

5. **Johnson, P.F. (2014)**, Purchasing and Supply Management, McGraw-Hill Education.
6. **Tektas, A. và A. Aytekin (2011)**, Supplier selection in the international environment: a comparative case of a Turkish and an Australian company. IBIMA Business Review. Vol. 2011 (2011), Article ID 598845, pp.1 - 14.
7. **Cheraghi, S.H., M. Dadashzadeh và M. Subramanian (2004)**, Critical Success Factors For Supplier Selection: An Update, Journal of Applied Business Research (JABR), Vol. 20 (2), pp. 91 - 108.
8. **Donaldson, B. (1994)**, Supplier selection criteria on the service dimension: Some empirical evidence. European Journal of Purchasing & Supply Management. Vol 1 (4), pp 209 - 217.
9. **Parasuraman và cộng sự (1985)**, A Conceptual Model of Service Quality and its Implication for Future Research (SERVQUAL). Journal of marketing. Vol. 49 (4), pp. 41 - 50.

DỊ DẠNG MẠCH MÁU TỬ CUNG: BÁO CÁO CHÙM CA LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Lê Thị Anh Đào*, Nguyễn Duy Ánh**

TÓM TẮT

Băng huyết do dị dạng mạch máu tử cung hiếm gặp nhưng có thể đe dọa tính mạng người bệnh. Ba trường hợp lâm sàng được mô tả dưới đây đều có những đợt chảy máu dữ dội dẫn tới thiếu máu nặng và không tìm được bất kỳ nguyên nhân thực thể hoặc cơ năng thông thường dẫn tới băng huyết. Siêu âm 2D kết hợp với Doppler màu phát hiện được các bất thường mạch máu tại tử cung. Hai trường hợp được nút mạch thành công và một trường hợp phải cắt tử cung để cầm máu. **Kết luận:** nghĩ đến các dị dạng mạch máu thông động tĩnh mạch (AVM) ở những trường hợp băng huyết âm đạo không tìm thấy nguyên nhân và siêu âm 2D và siêu âm màu thấy hình ảnh mạch máu bất thường. Nút mạch là phương pháp điều trị băng huyết do AVM hiệu quả và bảo tồn được khả năng sinh sản.

Từ khóa: dị dạng thông động- tĩnh mạch, băng huyết âm đạo, nút mạch.

SUMMARY

UTERINE VASCULAR LESION: SERIAL CASE STUDY, DIAGNOSIS AND TREATMENT

Heavy uterine bleeding caused by arteriovenous malformation is rare but can be life-threatening. All three subjects from the case studies below experienced several episodes of massive bleeding. However, there were no signs of ordinary causes leading to such bleeding. Ultrasound 2D and colour doppler detected abnormal uterine vessels. Two cases were successfully treated by transcatheter embolization (TCE) while hysterectomy was used in the other case. Conclusions: TCE is a useful method to treat AVM and preserve fertility.

Key words: arterio-venous malformation, (heavy) abnormal uterine bleeding, transcatheter embolization.

*Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao1610@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2021

Ngày duyệt bài: 7.01.2022

CA LÂM SÀNG 01

Bệnh nhân nữ Cao Thị Thu P, sinh năm 1984, tiền sử 2 con mổ đẻ: năm 2007, 2011; hút thai 5 tuần (vì thai ngoài ý muốn) năm 2019. Bệnh nhân có tiền sử kinh nguyệt đều, chu kỳ 28-30 ngày. Lượng máu kinh trung bình 4,5 ngày.

