



# CHẢY MÁU SAU ĐẼ DO TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH THẬN TRONG NGUYÊN NHÂN HIẾM GẶP: BÁO CÁO NHÂN 1 TRƯỜNG HỢP

Lê Thanh Dũng\*, Du Đức Thiện\* Phan Nhân Hiến\*, Phạm Hải Hà\*\*, Vũ Bá Quyết\*\*

## SUMMARY

A secondary postpartum hemorrhage may occur between 24 hours and 6 weeks after the birth. Secondary postpartum hemorrhage may be caused by endometritis, damage to an artery in caesarean, possible as a result of abscess from puerperal infection that causes damage to blood vessel. The uterine artery lesion is the most common, the internal pudental artery lesion is very rare. We report a case of a 36 year old patient, bleeding 12 days in postpartum due to damage to the internal pudental artery, successful embolization of the internal pudental artery.

**Keyword:** Secondary postpartum hemorrhage, embolization, uterine artery, internal pudental artery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu sau đẻ (CMSĐ) là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các bà mẹ trên thế giới và được định nghĩa là chảy máu trong vòng 6 tuần sau đẻ. CMSĐ có thể xuất hiện ngay lập tức hay sau đẻ vài giờ hoặc vài ngày, CMSĐ nguyên phát là chảy máu trong 24 giờ đầu sau đẻ. CMSĐ thứ phát khi chảy máu quá nhiều từ âm đạo, mất máu  $\geq 500$ ml, hoặc xuất hiện sau 24h (giờ) đầu tiên cho đến 6 tuần sau đẻ. Điều trị nội khoa bằng các thuốc co hồi tử cung và kháng sinh là biện pháp đầu tiên để điều trị CMSĐ. Khi điều trị nội khoa thất bại, sử dụng phương pháp nút mạch để cầm máu là biện pháp an toàn và hiệu quả thay thế được phương pháp cắt tử cung và thắt động mạch tử cung [1][2][3][6][7].

## II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

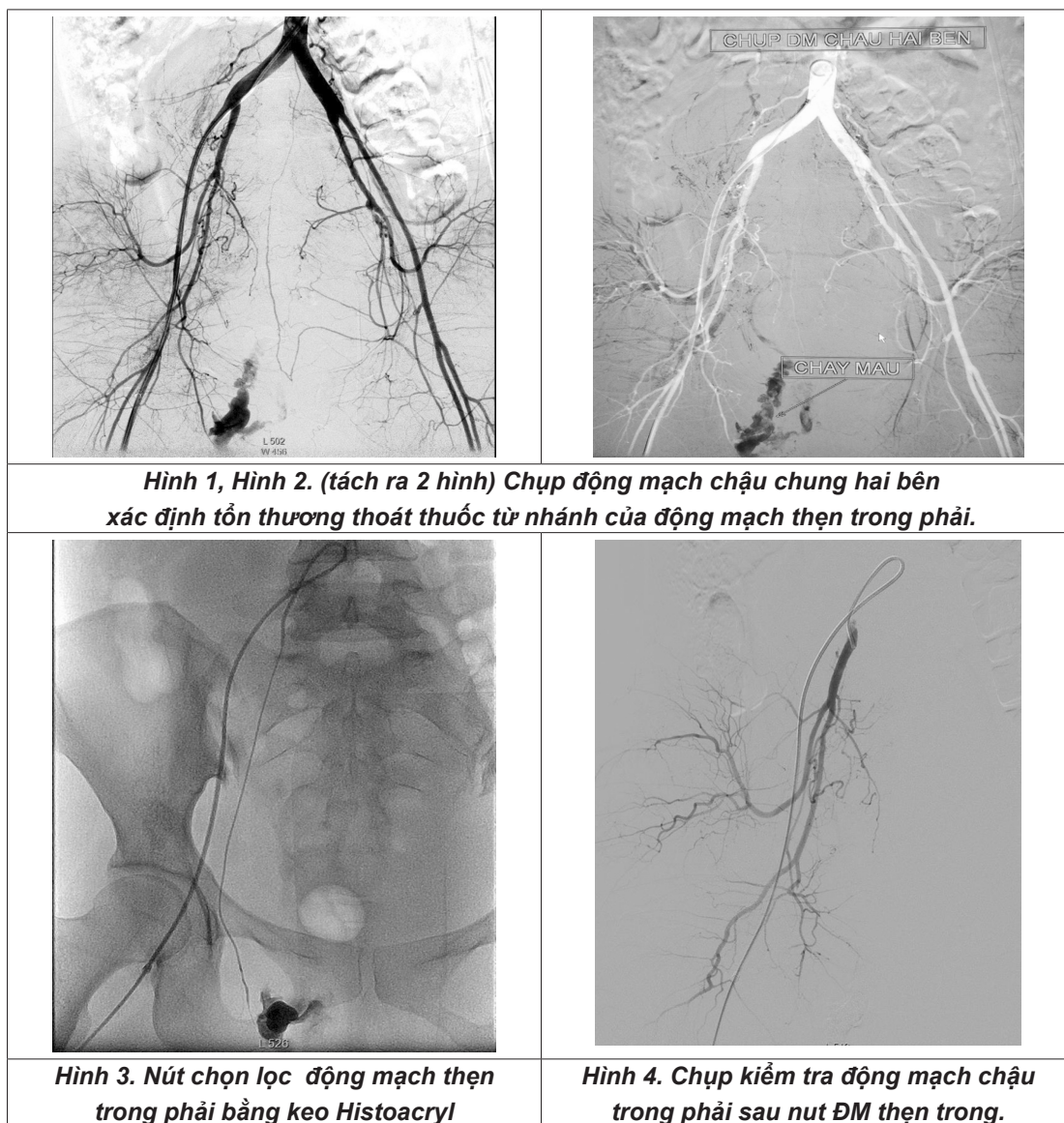
Bệnh nhân nữ 36 tuổi MSBA: 17506. Bệnh nhân đẻ thường con so trọng lượng 3000gram cách 12 ngày, sau đẻ 4 ngày có khâu lại vết cắt tầng sinh môn. Trước lúc vào viện 8 (giờ) tiếng bệnh nhân xuất hiện chảy máu âm đạo số lượng nhiều vào bệnh viện huyện xử trí nhét gạc cầm máu và chuyển Bệnh viện Phụ sản Trung ương (BVPSTU) trong tình trạng: mạch nhanh 110 lần/

