BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP CẮT TỬ CUNG DO CHẢY MÁU TRONG PHÁ THAI QUÝ II NĂM 2020 TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

PHẠM THỊ YẾN[1], NGUYỄN THỊ PHƯƠNG THẢO[2], PHAN THỊ ANH[3], NGUYỄN THỊ LẬP[4], NGUYỄN THỊ HUẾ[5]
Bệnh viện Phụ sản Trung ương

TÓM TẮT

Hiện nay trên thế giới Misoprostol hay nong gắp thai đang được thực hiện một cách rộng rãi trong phá thai quý II với kết quả thành công cao. Tuy nhiên, nhiều trường hợp có biến chứng nặng như chảy máu, vỡ tử cung đã được báo cáo trên những bệnh nhân có sẹo mổ tử cung và cả trên những bệnh nhân không có sẹo mổ tử cung. Chảy máu là biến chứng rất nguy hiểm, nó đe dọa đến tính mạng của thai phụ. Vậy nên, chúng tôi báo cáo hai trường hợp chảy máu nặng phải cắt tử cung khi phá thai quý II, là những trường hợp rất điển hình cho biến chứng trong phá thai to.

Từ khóa: *Chảy máu, cắt tử cung, phá thai quý II.*

SUMMARY

HYSTERECTOMY FOR HEAVY VAGINAL BLEEDING IN SECOND TRIMESTERS ABORTION: TWO CASES REPORT

Currently, Misoprostol or dilation and evacuation procedures is being widely used in second trimester abortion with high success results. However, many cases of serious complications such as bleeding and rupture of the uterus have been reported in patients with scarring of the uterus and in patients without uterine scarring. Bleeding is a very dangerous complication, it is life-threatening for pregnant women. Therefore, we would like to present 2 cases of heavy bleeding requiring hysterectomy during second trimester abortion, these are very typical cases of complications in abortion due to abortion.

Keywords: *Bleeding, hysterectomy, second trimester abortion.*

Chịu trách nhiệm: Phạm Thị Yến
Email: phamyen1612@gmail.com
Ngày nhận: 10/11/2020
Ngày phản biện: 08/12/2020
Ngày duyệt bài: 23/12/2020

TRƯỜNG HỢP 1

Bệnh nhân Phạm Bích V, 40 tuổi, quê ở Phố Huế, Hai Bà Trưng, Hà Nội. Vào viện ngày 23/04/2020 vì thai 14 tuần xin phá thai vì lý do đã đủ con. Bệnh nhân có tiền sử 2 lần mổ đẻ và 3 lần hút thai. Trên siêu âm khi vào viện cho thấy rau bám rộng mặt trước tử cung. Bệnh nhân vào viện và được hội chẩn chỉ định sử dụng phương pháp nội khoa để phá thai. Ngày đầu bệnh nhân được dùng 1 viên Mifepristol 200mcg, uống. Sau 24 giờ, bắt đầu với liều Misoprostol 100 mcg cách 6 giờ, 4 lần/ngày, ngậm cạnh. Bệnh nhân dùng thuốc 3 ngày không kết quả, với tổng liều 1100 mcg. Khám lâm sàng tử cung không có cơn co, âm đạo không ra máu, cổ tử cung đóng. Bệnh nhân được siêu âm kiểm tra lại. Kết quả siêu âm: Bánh rau bám rộng mặt trước, có 1 đoạn 17mm mất ranh giới giữa bánh rau và cơ tử cung, trên một đoạn 12 mm, mất liên tục thanh mạc, có vài mạch đâm xuyên, kênh cổ tử cung dài 7 mm. Bệnh nhân được hội chẩn lại chỉ định chuẩn bị cổ tử cung để nong gắp thai. Ngày 28/4/2020, bệnh nhân được nong gắp thai dưới siêu âm. Tại thì gắp rau, buồng tử cung ra máu nhiều, dùng thuốc tăng co không kết quả. Chuyển đặt bóng buồng tử cung để cầm máu. Kiểm tra công thức máu thấy số lượng hồng cầu sau thủ thuật là 2,7 triệu/lít, hemoglobin là 83 gam/lit. Bệnh nhân được truyền 5 khối hồng cầu, 2 khối huyết tương tươi, 2 khối tủa VIII. Sau đặt bóng 5 tiếng, toàn trạng bệnh nhân thiếu máu da xanh, niêm mạc nhợt, mạch 100 lần/phút nhanh nhỏ, huyết áp 90/60 mmHg. Bụng mềm, không chướng và cũng không có phản ứng thành bụng. Buồng tử cung ra theo sonde khoảng 700 ml máu đỏ tươi. Bệnh nhân được mổ cấp cứu xử trí theo tổn thương. Trong mổ quan sát thấy đoạn dưới tử cung phình to, tím, tăng sinh mạch. Bệnh nhân được mổ cắt tử cung bán phần thấp để lại 2 phần phụ. Bệnh nhân được truyền thêm 5 khối hồng cầu. Kết quả giải phẫu bệnh lý là rau cài răng lược. Bệnh nhân nằm viện sau mổ 7 ngày, ổn định ra viện.