Trong 5 ngày, bệnh nhân có 3 đợt băng huyết âm đạo dữ dội dẫn tới tình trạng shock, trong khi siêu âm phụ khoa và các xét nghiệm đông cầm máu đều bình thường. Cách xử trí tại một bệnh viện tuyến huyện tại khu vực Hà Nội và bệnh viện Phụ Sản Hà Nội là hút buồng tử cung và khâu động mạch cổ tử cung và hồi sức truyền máu. Chỉ khi lần băng huyết thứ 4 chúng tôi mới phát hiện được qua siêu âm đầu dò âm đạo hình ảnh trong lớp cơ cổ tử cung có vùng âm vang trống âm dạng ống, siêu âm Doppler và siêu âm màu thấy có hình ảnh dòng chảy tốc độ lớn, trong khi buồng tử cung sạch. Bệnh nhân được xử trí đặt bóng chèn ống cổ tử cung bằng sonde foley số 12 bơm 20 ml dịch và đặt 2 đường truyền tĩnh mạch để hồi sức và được chuyển sang đơn vị Hồi sức cấp cứu- Bệnh viện Bạch Mai. Tại đây, bệnh nhân được xử trí truyền máu và chụp cắt lớp vi tính nhiều lớp (MSCT) với 1 bóng foley chèn tại vị trí ống cổ tử cung. Kết quả MSCT không quan sát thấy dị dạng mạch tại động mạch lớn trong tiểu khung và ổ bụng. Ngày 31/12/2020, bóng foley bên trong cổ tử cung tuột, bệnh nhân lại một lần nữa băng huyết nặng nề. Ngay lập tức bệnh nhân được chụp mạch cấp cứu, kết quả chụp mạch cho thấy có hình ảnh giả phình động mạch tử cung trái, hình ảnh thoát thuốc rõ ràng trên phim chụp DSA (chụp mạch máu số hóa xóa nền). Bệnh nhân được nút mạch bằng dung dịch histoacryl và lipiodol. Ngay khi ổ giả phình được gây tắc, mạch huyết áp của bệnh nhân đã ổn định. Sau 5 ngày nút mạch bệnh nhân được ra viện toàn trạng ổn định, không còn

ra máu âm đạo. Tại thời điểm tháng thứ 5 sau nút mạch bệnh nhân kinh nguyệt đều, sức khỏe ổn định.

CA LÂM SÀNG THỨ 2

Bệnh nhân Nguyễn Mai C. sinh năm 1990 tiền sử mổ đẻ 2 lần, không có tiền sử bệnh lý gì đặc biệt. Bệnh nhân có tình trạng băng huyết âm đạo dữ dội nhiều đợt trong 4 ngày điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, phải truyền 10 lít máu cùng nhóm. Bệnh nhân cũng có kết quả khám phụ khoa hoàn toàn bình thường. Hình ảnh siêu âm cơ tử cung đồng nhất, niêm mạc tử cung mỏng không có dấu hiệu bệnh lý thực thể nào của cơ quan sinh dục. Các xét nghiệm đông máu của bệnh nhân trong giới hạn bình thường. Các xử trí ban đầu khi bệnh nhân bao gồm: hút buồng tử cung và đặt một bóng foley vào buồng tử cung, thuốc tăng co, acid tranexamic, thuốc nội tiết với liều rất cao: 3 viên thuốc tránh thai kết hợp + 4 viên oestradiol valerate trong một ngày bệnh nhân vẫn ra máu tiếp tục đợt sau với lượng máu rất lớn khoảng 1000 ml. Khi siêu âm đường âm đạo kỹ lưỡng, chúng tôi quan sát thấy tại vị trí môi sau cổ tử cung có hình ảnh khoang trống âm kích thước 19x 29 mm và có dòng chảy đa chiều rõ ràng. Chính vì vậy, bệnh nhân được nghĩ đến có 1 bất thường mạch máu tại cổ tử cung. Và xử trí ngay lúc này là đặt 1 bóng foley số 18 vào ống cổ tử cung để chèn vào xoang mạch này và tiếp tục khâu vòng quanh cổ tử cung (qua đường âm đạo) rất nhiều lớp và cách khâu này đã làm bệnh nhân không còn ra máu nữa. Bệnh nhân được cho ra viện để chuyển sang bệnh viện có đơn vị chụp mạch và can thiệp mạch. Tuy nhiên, bệnh nhân lại đến 1 cơ sở y tế khác và tại đó bệnh nhân phải cắt tử cung hoàn toàn với tình trạng sốt và cổ tử cung tím, mủn.