phút, huyết áp 100/60mmHg, da niêm mạc xanh nhợt. Khám thấy âm đạo có gạc lớn thấm máu đỏ tươi. Xét nghiệm lúc vào: hồng cầu 1,6 G/l, Hb 50g/l, tiểu cầu: 158G/l. Bệnh nhân được chuyển thẳng vào nhà mổ để kiểm tra và phẫu thuật, khi rút gạc lớn thấy âm đạo chảy nhiều máu lẫn máu cục, thành phải âm đạo tụ máu có nhiều tổ chức mỡ nát hoạt tử, không khâu cầm máu được. Bệnh nhân được chuyển mổ để thắt động mạch tử cung hai bên, sau khi thắt kiểm tra vẫn thấy máu đỏ chảy nhiều từ âm đạo, phẫu thuật viên quyết định đóng bụng và chuyển nút mạch. Trong quá trình phẫu thuật bệnh nhân đã được truyền 8 đơn vị hồng cầu khối và các chế phẩm máu khác. Bệnh nhân vào phòng can thiệp mạch sau 12h xuất hiện chảy máu, trong tình trạng có biểu hiện của sốc mất máu: da niêm mạc nhợt, mạch 120 lần/ phút, HA 80/40 mmHg, âm đạo đã nhét gạc nhưng thấm nhiều máu đỏ. Bệnh nhân được chụp hệ động mạch chậu hai bên bằng ống thông 5F (pigtail-terumo) phát hiện tổn thương chảy máu thể hoạt động từ động mạch thận trong bên phải ở vị trí sát khớp mu (hình 1 và 2), dùng ống thông 5F (cobra-terumo) luồn vào động mạch chậu trong bên phải, sau đó sử dụng vi ống thông 2.7F (progreat-terumo) luồn vào nhánh động mạch thận trong đang chảy máu (hình 3) nút nhánh động mạch tổn thương này bằng hỗn hợp NBCA (Hystoacryl) và Lipiodol tỷ lệ 1/4 tổng số NBCA

\*Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Việt Đức

\*\* Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

dùng 0,5ml. Chụp kiểm tra sau nút thấy tổn thương được loại bỏ và bảo tồn các nhánh còn lại của động mạch chậu trong phải (hình 4). Ngay sau nút mạch bệnh nhân được rút ngay gác lớn âm đạo và đánh giá thấy tình trạng chảy máu từ âm đạo đã kết thúc, bệnh nhân được chuyển lại BVPSTU' hồi sức, truyền tiếp 4 đơn vị hồng cầu khối, điều trị kháng sinh bệnh nhân ổn định ra viện sau 6 ngày.



