

BƯỚC ĐẦU ÁP DỤNG THUYỀN TẮC MẠCH VÙNG CHẬU ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU THỨ PHÁT SAU CẮT TỬ CUNG HOẶC UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

Lê Duy Cát¹, Nguyễn Văn Hùng Anh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khi điều trị bảo tồn không thể kiểm soát được chảy máu sau đẻ, ung thư cổ tử cung, thì phẫu thuật hay can thiệp là hướng điều trị được lựa chọn tiếp theo. Nếu các kỹ thuật này không kiểm soát được chảy máu, thì việc cắt bỏ tử cung được chỉ định. Xuất huyết sau cắt bỏ tử cung, việc điều trị bằng x quang can thiệp thuyên tắc mạch vùng chậu là cần thiết.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Sáu bệnh nhân có dấu hiệu thoát mạch, được điều trị bằng phương pháp nút mạch can thiệp tại Bệnh viện Trung ương Huế, từ 10 / 2011 đến 10 / 2013.

Kết quả: Không còn dấu hiệu thoát mạch sau nút mạch. Không có trường hợp nào chảy máu thứ phát.

Kết luận: Áp dụng thuyên tắc mạch vùng chậu là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cho những bệnh nhân chảy máu thứ phát sau cắt tử cung, ung thư cổ tử cung. Phương pháp này có thể được ứng dụng rộng rãi.

Từ khóa: Thuyên tắc mạch vùng chậu, chảy máu sau đẻ, ung thư cổ tử cung.

ABSTRACT

APPLICATIONS OF PELVIC EMBOLIZATION IN BLEEDING AFTER HYSTERECTOMY OR CERVICAL CANCER

Le Duy Cat¹, Nguyen Van Hung Anh²

Background: When are uncontrol postpartum hemorrhage, cearvical cancer hemorrhage, a surgical or interventional approach is usually the next line of treatment. If the above techniques fail to control the bleeding, then a hysterectomy is indicated. Bleeding after hysterectomy will need the radiology therapy for embolisation.

Patient and Method: Six patients were performed the transcatheter arterial embolization (TAE) in Hue central hospital from 10 /2011 to 10 /2013, 6 cases had extravasation.

Results: All had excluded extravasation after embolization, no recurrent hemorrhage.

Conclusion: Applications of pelvic embolization is an effective and safe therapeutic method, it can be widely apply.

Key words: Pelvic embolization, postpartum hemorrhage, cearvical cancer.

1. Bệnh viện TW Huế

2. Bệnh viện Đại học Y Dược Huế

- Ngày nhận bài: (received): 19/9/2013, Ngày phản biện (revised): 18/12/2013

- Ngày đăng bài (accepted): 25/12/2013

- Người phản biện: PGS.TS Phạm Như Hiệp; TS Trần Thừa Nguyên

- Người phản hồi (corresponding author): Le Duy Cat

- Email: duycat392@yahoo.com

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu sau đẻ, chảy máu do u ác tính phần phụ là những biến chứng gây tử vong do mất máu ở các sản phụ trên thế giới. Chiếm gần 1/4 trường hợp tử vong do sinh đẻ. Một số phương pháp điều trị ban đầu dựa vào nguyên nhân chảy máu thường được sử dụng như: kháng sinh, các thuốc co hồi tử cung, chèn bóng trong tử cung... Khi các phương pháp điều trị này không hiệu quả thì chỉ định phẫu thuật được thực hiện. Thắt động mạch chậu trong, thắt động mạch tử cung nhằm làm giảm tưới máu tử cung, ngưng chảy máu. Gần 50% trường hợp thất bại do tuần hoàn bàng hệ được thiết lập. Việc kết hợp với các phương pháp chèn ép tăng cường bằng bóng tương ứng bên trong hay bên ngoài cũng được thực hiện. Khi tính mạng sản phụ vẫn còn đe dọa do mất nhiều máu, thì phương pháp cắt tử cung bán phần, toàn phần được chỉ định. Tuy nhiên chảy máu thứ phát sau cắt tử cung vẫn gặp một số trường hợp. [2]

Năm 1972 các tác giả Margolies MN, Ring EG, Waltman AC [3] [5], mô tả việc thực hiện thành công điều trị nút mạch can thiệp cho bệnh nhân chấn thương vùng chậu xuất huyết. Năm 1979 Brown và cộng sự đã chọn lựa phương pháp nút mạch can thiệp nội mạch, cho những sản phụ chảy máu sau đẻ, và một số tác giả cũng đã xác nhận đây là phương pháp điều trị an toàn và có hiệu quả. [1], [4]. Áp dụng nút mạch can thiệp vùng chậu, được thực hiện cho những sản phụ xuất huyết đã được điều trị sản khoa và phẫu thuật không đáp ứng.

Tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 8/2009 đến 5/2010, đã báo cáo áp dụng điều trị thành công 7 trường hợp chảy máu sau đẻ bằng phương pháp can thiệp nội mạch.

Tại Bệnh viện Trung ương Huế, bước đầu chúng tôi đã phối hợp với các khoa lâm sàng, áp dụng phương pháp x quang can thiệp tắc mạch vùng chậu, thực hiện 6 trường hợp chảy máu sau cắt tử cung và ung thư cổ tử cung xuất huyết.

Mục tiêu đề tài nhằm đánh giá tính khả thi, hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Từ 10/2011 đến 10/2013, có 6 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp x quang can thiệp tắc mạch chậu, sau mổ cắt tử cung, ung thư cổ tử cung biến chứng chảy máu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả cắt ngang, nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị trước nút mạch, chỉ định chụp mạch và nút mạch, kết quả điều trị.

2.2.1. Phương tiện nghiên cứu

Máy chụp mạch DSA (số hóa xóa nền) PHILIPS. Các loại ống thông (catheter) các cỡ 5F, 6F. Ống thông nhỏ (microcatheter) 2.7F. Vật liệu nút mạch Spongell, Polyvinyl Alcohol (hạt PVA) 150-240 μ m; 500-710 μ m.

2.2.2. Kỹ thuật

Bằng phương pháp chụp mạch Seldinger, việc thực hiện chụp mạch chẩn đoán và nút mạch can thiệp được thực hiện theo từng bước, gây tê tại chỗ, đặt máng trượt (introducer) vào động mạch đùi, thường đặt bên phải, hoặc động mạch đùi hai bên.

Chụp với ống thông (Pigtail) vị trí động mạch chủ, trên chỗ phân chia chủ - chậu để đánh giá tổng thể động mạch chậu hai bên, sơ bộ đánh giá bên có tổn thương mạch.

Chụp chọn lọc động mạch chậu trong, động mạch tử cung bên có tổn thương bằng ống thông 5F (Cobra) để đánh giá hình thái tổn thương của các nhánh xuất phát.

Sử dụng ống thông nhỏ đồng trục (coaxial) 2.7 F chọn lọc các nhánh thương tổn, tiến hành nút mạch bằng các vật liệu nút mạch tương ứng.

Chụp kiểm tra động mạch chậu trong, động mạch đùi, động mạch tử cung hai bên sau nút mạch.

III. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả

Bảng 1. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước nút mạch can thiệp.

Bệnh nhân / Tuổi	Điều trị trước can thiệp	Chảy máu âm đạo (CMAĐ) / Huyết áp	Xét nghiệm máu HC	Truyền máu 24h
1. 17 tuổi	Cắt tử cung sau đẻ	CMAĐ. 85/60mmHg	2,12 T/l	3 đơn vị
2. 35 tuổi	Cắt tử cung sau đẻ	CMAĐ. 85/50mmHg	2,05T/l	4 đơn vị
3. 31 tuổi	Mổ thai lạc chỗ.	CMAĐ.BQ95/60mmHg	2,28T/l	2 đơn vị
4. 45 tuổi	Cắt tử cung / K CTC	CMAĐ. 100/60mmHg	2,32T/l	1 đơn vị
5. 60 tuổi	Cắt tử cung / K CTC	CMAĐ. 100/65mmHg	2,31 T/l	1 đơn vị
6. 54 tuổi	Xạ trị / K CTC	CMAĐ. 110/70mmHg	2,42 T/l	1 đơn vị

Có bốn trường hợp chảy máu âm đạo sau phẫu thuật cắt tử cung. Trong đó hai trường hợp đã phẫu thuật cắt tử cung, vẫn chảy máu thứ phát và tiếp tục phẫu thuật đến bốn lần nhưng vẫn không kiểm soát được chảy máu âm đạo. Hai trường hợp do ung thư cổ tử cung (K CTC). Một trường hợp phẫu thuật thai lạc chỗ cạnh thân tử cung. Một trường hợp K CTC xạ

trị. Độ tuổi bệnh nhân nhóm sinh đẻ từ 17 đến 35 tuổi và nhóm K CTC từ 45 đến 54 tuổi. Các bệnh nhân đều có triệu chứng chảy máu âm đạo và huyết áp thấp, nguy cơ choáng trụy mạch. Có một trường hợp chảy máu âm đạo kèm dò bằng quang đại máu, choáng trụy mạch. Xét nghiệm hồng cầu máu dưới 2,5 triệu /lít. Bệnh nhân được truyền máu từ 1 đến 4 đơn vị.

