cầm máu: 12,95 ± 2,25 phút (10 – 17 phút). Thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung trung bình: 8,66 ± 1,89 giờ (6 – 12 giờ), trong đó 53,66% lưu từ 7 – 8 giờ. Lượng máu mất tổng cộng trung bình: 768,78 ± 90ml (630-990ml), không ghi nhận trường hợp nào có lượng máu mất ≥1000 ml.

Tác dụng phụ

Các trường hợp trong mẫu nghiên cứu có nhiệt độ dao động từ 37 đến 37,8°C trong vòng 2 ngày sau sinh, không ghi nhận trường hợp nào có nhiệt độ tăng cao hơn 37,8°C.

100% những trường hợp thành công đều có gò tử cung tốt, sản dịch đỏ sậm, không hôi.

Biểu 5. Phân bố số lượng bạch cầu trong máu

Bạch cầu	Trước sinh	24-48 giờ sau sinh
Trung bình	10.648 ± 1.883	13.282 ± 3.052
< 10.000/mm ³	17	9
10.000 – 15.000/mm ³	26	18
> 15.000/mm ³	0	16
Tổng số	43	43

Nhận xét: Trong vòng từ 24 - 48 giờ sau thực hiện thủ thuật bóng chèn lòng tử cung, đa số các trường hợp có tình trạng tăng số lượng bạch cầu so với trước sinh, có thể do tình trạng cô đặc máu

hay do tăng bạch cầu phản ứng. Không có trường hợp nào có biểu hiện nhiễm trùng trên lâm sàng và trên xét nghiệm.

Phân tích tỉ lệ thành công với một số yếu tố liên quan

Bảng 6. Bảng mối liên quan giữa tỉ lệ thành công và các yếu tố

Yếu tố khảo sát	Giá trị p
Tuổi mẹ	0,802
Nghề nghiệp của mẹ	0,286
Số con còn sống	0,651
Bệnh lý nội khoa đi kèm	0,628
Tiền căn BHSS	0,828
Tuổi thai	0,677
Chỉ số ối	0,594
Vị trí nhau bám	0,700
Cân nặng của con	0,906
Lượng máu mất khi chẩn đoán BHSS	0,111
Lượng máu mất từ lúc chẩn đoán BHSS đến khi đặt bóng chèn lòng tử cung	0,212
Lượng máu mất thêm sau khi đặt bóng chèn lòng tử cung	0,227
Lượng dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung	0,980
Thời gian chẩn đoán BHSS	0,118
Thời gian từ lúc chẩn đoán BHSS đến khi đặt bóng chèn lòng tử cung	0,030

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tỉ lệ thành công và thời gian từ lúc chẩn đoán BHSS đến khi đặt bóng chèn lòng tử cung ($p < 0,05$).

4. Bàn luận

Chúng tôi chọn sonde Foley để làm bóng chèn lòng tử cung vì sonde đơn giản, rẻ tiền, dễ tìm... phù hợp với điều kiện kinh tế. Hơn nữa đã có nghiên cứu về tính an toàn và hiệu quả của bóng chèn lòng tử cung khi dùng sonde Foley [4].

Tỉ lệ thành công của phương pháp bóng chèn lòng tử cung là 95,35%. Nghiên cứu của chúng

tôi cũng phù hợp với các kết quả nghiên cứu khác, tỷ lệ thành công từ 75% đến 100% [4], [9], [13].