### III. BÀN LUẬN

#### 3.1. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ CMSĐ thứ phát

##### 3.1.1. Nguyên nhân của CMSĐ thứ phát: [1][2][3][5]

- Đờ tử cung - sót rau và/hoặc viêm niêm mạc tử cung.
- U xơ tử cung.
- Chấn thương đường sinh dục dưới/ tụ máu sinh dục.
- Tổn thương do phẫu thuật.

- Dị dạng mạch máu - dị dạng động tĩnh mạch.
- Rau bất thường - rau cài răng lược.
- Ung thư tử cung.
- Bệnh lí về máu, rối loạn chảy máu, sử dụng thuốc chống đông máu.

**3.1.2. Yếu tố nguy cơ CMSĐ thứ phát: [1][2][3][5]**

Yếu tố sẵn có	Yếu tố trước đẻ	Yếu tố trong đẻ	Yếu tố sau đẻ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mẹ hút thuốc</li> <li>- Tiền sử CMSĐ</li> <li>- Đẻ nhiều con</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rối loạn cơ co tử cung</li> <li>- Dọa sảy</li> <li>- Nhiều thai</li> <li>- Phải nhập viện trong suốt 3 tháng cuối thai kỳ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mổ đẻ</li> <li>- Cơ co tử cung dồn dập &lt;2h</li> <li>- Giai đoạn 3 chuyển dạ kéo dài.</li> <li>- Sốt rau hoặc/ và rau bong non.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chảy máu nguyên phát sau đẻ.</li> <li>- Không cho con bú ngay.</li> <li>- Nhiễm trùng hậu sản.</li> </ul>

**3.2. Các phương pháp điều trị chảy máu sau đẻ [1][2][3][5]**

Điều trị nội khoa
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oxytocin</li> <li>2. Prostaglandin</li> <li>3. Kháng sinh</li> <li>4. Tranexamic acid</li> <li>5. Vasopressin</li> <li>6. Các yếu tố đông máu cô đặc</li> <li>7. Hóa trị liệu.</li> <li>8. Uống thuốc tránh thai</li> </ol>

Điều trị ngoại khoa
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bóc rau và kiểm soát tử cung</li> <li>2. Đặt bóng vào trong buồng tử cung</li> <li>3. Khâu nén tử cung</li> <li>4. Cắt bỏ tử cung</li> <li>5. Thắt động mạch chậu trong hai bên</li> </ol>
Điện quang can thiệp
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nút chọc lọc nhánh ĐM chậu trong cầm máu</li> </ol>

**3.3. Nút mạch điều trị chảy máu thứ phát sau đẻ**

Điều trị nội khoa bằng các thuốc co hồi tử cung và kháng sinh là lựa chọn ưu tiên trong điều trị chảy máu thứ phát sau đẻ. Bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung là phương pháp vừa để chẩn đoán vừa để điều trị. Khi các biện pháp điều trị nội khoa thất bại tình trạng chảy máu âm đạo không kết thúc thì chụp và nút mạch là phương pháp tối ưu, giúp giảm tỷ lệ phải cắt tử cung đặc biệt là ở những bệnh nhân trẻ tuổi, bệnh nhân mang thai lần đầu[2][5][10].

Chụp mạch giúp xác định chính xác vị trí của động mạch tổn thương, hình thái tổn thương. Trong chảy máu sau đẻ thì tổn thương động mạch tử cung là hay gặp nhất, theo Vũ Hoài Linh [1] với 32 bệnh nhân thì 100% bệnh nhân là tổn thương ở động mạch tử cung, trong đó 87,5% là tổn thương động mạch tử cung một

bên và 12,5% là tổn thương động mạch tử cung cả hai bên. Ji Yoo Cheong [3] trên 117 bệnh nhân chảy máu sau đẻ thì tổn thương động mạch tử cung đơn thuần chiếm trên 50% (56,5% ở nhóm đẻ thường và 52,1% ở nhóm đẻ mổ). Trong nhóm bệnh nhân đẻ thường nguyên nhân chảy máu do tổn thương đường sinh dục chiếm 36,2%. Những bệnh nhân tổn thương đường sinh dục dưới gây CMSĐ do tổn thương các nhánh của động mạch chậu trong cấp máu cho âm đạo, tầng sinh môn gồm: động mạch âm đạo, động mạch bịt và động mạch thẹn trong, động mạch mông dưới và động mạch xương cụt. Những trường hợp CMSĐ do tổn thương đường sinh dục thì mổ cắt tử cung hay thắt động mạch tử cung hai bên không có hiệu quả [3], giống như trường hợp lâm sàng của chúng tôi, sau khi thắt động mạch tử cung hai bên, bệnh nhân vẫn tiếp tục chảy máu âm đạo.

