NGHIÊN CỨU ÁP DỤNG BÓNG CHÈN LÒNG TỬ CUNG TRONG DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ BĂNG HUYẾT SAU SINH TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI PHÚ YÊN NĂM 2013

Hồ Xuân Tam, Trịnh Thị Hoài Xuân, Nguyễn Ngọc Hoàng Mai
Khoa Sản, Bệnh viện Sản Nhi Phú Yên

Tóm tắt

Mục tiêu: *Đánh giá tính hiệu quả và an toàn của phương pháp dùng sonde Foley làm bóng chèn lòng tử cung trong dự phòng và điều trị băng huyết sau sinh (BHSS) tại Bệnh viện Sản Nhi Phú Yên.* **Phương pháp:** *Hồi cứu 44 thai phụ được đặt bóng chèn để cầm máu sau sinh trong thời gian từ tháng 01/2013 đến tháng 09/2013 tại Phòng Sinh, Bệnh viện Sản Nhi Phú Yên.* **Kết quả:** *44 thai phụ tuổi trung bình là 30 tuổi. Trong đó, 40 trường hợp (90%) đẻ đường âm đạo và 4 trường hợp (10%) sau mổ lấy thai. Đờ tử cung là nguyên nhân thường gặp (29 trường hợp). Bóng chèn được dùng dự phòng băng huyết cho 11 thai phụ có nguy cơ cao dự kiến sẽ dẫn đến BHSS. Foley được dùng trong 44 trường hợp, tỉ lệ thành công trên lâm sàng là 95,4% (42/44) 2 bệnh nhân trong nghiên cứu này buộc phải cắt tử cung để cầm máu.* **Kết luận:** *Bóng chèn lòng tử cung bằng sonde Foley là một phương tiện hiệu quả và an toàn trong việc kiểm soát BHSS nặng với tỉ lệ thành công gần 95 %.*

Abstract

TO EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF BALLOON TAMPONADE IN PREVENTING AND TREATING POSTPARTUM HAEMORRHAGE AT PHU YEN OBSTETRICS AND PAEDIATRICS HOSPITAL IN 2013

Objectives: *To evaluate the effectiveness and the safety of balloon tamponade with Foleys catheter in preventing and treating postpartum haemorrhage (PPH) at Phu Yen Obstetrics and Paediatrics Hospital in 2013.* **Methods**: *Retrospective review of 44 women who underwent balloon tamponade for obstetric bleeding during a period of 9 months at the Maternity ward.* **Results:** *Forty-four women (mean age, 30 years range, 16-42) underwent balloon tamponade, of which forty (90%) women delivered vaginally and four (10%) women were delivered by cesarean section. Uterine atony was the main cause of PPH (29 cases) Balloon tamponade was used prophylactically in 11 high risk women in anticipation of potential PPH. Foley balloon was used in 44 cases. Clinical success rate of balloon tamponade was 95.4%.Two patients in this study required hysterectomy.* **Conclusion:** *Foley balloon tamponade is an effective and safety means of controlling severe PPH with success rates of around 95%.*

Key words: *Balloon tamponade, uterine atony, postpartum haemorrhage.*

Đặt vấn đề

Theo Tổ chức Y Tế Thế Giới (WHO), khoảng 90% của tất cả trường hợp tử vong mẹ xảy ra ở các nước nghèo [15], trong đó, hơn 30% của những tử vong này là do băng huyết sau sinh (BHSS) [6].

Tại Việt Nam, tỉ lệ tử vong mẹ trung bình là 165/100.000 trẻ đẻ sống. Tỉ lệ này còn cao hơn ở các tỉnh miền núi, (411/100.000) trong đó nguyên nhân tử vong hàng đầu là do BHSS. Một số tác giả ghi nhận do có một tỉ lệ đáng kể thai phụ bị thiếu máu thiếu sắt, cao huyết áp do thai, dinh dưỡng kém nên gần 50% thai phụ Việt Nam sẽ có tình trạng băng huyết sau sinh nặng hơn, làm tăng bệnh suất và tử suất ở thai phụ [14].

Tại Bệnh viện Sản Nhi Phú Yên trong năm 2013, có 62 trường hợp băng huyết sau sinh trong tổng số 5.387 trẻ đẻ sống, điều trị nội thất bại, chuyển mổ cắt tử cung 6 trường hợp.

Điều trị BHSS đi từ không xâm lấn (xoa tử cung, thuốc tăng go…) đến phương pháp xâm lấn (gây thuyên tắc động mạch, khâu ép tử cung bằng mũi B-Lynch). Buộc động mạch tử cung, buộc động mạch hạ vị và cuối cung là cắt tử cung với hệ quả là mất khả năng sinh con sau này [12].