Hình 1: Hình ảnh bánh rau trên siêu âm ở trường hợp 1

Hình 2: Hình ảnh bánh rau trên siêu âm ở trường hợp 2

TRƯỜNG HỢP 2

Bệnh nhân Trần Thị Bích N, 39 tuổi, quê tại Lê Hồng Phong, thành phố Phủ Lý, Hà Nam vào viện ngày 25/06/2020 vì thai 13 tuần xin phá thai vì lý do đã đủ con. Bệnh nhân có tiền sử 1 lần đẻ thường, 1 lần mổ đẻ cách 18 tháng, 1 lần hút thai. Hình ảnh siêu âm cho thấy bánh rau bám rộng mặt trước. Bệnh nhân vào viện được hội chẩn chỉ định phá thai bằng phương pháp nội khoa. Ngày đầu bệnh nhân được dùng 1 viên Mifepriston 200 mcg, uống. Ba ngày tiếp theo mỗi ngày bệnh nhân được dùng Misoprostol 100 mcg mỗi 6 giờ, ngậm cạnh má. Sau đợt 1 dùng Misoprostol không kết quả, bệnh nhân được hội chẩn lại chuyển đợt 2 tăng liều Misoprostol 200 mcg mỗi 6 giờ, ngậm dưới lưỡi. Sau 3 ngày không kết quả, bệnh nhân được chuyển đặt bóng kéo cổ tử cung gây sảy thai. Bóng tụt sau đặt bóng 7 tiếng, âm đạo ra máu đỏ tươi nhiều. Bệnh nhân được chuyển phòng mổ nong gắp thai. Trong quá trình gắp rau, âm đạo ra nhiều máu đỏ. Toàn trạng bệnh nhân mất máu nhiều, da xanh, niêm mạc nhợt, mạch 120 lần/phút nhanh nhỏ, huyết áp 80/40 mmHg. Bụng mềm, không chướng và cũng không có phản ứng thành bụng. Nghi ngờ đến rau cài răng lược, bệnh nhân được chuyển mổ cấp cứu xử trí theo tổn thương. Trong mổ quan sát thấy đoạn dưới tử cung phình to, nhiều mạch máu tăng sinh. Bệnh nhân được mổ cắt tử cung bán phần để lại 2 phần phụ kèm truyền 3 khối hồng cầu, 2 khối huyết tương tươi đông lạnh, 2 khối tủa VIII. Kết quả giải phẫu bệnh của bệnh nhân là rau bám chặt. Hậu phẫu ổn định, ra viện sau 5 ngày.

Bàn luận về biến chứng chảy máu của phá thai quý II

Chảy máu trong sản khoa thường hay xảy ra trên những trường hợp có những yếu tố nguy cơ có thể kể đến như tử cung có sẹo mổ (mổ lấy thai, mổ bóc nhân xơ tử cung, phẫu thuật Strassman…), các bất thường vị trí rau bám như rau bám thấp, rau tiền đạo, rau cài răng lược, bất thường thời điểm bong rau như rau bong non, sau làm các thủ thuật như Foxcep sản khoa, tai biến do đình chỉ thai nghén bằng phương pháp nội khoa (sử dụng misoprostol, oxytocin), ngoại khoa (nong gắp thai…).