Lựa chọn vật liệu nút mạch phụ thuộc vào hình thái tổn thương và mức độ tổn thương. Trong nhiều trường hợp nhất là các bệnh nhân CMSĐ do viêm niêm mạc tử cung thì kết quả chụp mạch có thể không phát hiện nhánh động mạch tổn thương. Jean – Pierre Pelage [10] trong 14 bệnh nhân chảy máu thứ phát sau đẻ có 8/14 (57,1%) không phát hiện tổn thương, Je Yoo Cheong [3] trong 117 bệnh nhân chảy máu sau đẻ thì có 16/117 (13,7%) không phát hiện nhánh tổn thương. Đối với những bệnh nhân kết quả chụp mạch bình thường mà tình trạng chảy máu âm đạo không đáp ứng với điều trị nội khoa thì việc gây tắc động mạch tử cung hai bên bằng vật liệu tạm thời như Gelatin là biện pháp an toàn và hiệu quả. Trong các tổn thương mạch máu thực sự: chảy máu thể hoạt động, giả phình mạch, thông động tĩnh mạch thì lựa chọn các vật liệu nút mạch vĩnh viễn (Coils, hạt PVA, NBCA) là lựa chọn ưu tiên giúp cầm máu triệt để [3][5][7].

Nút chọn lọc nhánh của động mạch chậu trong cầm máu là biện pháp an toàn và hiệu quả để điều trị các trường hợp chảy máu sau đẻ thứ phát không cầm. Theo các tác giả tỷ lệ thành công về mặt lâm sàng cao: Lê Thanh Dũng (100%) [8], Vũ Hoài Linh [1] (100%), Ji Yoo Cheong (88%) [3], Jean - Pierre Pelage (85,7%) [10]. Nút mạch được coi là thất bại khi cầm máu không thành công bệnh nhân phải phẫu thuật cắt tử cung hay xuất hiện các biến chứng sau khi nút mạch. Nút mạch cầm máu không thành công về mặt kỹ thuật thường do nhánh mạch bị tổn thương có vòng nối rộng rãi với các nhánh động mạch khác. Những biến chứng sau khi nút mạch liên quan đến nút tắc các nhánh của động mạch chậu trong như hoại tử tử cung phải cắt tử cung, hoại tử các cơ vùng mông phải cắt lọc, sốt cao, vỡ khối máu tụ. Ji Yoo Cheong [3] can thiệp thất bại 14/117 bệnh nhân,

trong đó có 4 bệnh nhân phải cắt tử cung và 10 bệnh nhân phải nút mạch lần 2. Biến chứng liên quan đến nút mạch ghi nhận trên 7/114 bệnh nhân, trong đó có 2 bệnh nhân hoại tử tử cung, 2 bệnh nhân xuất hiện sốt cao và nhiễm trùng, nhiễm trùng và vỡ khối máu tụ ghi nhận 2 bệnh nhân.

### 3.4. Chảy máu thứ phát sau đẻ do tổn thương động mạch thận trong

ĐM thận trong là nguồn cấp máu chủ yếu cho âm đạo và đường sinh dục dưới. Động mạch thận trong là nhánh của ngành trước của động mạch chậu trong, sau đó là các nhánh động mạch trực tràng dưới, động mạch môi dưới và động mạch đáy chậu nông. Tổn thương động mạch thận trong và các nhánh động mạch khác cấp máu cho âm đạo là nguyên nhân gây CMSĐ do chấn thương đường sinh dục ở những bệnh nhân đẻ thường. Khi tổn thương đường sinh dục dưới gây CMSĐ do tổn thương các nhánh mạch cấp máu cho đường sinh dục thì thắt động mạch tử cung hay cắt tử cung đều không có tác dụng. Tổn thương động mạch thận trong ít gặp, Porteous [9] báo cáo 1 trường hợp chảy máu sau đẻ do tổn thương động mạch thận trong ở bệnh nhân Hemophilia, Hye Ri Hong [4] báo cáo 1 trường hợp máu tụ âm đạo do tổn thương giả phình của động mạch thận trong, 2 trường hợp này đều được nút mạch thành công.