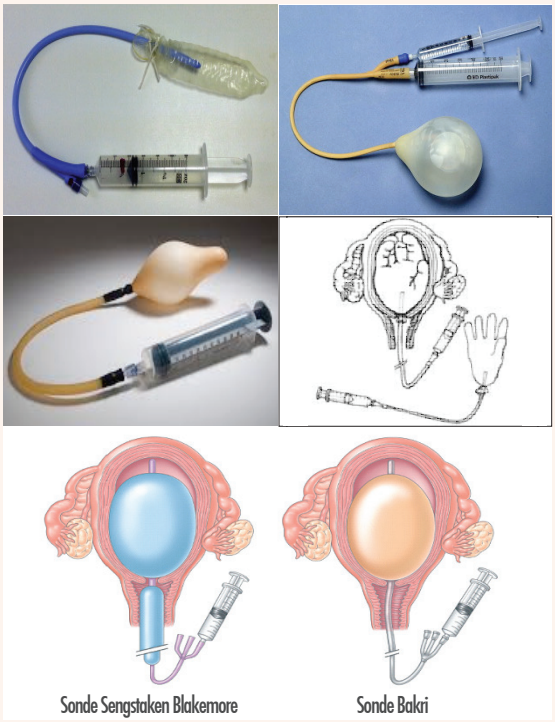
Hình 1. Phương pháp xử trí BHSS bằng cách khâu mũi B-Lynch

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Hồ Xuân Tam, email: dieuhuynh2011@gmail.com
Ngày nhận bài (received): 07/01/2014. *Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):* 09/02/2014. *Ngày bài báo được chấp nhận đăng (accepted):* 10/02/2014

Từ năm 1983, Goldrath là người đầu tiên dùng sonde Foley chẹn lòng tử cung để xử lý BHSS. Bóng chèn lòng tử cung trong xử trí BHSS hiện đã và đang được sử dụng ở nhiều nước trên thế giới, đặc biệt là các cơ sở có nguồn lực kém, nơi mà chuyền máu và điều kiện phẫu thuật không phải lúc nào cũng sẵn có [8], [12].

Bóng chèn có nhiều loại như sonde Sengstaken Blakemore, Bakri balloon, Rusch balloon, Foley catheter, sonde tự tạo bọc đầu sond bằng bao cao su (condom catheter balloon) hoặc sonde tự tạo bằng găng tay (glove catheter balloon).

Chúng tôi chọn sonde Foley vì giá thành thấp rẻ tiền, dễ tìm và tiện dụng.



Hình 2. Các loại bóng chèn buồng tử cung

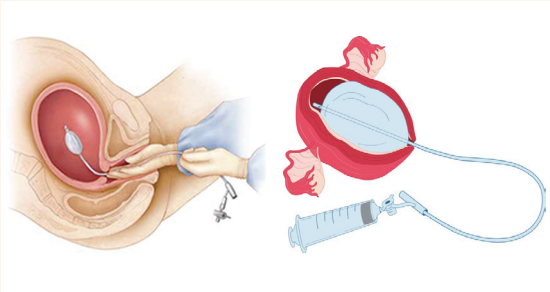
Bệnh viện Hùng Vương và Bệnh viện Từ Dũ đã đưa bóng chèn vào phác đồ điều trị BHSS [7]. Y văn tiếng Việt nói rất ít về vấn đề này. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: *"Nghiên cứu áp dụng bóng chèn lòng tử cung trong dự phòng và điều trị BHSS"* nhằm đánh giá tính hiệu quả và an toàn của phương pháp này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 44 trong tổng số 62 thai phụ (71%) chảy máu sau đẻ được đặt bóng chèn lòng tử cung bằng sonde Foley để điều trị không phẫu thuật từ tháng 01 năm 2013 đến tháng 09 năm 2013 tại khoa Chăm sóc thai phụ và sinh Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Yên.

Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp hồi cứu tất cả các trường hợp sản phụ chảy máu sau đẻ được đặt bóng chèn lòng tử cung bằng sonde Foley để điều trị không phẫu thuật. Các thông tin nghiên cứu bao gồm tuổi, địa chỉ, tiền sử sản khoa, cân nặng con, phương pháp đẻ, nguyên nhân chảy máu, số lượng nước bơm vào bóng chèn, thời gian lưu bóng chèn, kết quả, biến chứng và tử vong.