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng sonde Foley làm bóng chèn lòng tử cung, so với các nghiên cứu khác sử dụng sonde Sengstaken- Bakemore, bóng Rusch, sonde Bakri tỷ lệ thành công phù hợp. Cũng phù hợp với tỷ lệ thành công của nghiên cứu Khairy và của sử dụng sonde Foley. Do hiệu quả cầm máu của bóng chèn lòng tử cung dựa vào nguyên lý chèn một áp lực lớn hơn áp lực tại vị trí chảy máu nên dùng sonde Foley làm bóng chèn lòng tử cung cũng cho hiệu quả cao. Do tác dụng cầm máu tại chỗ dựa trên nguyên tắc tạo một áp lực lên đoạn dưới tử cung (nơi không có lớp cơ chéo nên tác dụng cầm máu tại chỗ yếu) và tại vị trí nhau bám, khi tử cung căng gò, áp lực lên các vị trí chèn của bóng càng tăng tác dụng cầm máu. Máu chảy ra từ ống dẫn lưu là máu chảy trong lòng tử cung ngoài khoảng đặt bóng (bao gồm cả lượng máu còn ứ lại trong lòng tử cung trước khi đặt bóng), lượng máu chảy ra này sẽ ngày càng giảm và ngừng dần khi tử cung gò tốt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có hai trường hợp hợp chẩn đoán thất bại. Cả hai trường hợp này thời gian theo dõi tại phòng sinh ngắn là 3 giờ và 5 giờ. Thời gian chẩn đoán BHSS là 5 phút và 7 phút. Thời gian từ lúc chẩn đoán BHSS đến lúc đặt bóng chèn lòng tử cung là 15 phút và 20 phút nên lượng máu mất thêm khá nhiều (200 - 300 ml). Lượng máu mất tổng cộng từ 900 ml và 1450 ml. Do đó, trên sản phụ có nhiều nguy cơ BHSS cần theo dõi sát để chẩn đoán BHSS sớm, xử trí kịp thời. Nguyên nhân băng huyết được nghĩ là do tử cung gò kém, do đó, lượng dịch bơm 180ml có thể tạo áp lực không đủ để có tác dụng cầm máu hay ống dẫn lưu theo dõi lượng máu chảy ra từ lòng tử cung bị nghẽn nên cho hiệu quả cầm máu giả. Do đó, các trường hợp sau khi đặt bóng chèn lòng tử cung cần được theo dõi sát về tổng trạng, sinh hiệu trên lâm sàng để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu ẩn trong lòng tử cung.

Theo nghiên cứu của Katesmark[10] và cộng sự báo cáo nghiên cứu dùng sonde Sengstaken-Blakemore làm bóng chèn lòng tử cung phối hợp oxytocin trên 17 trường hợp BHSS điều trị nội thất bại, ghi nhận có 2 trường hợp thất bại nguyên

Bảng 7. So sánh tỉ lệ thành công của các nghiên cứu

Năm	Tác giả	Số ca thực hiện	Số trường hợp thành công	
1991	Katesmark [10]	17	15/17	(88,24%)
2001	Johanson [9]	2	2/2	(100%)
2001 - 2002	Khoa sản Trường viện Dhaka - Bangladesh [12]	23	23/23	(100%)
2003	Condous và cộng sự [7]	16	14/16	(87,50%)
2005	Maier và cộng sự [13]	17	15/17	(88,24%)
2005	Alkhter và cộng sự [4]	2	2/2	(100%)
2007 - 2008	Nguyễn Thị Minh Tuyết [1]	56	54/56	(96,43%)
5-11/2015	Khairy [11]	20	17/20	(85%)
7/2009-3/2014	Hee Young Cho [6]	64	48/64	(75%)
4-10/2013	Gao Yu [8]	109	102/109	(93,6%)
10/2014-12/2015	Atef M. Darwish [5]			
	Sonde Bakri	33	30	(91%)
	Sonde foley	33	28	(84,84%)

nhân được nghĩ là do bơm không đủ lượng dịch vào bóng chèn lòng tử cung. Hai trường hợp này có lượng dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung là 200 ml và 300 ml. Theo nghiên cứu của Maier và cộng sự [13], nghiên cứu dùng sonde Sengstaken-Blakemore xử trí 17 trường hợp BHSS thất bại với điều trị nội khoa và Hb trung bình là 4 mg%, có 2 trường hợp thất bại do rách cổ tử cung, 1 trường hợp có biến chứng nhiễm trùng tử cung.