Năm 1996, Chapman và cộng sự đã nghiên cứu về các biến chứng của phá thai quý II. Tác giả nghiên cứu trên 606 phụ nữ với tuổi thai trung bình là 21,1 ± 3,1 tuần và tuổi mẹ trung bình là 26,3 ± 7 tuổi. Trong số đó, 13% trường hợp có tiền sử mổ lấy thai. Biến chứng chảy máu nặng cần truyền máu tăng lên ở những phụ nữ có sẹo mổ lấy thai cũ (11,4% so với 5,3%, OR 2,3, khoảng tin cậy 95% 1,1 - 5,0, p = 0,04). Tác giả gợi ý rằng mổ lấy thai trước là một yếu tố nguy cơ gây mất máu nặng cần truyền máu ở phụ nữ đình chỉ thai nghén quý II thai kỳ [1].

Năm 2010, Frick và cộng sự nghiên cứu 2973 trường hợp phá thai quý II bằng thủ thuật nong gắp thai, các tai biến gồm rách cổ tử cung (3,3%), đờ tử cung (2,6%), chảy máu (1%) là những tai biến thường gặp nhất. Tiền sử mổ lấy thai từ hai lần trở lên là yếu tố nguy cơ cao nhất liên quan đến các biến chứng của phá thai (OR 7,4, khoảng tin cậy 95% (CI) 3,4 – 15,8). Các yếu tố nguy cơ khác bao gồm tuổi thai lớn hơn 20 tuần (OR 4,4, khoảng tin cậy 95% 2,2 – 11,4) và việc chuẩn bị cổ tử cung chưa tốt (OR 2,6, khoảng tin cậy 95% 1,2 – 5,4) [2].

Ngày nay, khi tỷ lệ mổ lấy thai tăng lên thì tỷ lệ rau cài răng lược cũng tăng theo. Theo tác giả Tocce và cộng sự, tỷ lệ rau cài răng lược đã tăng lên gấp 13 lần trong 30 năm qua [3]. Một số nghiên cứu trước kia cho rằng việc đình chỉ thai nghén ở 3 tháng giữa thai kì trong trường hợp rau tiền đạo không kèm theo rau cài răng lược thì không có nguy cơ cao với biến chứng chảy máu. Năm 2014, tác giả Satoko và cộng sự đã báo cáo về một trường hợp chảy máu nặng khi đình chỉ thai nghén ở tuần thai 20 kèm theo rau tiền đạo và ối vỡ sớm. Trong ca bệnh tác giả báo cáo, bệnh nhân đã được thực hiện phẫu thuật cắt bỏ tử cung để bảo toàn tính mạng vì rau không bong ra được và lượng máu mất tổng cộng 4500ml. Do đó, tác giả cho rằng rau tiền đạo và rau cài răng lược làm tăng nguy cơ chảy máu sản khoa lên nhiều lần [4].

Trong trường hợp phá thai quý II có kèm theo rau bám thấp, rau tiền đạo hay rau cài răng lược, có nguy cơ gây chảy máu nặng và có thể nguy hiểm đến tính mạng của bệnh nhân. Vậy nên cần nghiên cứu các phương pháp để dự phòng chảy máu ở các trường hợp này. Một số tác giả đã báo cáo về phương pháp thuyên tắc động mạch tử cung dự phòng chảy máu trên các trường hợp này.

Năm 2001, Borgatta và cộng sự đã báo cáo tám trường hợp nhau tiền đạo trong phá thai ở tam cá nguyệt thứ hai. Trong tất cả các trường hợp, dự phòng thuyên tắc động mạch tử cung sau đó thực hiện nong cổ tử cung và nong gắp thai. Một trường hợp bị nhau tiền đạo kèm với rau cài răng lược, dẫn đến mất khoảng 6.000 mL máu và phải cắt bỏ tử cung sau đó. Bốn trong số tám trường hợp, chảy máu không đáng kể về mặt lâm sàng đã được quan sát. Tác giả kết luận rằng thuyên tắc mạch dự phòng trước thủ thuật có thể có hiệu quả trong trường hợp phá thai quý II ở bệnh nhân có kèm theo rau tiền đạo [5].

Năm 2003, Cheng và cộng sự đã báo cáo sáu trường hợp phá thai quý II kèm theo rau cài răng lược, trong đó bốn trường hợp là rau tiền đạo. Trong tất cả các trường hợp, các bác sĩ đã tiến hành dự phòng thuyên tắc động mạch tử cung và cắt tử cung sau đó, báo cáo cho thấy lượng máu trung bình mất khoảng 1.700 mL trong quá trình cắt tử cung. Họ kết luận rằng thuyên tắc động mạch chọn lọc dự phòng có hiệu quả và an toàn. Tuy nhiên, tình trạng chảy máu nghiêm trọng được quan sát thấy bất kể thuyên tắc động mạch tử cung dự phòng và cắt tử cung theo lịch trình. Do đó, cần có thêm các nghiên cứu và báo cáo để xác định hiệu quả của phương pháp điều trị này [6].