CA LÂM SÀNG THỨ 3

Bệnh nhân nữ Nguyễn Thùy D sinh năm 2003. Bắt đầu có kinh từ năm 13 tuổi, kinh nguyệt đều lượng kinh bình thường, không thống kinh.

Năm 2017, khi 14 tuổi, bệnh nhân phải mổ cấp cứu tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, tình trạng lúc mổ được mô tả: có 1500 ml máu trong ổ phúc mạc, 2 buồng trứng bình thường không có điểm chảy máu, không có biểu hiện viêm nhiễm tiểu khung. Tổn thương gây chảy máu thuộc thành trước tử cung mủn nát, thông với buồng tử cung rỉ máu vào ổ phúc mạc. Phẫu thuật viên chuyển mổ mở để cắt lọc tổn thương và khâu phục hồi cơ tử cung (không gửi giải phẫu bệnh lý).

Sau đó, bệnh nhân vẫn có kinh nguyệt đều ra

kinh 3 ngày, lượng bình thường. Tháng 11. 2020, bệnh nhân nhập viện vì băng huyết âm đạo gây thiếu máu nặng Hb 59 g/l. Hình ảnh siêu âm khi nhập viện của bệnh nhân cho thấy niêm mạc tử cung mỏng, thành trước tử cung có một vùng âm vang hỗn hợp và tăng sinh mạch, thành tử cung toàn vẹn và ổ bụng không có dịch tự do. Hình ảnh MRI cho thấy: thành trước tử cung lệch trái có khối kích thước: 35x25x45 mm bên trong có tín hiệu của máu và mạch máu. Khối xâm lấn cơ thành trước tử cung và thông thương với buồng tử cung. Khối đẩy lùi bàng quang và mạch máu xung quanh khối tăng sinh. Khối hạn chế khuếch tán trên DW1, sau tiêm khối này không ngấm thuốc. Bệnh nhân được điều trị truyền máu, uống 3 viên thuốc tránh thai kết hợp và tiêm 1 mũi GnRH agonist (Zoladex) và tiếp tục điều trị bằng thuốc tránh thai trong 21 ngày. Lần khám lại theo hẹn bệnh nhân không có tình trạng băng huyết âm đạo, khối âm vang tại thành trước cơ tử cung thu nhỏ lại. Bệnh nhân ngừng uống thuốc nội tiết.

Tháng 1/2021 bệnh nhân lại trải qua một lần băng huyết nữa, sau khi loại trừ các nguyên nhân thực thể và rối loạn đông máu. Các bác sỹ chuyên ngành phụ sản muốn hút buồng tử cung để đánh giá bản chất niêm mạc tử cung. Tuy nhiên, niêm mạc tử cung rất mỏng, hình ảnh thành trước tử cung vẫn có vùng âm hỗn hợp tăng sinh mạch máu kèm với tiền sử thủng tử cung do tổn thương mủn và tăng sinh mạch máu ở thành trước tử cung năm 2017, nên chúng tôi nghĩ tới bệnh lý dị dạng mạch máu (AVM). Bệnh nhân được chuyển sang trung tâm Điện quang Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả chụp mạch cho thấy một nhánh của động mạch tử cung bên trái rách đang phun máu. Bệnh nhân được nút mạch bằng hystroacryl thành công. Tại thời điểm tháng thứ 9 sau nút mạch bệnh nhân ổn định kinh nguyệt đều lượng bình thường. Hình ảnh âm vang cơ tử cung trở lại gần như bình thường. Cả 3 bệnh nhân này đều có xét nghiệm β hCG dưới 5 mUI/ml.