Bạch cầu trong giới hạn bình thường, không tăng cao. Trong quá trình tiến hành thủ thuật chúng tôi tuân thủ tối đa qui tắc vô trùng, hạn chế ít nhất lây nhiễm ngược dòng. Trong mẫu nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào có bệnh viêm nhiễm phụ khoa trong tiền căn. Thêm vào đó, mẫu nghiên cứu đã loại trừ các trường hợp có dấu hiệu nhiễm trùng trước đó. Theo các nghiên cứu của Katesmark và cộng sự [10] báo cáo nghiên cứu thực hiện dùng sonde Sengstaken-Blakemore làm bóng chèn lòng tử cung phối hợp oxytocin trên 17 trường hợp BHSS điều trị nội thất bại. Có 1 trường hợp nghi nhiễm trùng huyết sau thủ thuật, phải cắt tử cung. Nghiên cứu của Seror và cộng sự, nghiên cứu dùng sonde Sengstaken-Blakemore 17 trường hợp BHSS thất bại với điều trị nội khoa và Hb trung bình là 4 mg%, kết quả có 1 trường hợp có biến chứng nhiễm trùng tử cung. Nghiên cứu này có thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung từ 8 đến 30 giờ. Có thể đây là một trong những yếu tố nguy cơ gây nhiễm trùng tử cung [13]. Theo nghiên cứu Gao Yu trên 109 trường hợp đặt bóng chèn lòng tử cung với thời gian lưu bóng chèn trung bình là 22±3 giờ thì không ghi nhận trường hợp nào xuất hiện dấu hiệu nhiễm trùng [8].

Ưu điểm và hạn chế của đề tài

Phương pháp bóng chèn lòng tử cung có những ưu điểm:

- Sonde Foley dùng làm bóng chèn lòng tử cung đơn giản, dễ tìm, kinh tế.
- Kỹ thuật đơn giản, dễ thực hiện.
- Hiệu quả nhanh, dễ nhận thấy.
- Tỷ lệ thành công cao.

Theo công thức tính cỡ mẫu, cỡ mẫu tối thiểu là 43 trường hợp và thực tế chúng tôi đã tiến hành