BÀN LUẬN VỀ BỆNH CẢNH LÂM SÀNG

Chảy máu là một trong các tai biến nặng trong sản khoa. Bởi nó có thể dẫn đến tình trạng nguy hiểm tính mạng sản phụ. Bệnh cảnh lâm sàng của chảy máu sau sinh, sau phá thai sẽ liên quan mật thiết đến nguyên nhân gây chảy máu. Các nguyên nhân gây chảy máu khi phá thai quý II có thể gặp như tổn thương đường sinh dục (vỡ tử cung, rách cổ tử cung, rách âm đạo…), đờ tử cung, rau bong non, rau tiền đạo, rau cài răng lược…

Trong trường hợp 1, chúng tôi thấy bệnh nhân có tiền sử mổ lấy thai 2 lần trước đó. Trên hình ảnh siêu âm, bánh rau bám rộng mặt trước đến lỗ trong cổ tử cung, nghi ngờ rau cài răng lược. Tuy nhiên với tuổi thai 14 tuần, bánh rau vẫn đang bám rộng, nên để chẩn đoán rau tiền đạo hay rau cài răng lược khá khó khăn. Bệnh nhân mong muốn giữ tử cung, nên đã được chọn lựa phương pháp phá thai nội khoa sau đó chuyển nong gắp thai. Do bệnh nhân đã được chẩn đoán rau bám thấp theo dõi rau cài răng lược nên khi gắp rau chảy máu nhiều bệnh nhân đã được đặt bóng buồng tử cung để cầm máu nhằm cố gắng bảo tồn tử cung. Tuy nhiên do bệnh nhân có tiền sử mổ lấy thai 2 lần nên vị trí sẹo mổ cũ mỏng, đoạn eo tử cung không có lớp cơ tử cung để cầm máu. Nên bệnh nhân đã phải mổ cấp cứu cắt tử cung. Kết quả giải phẫu bệnh phù hợp với hình ảnh siêu âm, bánh rau bám 1/3 đoạn dưới tử cung, có các hình ảnh gai rau trong lớp cơ tử cung. Ở trường hợp 2 thì bánh rau cũng bám rộng mặt trước, hình ảnh siêu âm không nghĩ đến rau tiền đạo hay rau cài răng lược. Do bệnh nhân chỉ có tiền sử 1 lần mổ lấy thai trước đó, và vẫn mong muốn được bảo tồn tử cung. Nên bệnh nhân đã được điều trị nội khoa 2 đợt, sau đó đặt bóng kéo cổ tử cung để gây sảy thai. Tuy nhiên khi đặt bóng cổ tử cung, khi cổ tử cung mở ra làm tụt bóng thì cũng gây ra tình trạng bong mép bánh rau bám gần lỗ trong cổ tử cung gây nên chảy máu âm đạo nhiều. Trong quá trình gắp thai, lượng máu ra nhiều không phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng gợi ý đến tình huống bánh rau bám bất thường vào cơ tử cung. Bệnh nhân đã được xử trí kịp thời, chuyển mổ cấp cứu cắt tử cung. Kết quả giải phẫu bệnh cũng cho thấy hình ảnh bánh rau bám chặt vào lớp cơ tử cung. Như vậy, cả 2 bệnh nhân đều có bệnh cảnh như nhau là bánh rau bám bất thường vào lớp cơ tử cung.

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Như vậy, 2 trường hợp chảy máu nặng phải cắt tử cung khi phá thai đều có những đặc điểm chung như có tiền sử mổ lấy thai cũ, trên siêu âm