IV. BÀN LUẬN

Băng kinh, băng huyết là tình trạng mà lượng máu kinh ra nhiều hơn 80 ml/ chu kỳ hoặc có kèm theo máu cục (đường kính cục máu > 1 inch tương đương 2,54 cm) hoặc phải thay băng vệ sinh hoặc tampon hàng giờ hoặc nhiều hơn¹.

Băng huyết tử cung do dị dạng thông động-tĩnh mạch (anteriovenous malformations AVM) tại tử cung là tình huống hiếm gặp nhưng đe dọa tính mạng người bệnh, trên thế giới có khoảng 150 trường hợp đã được báo cáo².

AVM được định nghĩa là một tập hợp các kênh mạch bao gồm động mạch, tĩnh mạch nối với nhau bằng các đường thông không qua hệ thống mao mạch³.

Hay theo phân loại bất thường mạch máu của tác giả Mulliken và Glowaki, AVM được định nghĩa là cấu trúc mạch máu bất thường trong đó động mạch nối thông với tĩnh mạch một cách trực tiếp không thông qua hệ thống mao mạch. Dòng chảy nối thông giữa động mạch và tĩnh mạch với tốc độ rất nhanh⁴ dẫn tới máu chảy ở trong hệ thống tĩnh mạch nhanh và tĩnh mạch giãn to một cách bất thường².

AVM có thể bẩm sinh hoặc mắc phải, các AVM tử cung chiếm đại đa số là AVM loại mắc phải thường xuất hiện sau các sang chấn, các cuộc mổ hoặc nạo tại buồng tử cung². Các AVM mắc phải ở tử cung thường là các nối thông động- tĩnh mạch (arteriovenous fistula) phức tạp không điển hình như các dị dạng mạch máu². AVM tử cung có thể gặp ở thân tử cung nhưng cũng có thể xuất hiện ở cổ tử cung. Trong thực tế, một số trường hợp AVM tồn tại nhưng không gây những tình trạng băng huyết nghiêm trọng. Nghiên cứu của O'Brien và cộng sự cho thấy tỷ lệ AVM chiếm 4,5% trong 464 trường hợp phải siêu âm tiểu khung do chảy máu tiểu khung⁵.

Theo phân loại của Hiệp hội Nghiên cứu Mạch máu Bất thường (International Society for the Study of Vascular Anomalies), các tổn thương mạch máu tử cung có thể chia thành 2 nhóm: nhóm tăng sinh mạch máu (vasoproliferative or vascular neoplasms) và nhóm dị dạng mạch máu (vascular malformation). Nhóm dị dạng mạch máu có 4 dưới nhóm: dị dạng tĩnh mạch (venous malformation), thông động-tĩnh mạch (arteriovenous fistula), giả phình mạch (pseudoaneurysm) và dị dạng thông động-tĩnh mạch (arteriovenous malformation AVM)⁵. Sự phân loại rõ ràng 4 nhóm dị dạng mạch máu này liên quan đến các tiêu chuẩn chẩn đoán hình ảnh còn các biểu hiện lâm sàng của 4 nhóm dị dạng mạch này không khác biệt.

Các biểu hiện của AVM tử cung. Nguyên nhân chảy máu tử cung bất thường (AUB) được Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) 2013 chia theo 2 nhóm PALM (các nguyên nhân thực thể: polyp, lạc tuyến cơ tử cung, u xơ, bệnh lý ác tính) và COEIN (các nguyên nhân không liên quan đến cơ học: rối loạn đông máu, rối loạn phóng noãn, niêm mạc, nguyên nhân do thầy thuốc và các nguyên nhân khác không xếp loại)⁶. Chính vì vậy, cần phải loại trừ hết các nguyên nhân thực thể và các rối loạn cơ năng hay gặp

dẫn tới băng huyết sau đó mới nghĩ đến nguyên nhân AVM.

Một đặc điểm quan trọng của băng huyết do AVM mắc phải chính là mức độ chảy máu rất dữ dội trong một thời gian ngắn và thành từng đợt như hai bệnh nhân đầu tiên đã mô tả ở trên⁴. Các biểu hiện khác của AVM mắc phải như: nặng tức bụng hay rối loạn tiểu tiện hay đau khi quan hệ⁴.