nghiên cứu trên 43 trường hợp. BHSS là một tai biến sản khoa nên việc phát hiện sớm và điều trị tích cực là cần thiết. Việc phòng ngừa BHSS không do chấn thương đường sinh dục với các thuốc gò tử cung đã làm giảm nhiều tỷ lệ BHSS, do vậy tỉ lệ BHSS tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ngãi từ khi sử dụng phương pháp này đã giảm đáng kể. Ngoài ra, nghiên cứu được thực hiện trong thời gian tương đối ngắn và cỡ mẫu chưa đủ lớn nên các phân tích mối liên quan giữa tỉ lệ thành công và các yếu tố chưa đủ mạnh về ý nghĩa thống kê để kết luận. Hơn nữa, đây là một cấp cứu sản khoa cần được xử trí cấp thời, thời gian được tính bằng phút, với những bác sĩ có nhiều kinh nghiệm, nên nhóm nghiên cứu gồm có những bác sĩ trưởng phó khoa sản và phiên trực cùng tham gia xử trí. Cả nhóm nghiên cứu đã cố gắng tuân thủ các yêu cầu kỹ thuật, tiêu chuẩn chọn vào mẫu nghiên cứu một cách tốt nhất.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 43 trường hợp bóng chèn lòng tử cung điều trị băng huyết sau sinh chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Tỷ lệ thành công của phương pháp bóng chèn lòng tử cung trong xử trí băng huyết sau sinh không do tổn thương đường sinh dục là 95,35% (41/43trường hợp).
- Thời gian trung bình chẩn đoán phương pháp bóng chèn lòng tử cung có hiệu quả cầm máu từ 10 - 17 phút. Thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung từ 6 - 12 giờ. Lượng dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung từ 130 - 200 ml.
- Lượng máu mất thêm sau khi đặt bóng chèn lòng tử cung đến khi chẩn đoán phương pháp thành công không đáng kể: từ 10 đến 50ml.
- Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào gặp tai biến trong suốt quá trình nghiên cứu.
- Điều trị băng huyết sau sinh không do tổn thương đường sinh dục sau điều trị nội thất bại bằng phương pháp bóng chèn lòng tử cung là một phương pháp điều trị bảo tồn an toàn và hiệu quả.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Thị Minh Tuyết (2008), Đánh giá hiệu quả của đặt bóng chèn lòng tử cung điều trị băng huyết sau sanh tại bệnh viện Từ Dũ, Tạp chí Y học Hồ Chí Minh. 2009; 13(1): 32-38.
2. Phạm Thanh Hải (2010), Báo cáo băng huyết sau sinh, Bệnh viện Từ Dũ.
3. Phòng Kế hoạch tổng hợp bệnh viện Từ Dũ (2016), Báo cáo tổng kết hoạt động bệnh viện.
4. Akhter S, Begum MR, Kabir J, Foley (2005), Hydrostatic tamponade for massive postpartum hemorrhage, Int J Gynecol Obstet, 90, pp. 134-5.
5. Atef M. Darwish, Mohamed M. Abdallah, Omar M. Shaaban, Mohammed K. Ali, Mohamed Khalaf & Ali Mohamed A. Sabra (2018) Bakri balloon versus condom-loaded Foley's catheter for treatment of atonic postpartum hemorrhage secondary to vaginal delivery: a randomized controlled trial, The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 31 (6), pp. 747-753.
6. Cho HY, Park YW, Kim YH, Jung I, Kwon JY (2015), Efficacy of Intrauterine Bakri Balloon Tamponade in Cesarean Section for Placenta Previa Patients, PLoS One., 10(8).
7. Condous GS, Arulkumaran S, Symonds I. (2003), The "tamponade test" in the management of massive postpartum hemorrhage, Obstet Gynecol, 101, pp. 767-72.
8. Gao Yu, Wang Zilian, Zhang Jianping, et al. (2014), The efficacy and safety of Bakri hemostasis balloon in the treatment of postpartum hemorrhage, Chinese Journal of Obstetrics and Gynecology, 49 (09), pp. 670-675.
9. Johanson R, Kumar M, Obrai M (2001), Management of massive postpartum hemorrhage: use of a hydrostatic balloon catheter to avoid laparotomy, Br J Obstet Gynaecol, 108, pp. 420-2.
10. Katesmark M, Brown R, Raju KS (1994), Successful use of a Sengstaken-Blakemore tube to control massive postpartum hemorrhage, Br J Obstet Gynaecol, 101, pp. 259-260.
11. Khairy, Mohammed & Abbas, Ahmed & Abdelbadee, Ahmed & Shazly, Sherif & M. AbdelMagied, Ahmed. (2016), Use of Foley's catheter balloon tamponade to control placental site bleeding resulting from major placenta previa during cesarean section, Obstetrics and Gynecology, 6.
12. Lester WM, Bartholomew RA, Colvin ED, Grimes WH, Fish JS, Galloway WH (1965), Reconsideration of the uterine pack in postpartum haemorrhage, Am J Obstet Gynecol, 93, pp. 321-329.
13. Maier RC., Seror M. (2005), Control of postpartum hemorrhage with uterine packing, Am J Obstet Gynecol, 169, pp. 317-321.
14. WHO and UNICEF (2012), Countdown to 2015: Maternal, Newborn and Child Survival [Internet]. Available at: <http://www.countdown2015mnch.org/documents/2012Report/2012-Complete.pdf>. Last accessed 1 September 2012.