## IV. KẾT LUẬN

CMSĐ thứ phát do tổn thương động mạch thận trong ở những bệnh nhân đẻ thường có tổn thương đường sinh dục dưới là một tổn thương hiếm gặp, điều trị nút mạch chọn lọc là phương pháp an toàn và hiệu quả, tránh được phẫu thuật thắt động mạch chậu trong hay cắt tử cung không cần thiết.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Hoài Linh (2011). *Bước đầu áp dụng kỹ thuật nút mạch điều trị chảy máu sau đẻ. Luận văn bác sỹ nội trú bệnh viện. Trường Đại học Y Hà Nội.*

2. Suvranu Ganguli, MD, Michael S. Stecker, MD, Deveraj Pyne, MD, Richard A. Baum, MD, and Chieh-Min Fan, MD, Uterine (2011). *Artery Embolization in the Treatment of Postpartum Uterine Hemorrhage. J Vasc*

*Interv Radiol* 22:169 –176.

3. Ji Yoon Cheong, Tae Wook Kong, Joo Hyuk Son, Je Hwan Won, Jeong In Yang, Haeng Soo Kim (2014). *Outcome of pelvic arterial embolization for postpartum hemorrhage: A retrospective review of 117 cases. Obstet Gynecol Sci* 57(1):17-27.

4. Hye Ri Hong, Kyu Ri Hwang, Sung Ae Kim, Jeong Eun Kwo, Hye Won Jeon, Ji Eun Choi, Young Ho So(2014). A case of vulvar hematoma with rupture of pseudoaneurysm of pudendal artery. *Obstet Gynecol Sci* 57(2):168-171.

5. H. Park, J. H. Shin, J. H. Kim, H.-K. Yoon, D. I. Gwon, G.-Y. Ko, K.-B. Sung; Seoul/KR(2012). Pelvic arterial embolization for secondary postpartum hemorrhage: 11-year experience at a single institution. *ECR C-2304*.

6. Christopher B-Lynch, Louis G. Keith, André B. Lalonde Mahantesh Karoshi (2006): A textbook of postpartum hemorrhage comprehensive guide to evaluation, management and surgical intervention. Sapiens Publishing.

7. Ha Young Lee, MD, Ji Hoon Shin, MD Jino Kim, MD Hyun-Ki Yoon, MD Gi-Young Ko, MD Hye-Sung

Won, MD (2012).Primary Postpartum hemorrhage Outcome of Pelvic Arterial Embolization in 251 Patients at a Single Institution. *Radiology: Volume 264: Number 3*.

8. Lê Thanh Dũng, Vũ Hoài Linh, Nguyễn Thái Bình, Nguyễn Duy Huệ, Vũ Bá Quyết, Nguyễn Thị Thanh Vân (2010). Bước đầu áp dụng phương pháp can thiệp nội mạch để điều trị chảy máu sau đẻ tại bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí y học thực hành*, số 2, tr 56-59.

9. A.O.R. Porteous, D.S. Appleton, F. Hoveyda, C.C Lees (2005). Acquired haemophilia and postpartum haemorrhage treated with internal pudendal embolization. *BIOG: an Intervention Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 112:678-679.

10. Jean- Pierre Pelage, MD et al (1999). Secondary postpartum hemorrhage: Treatment with selective arterial embolization. *Radiology* 212: 385-389.

---

**TÓM TẮT**

Chảy máu sau đẻ thứ phát là chảy máu sau đẻ từ 24 giờ đến 6 tuần. Nguyên nhân chảy máu sau đẻ thứ phát thường là do viêm niêm mạc tử cung, tổn thương động mạch mạc phải trong ổ đẻ, các ổ áp xe do nhiễm khuẩn hậu sản gây tổn thương mạch máu. Tổn thương động mạch tử cung là nguyên nhân hay gặp nhất, tổn thương động mạch thận trong hiếm gặp. Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp chảy máu sau đẻ ngày thứ 12 ở phụ nữ 36 tuổi do tổn thương động mạch thận trong phải đã được nút mạch thành công.

**Từ khóa:** Chảy máu thứ phát sau đẻ, nút mạch, động mạch tử cung, động mạch thận trong.

---

Người lên hệ: Lê Thanh Dũng, Email: drdung74@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.10.2015

Ngày chấp nhận đăng: 20.11.2015