Kỹ thuật đặt bóng ép: Dùng sond Foley số 24/30ml (2 – way standard Foley) đặt qua lỗ cổ tử cung vào lòng tử cung cho đến khi chạm đáy tử cung. Bơm dung dịch nước muối đẳng trương (normal saline 9%) vô trùng vào bóng cho đến khi máu ngưng chảy, thường khoảng 15-20 phút, có thể chèn gạc vào âm đạo tránh tụt bóng, đồng thời chuyền Oxytocin hỗ trợ tăng go.



Hình 3. Kỹ thuật đặt bóng ép buồng tử cung

Kết quả nghiên cứu

Tuổi của thai phụ:

Bảng 1. Độ tuổi của thai phụ

Tuổi	Số lượng	%
Dưới 20tuổi	4	9
20-35 tuổi	30	68
Trên 35 tuổi	10	23

Thường gặp ở độ tuổi sinh đẻ, nhỏ nhất là 16 và lớn nhất là 42.

Địa chỉ người bệnh:

Bảng 2. Nơi cư trú

Địa chỉ	Số lượng	%
Trong tỉnh	41	93
Tỉnh khác	3	7

Đa phần bệnh nhân là người trong tỉnh.

Tiền thai (parity):

Bảng 3. Số lần sinh con

Số lần sinh	Số lượng	%
Sinh lần thứ nhất	15	34
Sinh lần thứ hai	25	57
Sinh lần thứ ba	3	7
Sinh trên bốn lần	1	2

Thai phụ sinh 1 hoặc 2 con gặp nhiều nhất.

Cân nặng trẻ sơ sinh:

Bảng 4. Phân loại theo cân nặng trẻ

Trọng lượng	Số lượng	%
Dưới 3.500g	19	43
Trên hoặc bằng 3.500g	25	57

Trẻ càng to, nguy cơ băng huyết càng lớn.

Phương pháp đẻ:

Bảng 5. Phân loại cách đẻ của thai phụ

Cách thức sinh	Số lượng	%
Sinh thường	37	84
Sinh đôi	1	2
Sinh hút	2	4
Phẫu thuật lấy thai	4	10

Sinh qua ngã âm đạo nhiều nguy cơ băng huyết hơn mổ lấy thai

Nguyên nhân băng huyết:

Bảng 6. Phân loại nguyên nhân băng huyết

Nguyên nhân	Số lượng	%
Đờ tử cung	29	66
Nhau bám thấp/chảy máu chỗ nhau bám	3	7
Lộn lòng tử cung	1	2
Có nguy cơ băng huyết	11	25

Chảy máu sau sinh do đờ tử cung thường gặp nhất. Có 11 thai phụ có nhiều nguy cơ dự kiến sẽ dẫn đến BHSS chúng tôi chủ động đặt bóng chèn dự phòng trước khi lượng máu mất quá nhiều (<500ml).

Số lượng nước bơm vào bóng chèn: Số lượng nước bơm vào bóng chèn đến khi thành công trung bình là 100ml (từ 80ml đến 250ml)

Thời gian lưu bóng chèn:

Bảng 7. Phân bố thời gian để bóng chèn trong lòng tử cung

Thời gian	Số lượng	%
6g đến dưới 7 giờ	35	80
7g đến 8 giờ	9	20

Thường gặp các trường hợp cầm máu tốt sau 6 đến 7 giờ, không có trường hợp nào phải đặt lại bóng (chảy máu tái phát).

Kết quả điều trị:

Có 42 trường hợp thành công, chấm dứt tình trạng chảy máu mà không cần can thiệp gì thêm.

Hai trường hợp thất bại trong nổ lực cầm máu, 1 trường hợp bóng chèn tụt xuống âm đạo không được kiểm tra, tình trạng đờ tử cung không cải thiện. Trường hợp còn lại do diễn biến nhanh, đe dọa tính mạng bệnh nhân sau 15 phút đặt bóng chèn. Cả hai trường hợp đều chuyển mổ cắt tử cung. Không có biến chứng và tử vong.

Bàn luận

Điều trị BHSS có 2 phương pháp: nội khoa và ngoại khoa. Điều trị nội khoa hay phương pháp không xâm lấn (non –invasive) gồm thuốc tăng go tử cung, xoa tử cung, chèn gạc âm đạo là cách làm trước đây, nếu thất bại, chuyển mổ cắt tử cung. Hiện nay chúng tôi đã áp dụng bóng chèn Foley để dự phòng và điều trị chảy máu sau đẻ đường âm đạo lẫn sau mổ lấy thai. Yaqub U. ở Lahore đã dùng bóng Foley cho 5 trường hợp đẻ đường âm đạo và 45 trường hợp trong mổ lấy thai, tất cả đều được gây mê toàn thân và dĩ nhiên là làm tại phòng mổ.