Bảng 2. Các đặc điểm chụp mạch chậu và nút mạch can thiệp

Bệnh nhân	Động mạch chi phối	Đặc điểm thương tổn	Vật liệu nút mạch	Kết quả nút mạch	Nằm viện	Chảy máu thứ phát
1	ĐM chậu trong hai bên	Thoát mạch	PVA	Không còn thoát mạch	7 ngày	Không
2	ĐM chậu trong bên trái	Thông động tĩnh mạch	PVA Spongel	Không còn thoát mạch	10 ngày	Không
3	ĐM tử cung bên phải	Thoát mạch	Spongel	Không còn thoát mạch	6 ngày	Không
4	ĐM chậu trong bên phải	Thoát mạch	PVA	Không còn thoát mạch	7 ngày	Không
5	ĐM chậu trong bên trái	Thoát mạch	PVA	Không còn thoát mạch	6 ngày	Không
6	ĐM tử cung hai bên	Thoát mạch	PVA	Không còn thoát mạch	6 ngày	Không

Các bệnh nhân được chụp mạch, xác định thương tổn. Có bốn trường hợp thoát mạch từ động mạch chậu trong (ĐMCT), hai trường hợp từ động mạch tử cung (ĐMTC). Một trường hợp thoát mạch và kèm dò thông động tĩnh mạch. Vật liệu nút mạch là Spongel, hạt PVA. Các bệnh nhân không còn thoát mạch sau nút mạch can thiệp. Thời gian nằm viện theo dõi sau nút mạch từ 6 đến 10 ngày và không còn chảy máu thứ phát.

IV. BÀN LUẬN

Chẩn đoán bệnh lý mạch máu dưới máy số hóa

xóa nền (DSA), bằng phương pháp chụp mạch là tiêu chuẩn vàng, để xác định thương tổn và can thiệp điều trị cầm máu. Bốn trường hợp mổ cắt tử cung, thì động mạch tử cung (ĐMTC) hai bên đã bị tắt. Chúng tôi tiến hành chụp chọn lọc động mạch chậu trong (ĐMCT) hai bên và các nhánh. Có một trường hợp ĐMCT bên phải đã tắt. Tiếp tục đưa ống thông nhỏ microcatheter 2.7F đồng trục, đến vị trí các nhánh gần nhất chi phối cho búi thoát mạch, chụp xác định chính xác mạch nuôi và tiến hành nút mạch, nhằm tránh gây thương tổn các nhánh mạch máu bình thường lân cận. Trường hợp thai lạc

chỗ cạnh thân tử cung đã phẫu thuật chúng tôi đã nút mạch búi thoát mạch bằng vật liệu nút mạch tạm thời Spongel, do dòng chảy búi thoát mạch chậm và việc bảo tồn tử cung, tránh biến chứng hoại tử. Một trường hợp thông động tĩnh mạch, chúng tôi dùng hạt PVA 500-710 μ m. và Spongel. Các trường hợp thoát mạch chúng tôi dùng vật liệu nút mạch hạt PVA 150-240 μ m. hoặc 500-710 μ m. tùy theo khẩu kính mạch nuôi và lưu lượng dòng chảy thoát mạch. Theo Khashayar Farsad, dùng hạt PVA nút mạch tắc mạch vĩnh viễn được sử dụng trong những trường hợp chảy máu kéo dài hoặc chảy máu tái phát sau phẫu thuật cắt bỏ tử cung [4], [5].

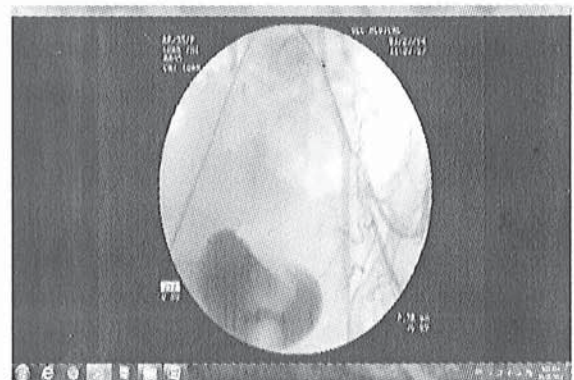
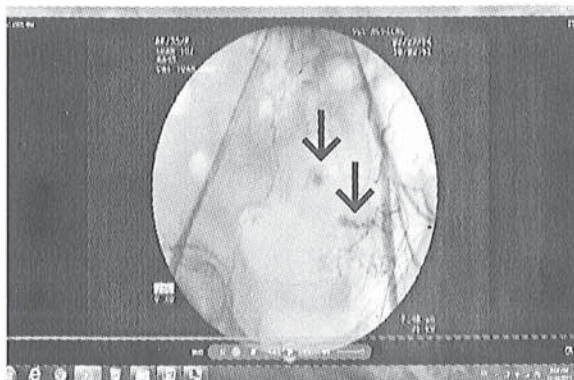
Trường hợp bệnh nhân trẻ tuổi nhất trong nhóm, Trần Thị Minh H. 17 tuổi điều trị ở khoa Sản (số v/v 1332779), đã mổ cắt tử cung toàn phần sau đẻ ở tuyến trước, chuyển viện và được phẫu thuật tiếp bốn lần nữa, kèm truyền máu nhưng vẫn không kiểm soát được chảy máu âm đạo, bệnh nhân mất máu, rối loạn đông máu, có nguy cơ trụy mạch. Chụp mạch chúng tôi xác định thoát mạch từ động mạch chậu trong hai bên, bên phải có búi thoát mạch lớn. Tiến hành nút mạch bằng PVA 500-710 μ m cho nhánh ĐMCT bên phải và 150-240 μ m cho nhánh ĐMCT bên trái. Kiểm tra hết thoát mạch và tiếp tục kiểm tra các nhánh mũ, từ động mạch đùi hai bên, không thấy chi phối cho búi thoát mạch. Bệnh nhân ổn định và được xuất viện sau 7 ngày. Nghiên cứu John A. Kaufman và một số tác giả, cho thấy việc