rau thai bám mặt trước tử cung tại vị trí vết mổ, đều sử dụng phương pháp nội khoa để phá thai nhưng thất bại và được chuyển sang phương pháp nong gắp thai. Cả hai trường hợp đều được cho là ca bệnh hiếm gặp do đặc điểm của bánh rau bám lớp cơ tử cung. Hiện tượng có rau cài răng lược ở tuổi thai dưới 16 tuần được khẳng định qua giải phẫu bệnh hiện trên thế giới chưa thấy báo cáo nào. Từ đây có thể đưa ra khuyến nghị rằng: khi phá thai quý II trên sản phụ có các yếu tố nguy cơ như nạo hút thai nhiều lần, đẻ nhiều lần, lớn tuổi, có sẹo mổ tử cung… thì cần được đánh giá kỹ càng vị trí và đặc điểm của bánh rau, nếu chỉ định phương pháp phá thai nội khoa thì sản phụ phải được theo dõi rất sát xao nhằm sớm phát hiện các biến chứng xảy ra để kịp thời xử trí. Trong những trường hợp sản phụ đã sinh đủ con mà trên siêu âm có nghi ngờ có rau cài răng lược thì phẫu thuật nên là phương pháp được khuyến nghị lựa chọn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chapman SJ, Crispens M, Owen J, Savage K**. Complications of midtrimester pregnancy termina-tion: the effect of prior cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 1996; 175:889892

2. **Frick, Anna C. MD, MPH; Drey, Eleanor A. MD, EdM; Diedrich, Justin T. MD; Steinauer, Jody E. MD, MAS**. Effect of Prior Cesarean Delivery on Risk of Second-Trimester Surgical Abortion Complications, Obstetrics & Gynecology: April 2010 - Volume 115 - Issue 4 - p 760-764

3. **Tocce, Kristina MD, Thomas, Virginia Worth, Teal, Stephanie MD**. MPH Scheduled Hysterectomy for Second-Trimester Abortion in a Patient With Placenta Accreta, Obstetrics & Gynecology: February 2009 - Volume 113 - Issue 2 - p 568-570.

4. **Matsuzaki S, Matsuzaki S, Ueda Y, et al**. A Case Report and Literature Review of Midtrimester Termination of Pregnancy Complicated by Placenta Previa and Placenta Accreta. *AJP Rep*. 2015;5(1):e6-e11.

5. **Borgatta L, Chen AY, Reid SK, Stubblefield PG, Christensen DD, Rashbaum WK**. Pelvic embolization for treatment of hemorrhage related to spontaneous and induced abortion. Am J Obstet Gynecol. 2001 Sep;185(3):530-6.

6. **Cheng Y Y, Hwang J I, Hung S W. et al**. Angiographic embolization for emergent and prophylactic management of obstetric hemorrhage: a four-year experience. J Chin Med Assoc. 2003;66(12):727–734.

NGHIÊN CỨU DỊCH TỄ HỌC ĐỘNG KINH TẠI NỘI THÀNH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

PHẠM HỒNG ĐỨC[1], TRẦN THỊ THU HƯƠNG[1], NGUYỄN VĂN MẠNH[1], TRẦN CÔNG THẮNG[2]

[1]Khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện 30-4

[2]Bộ môn Thần kinh, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Động kinh là bệnh phổ biến ở mọi nước trên thế giới. Ở Việt Nam, các nghiên cứu về bệnh động kinh tại cộng đồng dân cư chưa có nhiều, một số nghiên cứu đã tiến hành đều thực hiện ở các tỉnh miền Bắc.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ hiện mắc, tỷ lệ mắc mới động kinh, loại cơn động kinh, tỷ lệ bệnh nhân được điều trị, tỷ lệ các thuốc chống động kinh đang dùng.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang tại cộng đồng dân cư nội thành Thành phố Hồ Chí Minh.

Kết quả: Tỷ lệ hiện mắc 549/100.000, tỷ lệ mắc mới 49.6/100.000, bệnh nhân nam nhiều hơn bệnh nhân nữ, động kinh toàn thể chiếm 69,2%, động kinh cục bộ chiếm tỷ lệ 21,3% động kinh không phân loại chiếm 9,5%. Các nguyên nhân thường gặp gây động kinh: bệnh lý mạch máu não 14,2%, nhiễm khuẩn thần kinh 13,6%, chấn thương sọ não 12,8%, u não 4,8% tổn thương não chu sinh 3,4%. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị chiếm 82,3%, tỷ lệ bệnh nhân bỏ điều trị chiếm 12%, tỷ lệ bệnh nhân chưa điều trị là 5,7%.

Kết luận: Tỷ lệ hiện mắc 549/100.000, tỷ lệ

Chịu trách nhiệm: Phạm Hồng Đức
Email: bsduc304@gmail.com

Ngày nhận: 06/11/2020
Ngày phản biện: 11/12/2020
Ngày duyệt bài: 25/12/2020