Ở Anh Quốc trong một nghiên cứu khác của Kayem ghi nhận 25% thai phụ được dùng bóng chèn Bakri để điều trị BHSS [5]. Goldrath dùng Foley chèn cầm máu 17 trong 20 bệnh nhân BHSS [2]. Bóng chèn được xem là có tác dụng ép từ trong lòng tử cung thắng lại áp lực động mạch tử cung bên ngoài vào để cầm máu [4]. Về tỉ lệ thành công, một loạt báo cáo của Georgiou (2009) cho tỉ lệ thành công của bóng chèn là 91,5% [10], của S Tirumuru là 87,2 %. [13]

Tỷ lệ thành công theo Nguyễn Thị Minh Tuyết (BV Từ Dũ) là 96,43%.

Nguyên nhân BHSS ở nghiên cứu của chúng tôi gồm đờ tử cung, chảy máu chỗ nhau bám, nhau bám thấp, lộn lòng tử cung. Tattersall đã sử dụng trong rách cổ tử cung rách âm đạo và/hoặc tụ máu thành âm đạo [10]. Về phương diện dự phòng, Tirumuru có 12 bệnh nhân được dùng bóng chèn khi dự kiến nhiều nguy cơ BHSS [13]. Nhiều nghiên cứu cho thấy tác dụng tránh được BHSS nếu dự phòng sớm bằng bóng chèn [3].

Kết luận

Bóng chèn lòng tử cung trong dự phòng và điều trị BHSS là một phương pháp đơn giản, dễ dùng; hiệu quả và an toàn. Ngay cả khi đặt bóng thất bại, phương pháp này vẫn tạm thời có tác dụng cầm máu giúp chuẩn bị trước khi chuyển mổ.

Tài liệu tham khảo

1. Georgiou .C (2009), Balloon tamponade in the management of PPH A review, British Journal of Ostet and Gynecol, pp.748-757.

2. Goldrath MH, (1983), Uterine tamponade for the control of acute uterine bleeding, Ostet Gynecol, 147: pp.869 - 72.

3. Gronvall M, Tikkanen M, Tallberg E, PaavonenJ, Stefanoric V (2013), Use of Bakri balloon tamponade in the treatment of PPH: a series of 50 cases from a tertiary teaching hospital AD: Department of obstetrics and gynecology, University Central Hospital, Helsinki, Finland, Acta Obstet gynecol Scand, 92(4): pp.433.

4. Ishii T, Sawada Koyama, S. Isobe Takiu chi T et al (2012), Balloon tamponade during cesarean section is useful for severe PPH due to Placenta previa, Journal of Obstet and Gyn, Research, 38: pp.02 - 07.

5. Kayem et al, (2011), Specific second-line therapies for PPH A national Cohort study, British JOG,pp, 118: pp. 856 - 864

6. Khan KS, Wojdyla D, Say L,Gulmezoglu AM, Van Look PF, (2006), WHO analysis of causes of maternal death:a systematic review, Lancet 2006, 367:pp.1066 - 74.

7. Trần Thị Lợi, Nguyễn Thị Minh Tuyết, (2009), Hiệu quả của bóng chèn lòng tử cung điều trị BHSS, Hội nghị Sản phụ khoa Việt Pháp Châu Á Thái bình Dương lần thứ IX, tr. 35 – 42.

8. Miller S Lester F, (2004), Prevention and treatment of PPH: new advances for low – resource settings, J Midwifery women Health, 48:pp. 283 - 92.

9. Stavroulis A, Memtsa M. Aref Adib, Fakokunde A, Yoong W (2009), Management of PPH with Bakri balloon tamponade, International Journal of Gyn and Ostet, 107: pp. 348.

10. Tattersall. M, Braithwaite,W (2007), Balloon tamponade for vaginal laceration causing severe PPH, British Journal of Obstet and Gyn, 14: pp. 647 – 648.

11. Thapa Kmalla, Pandey S, Amatya (2010), Intrauterine condom tamponade in management of PPH, Journal of Nepal Health Research Council, 8: 19 - 22.

12. Tindell .K, Garfinkel .R et al, (2012), Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum haemorrhage in resource-poor settings, A systematic review Published Online 13 August 2012 BJOG.

13. Tirumuru .S et al, Intrauterine balloon tamponade in the management of severe PPH. A case series from a busy UK, District general hospital Open Journal of obstet and Gyn, 3: pp. 131 - 136.

14. Nguyễn Đức Vy (2002), Tình hình chảy máu sau đẻ tại Viện Bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh trong 6 năm (1996-2001). Tạp chí Thông tin y học số 3, tr. 36 - 39.

15. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, (2010), The World Bank: Trends in Maternal Mortality1990 to 2008: Estimates Developedby WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank 2010.