gây tắc hoàn toàn ĐMCT mà không gây ra biến chứng, vì có nhiều vòng nối mạch máu bằng hệ ở vùng tiểu khung [3], [4].

Cùng với sự phát triển các dụng cụ can thiệp mạch như ống thông nhỏ microcatheter, vật liệu nút mạch Spongel, PVA các cỡ, coils, microcoils, Histoacryl... giúp cho các nhà điện quang can thiệp có thể đưa các ống nhỏ vào xa hơn, đến tiếp cận gần hơn đến các nhánh mạch máu chi phối búi thoát mạch. Thực hiện can thiệp nội mạch hiệu quả hơn. Tránh được hiện tượng co thắt mạch trong chụp chẩn đoán và can thiệp [1], [2], [6].

Sau can thiệp nội mạch bằng phương pháp nút mạch vùng chậu, 6 bệnh nhân đều đạt được kết quả tốt đẹp. Không thấy chảy máu tái phát, các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng được nâng lên rõ. Không thấy các biến chứng như hoại tử sau nút mạch. Các bệnh nhân được xuất viện từ 6 đến 10 ngày sau điều trị nút mạch can thiệp. Tỷ lệ thành công là 100%. Tỷ lệ này cũng phù hợp với nghiên cứu Jean-Claude Veille 97,6 -100%. [2] Mặc dù bước đầu với 6 bệnh nhân, số lượng ít, nhưng vẫn xem là phương pháp điều trị có hiệu quả và cần được áp dụng rộng rãi trên lâm sàng.

Một số triệu chứng như đau bụng, sốt nhẹ, buồn nôn, nôn thường gặp sau nút mạch can thiệp ở các tạng. Các triệu chứng này điều trị bằng các loại thuốc giảm đau, kháng sinh.. sẽ đỡ dần sau một đến ba ngày.



Hình 1. Một số hình ảnh can thiệp

a. Trước nút mạch b. Sau nút mạch

Hình ảnh bệnh nhân Trần Thị B. 35 tuổi (số v/v 1353107) tại khoa HSCC. Có hình ảnh thoát mạch (↓) và dò thông động tĩnh mạch (↓). Kiểm tra sau nút mạch, đã tắt hoàn toàn.

IV. KẾT LUẬN

Bước đầu áp dụng thuyên tắc mạch chậu cho 6 bệnh nhân chảy máu thứ phát sau cắt tử cung, ung thư cổ tử cung bằng can thiệp nội mạch, chúng tôi nhận thấy đây là phương pháp điều trị cầm máu,

ít xâm nhập, an toàn và mang lại hiệu quả cao. Với sự phát triển cải thiện các dụng cụ ống thông, vật liệu nút mạch, kỹ thuật, thì phương pháp này không khó để chỉ định rộng rãi và mang lại kết quả tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Elizabeth A. Ignacio and Kiang Hiong Tay, Image- Guided Interventions, Second Edition, 2013, Chapter 77, tr. 547-552.
2. Jean-Claude Veille and Gary P. Siskin, *Interventional Radiology in Women's Health*, 2009, Chapter 8, tr. 77-87.
3. John A. Kaufman, *Vascular and Interventional Radiology The Requisites*, 2013, Chapter10, tr. 199 - 202
4. Khashayar Farsad and John A. Kaufman, *Abrams' Angiography Interventional Radiology THIRD EDITION* 2013, Chapter 27, tr. 291-296.
5. Michael J. Lee Anthony F. Watkinson, *Transcatheter Embolization and Therapy*, 2010, Chapter 38, tr. 377 – 383.
6. R. Ribes, *Learning Vascular and Interventional Radiology*, 2010, tr. 15 – 20.