Một đặc điểm rất quan trọng của AVM mắc phải là sau khi nạo hút buồng tử cung để điều trị rong kinh rong huyết thì tình trạng ra máu lại nặng hơn⁴. Hai bệnh nhân đầu tiên đều được hút buồng tử cung dù niêm mạc tử cung mỏng và buồng tử cung không có máu đọng. Và sau khi hút, các tình trạng ra máu vẫn nặng nề như trước khi hút. Đây là một vấn đề thực hành cần được thay đổi vì không hiệu quả và có thể nguy hiểm hơn với các trường hợp mắc AVM.

Ca lâm sàng thứ 3 biểu hiện hết sức đặc biệt do có tổn thương AVM ở cơ tử cung phát triển về phía ổ bụng thì dẫn tới thủng tử cung, chảy máu trong ổ bụng. Phát triển về phía buồng tử cung thì dẫn tới băng huyết âm đạo.

Tuy nhiên có những trường hợp AVM nhưng không biểu hiện gì. Theo Divya Sridhar, tỷ lệ gặp AVM phát hiện tình cờ qua siêu âm không có biểu hiện bệnh lý khá cao chiếm 5,2% phụ nữ có tiền sử nạo và nạo buồng tử cung hoặc 0,22% phụ nữ sau đẻ².

Các phương pháp chẩn đoán AVM tại tử cung. Trước đây, chụp mạch là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán AVM, tuy nhiên các phương pháp thăm dò không xâm lấn cũng rất có ý nghĩa trong chẩn đoán AVM⁷. Thực tế, các bệnh nhân trong báo cáo này đều phát hiện được các bất thường mạch máu thông qua siêu âm.

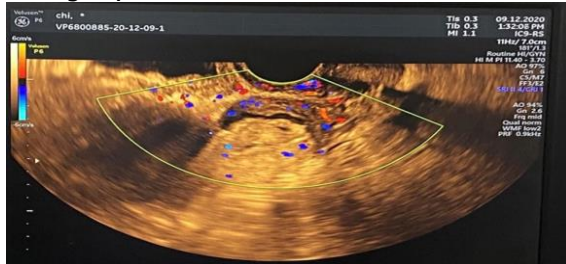
Phương pháp sàng lọc ban đầu AVM tử cung chính là siêu âm đường âm đạo, hình ảnh vùng âm vang trống âm dạng ống ở trong cơ tử cung là hình ảnh gợi ý, nên siêu âm Doppler màu hoặc Doppler xung, sẽ quan sát thấy các mạch máu tử cung giãn to với dòng chảy đa chiều³. Theo Daniel J. Yoon, siêu âm vùng tiểu khung thường được áp dụng để sàng lọc ban đầu những trường hợp nghi ngờ AVM tại tử cung hoặc tiểu khung và nên khảo sát Doppler màu và đo vận tốc dòng chảy. Sử dụng Doppler màu nhằm xác định sự có mặt của những phình mạch máu vùng tử cung hoặc tiểu khung với tín hiệu mạnh, thông nhau và dòng chảy ngược rõ ràng - chỉ điểm của dòng chảy vận tốc lớn. Phổ Doppler cho thấy tăng tốc độ dòng chảy với trở kháng thấp - là dấu hiệu chỉ điểm của thông động-tĩnh mạch^{4,6}. Các chỉ số trở kháng mạch thường dao động trong

khoảng 0.25 đến 0.55⁴.

Chụp cắt lớp vi tính (CT) và cộng hưởng từ (MRI) có thể được sử dụng để xác định rõ hơn tổn thương AVM tương quan với giải phẫu tiểu khung, tử cung và các tạng liên quan từ đó lập được kế hoạch tiền phẫu hoặc can thiệp mạch. Các hình ảnh điển hình của AVM trên MRI đó là: tử cung phồng to, có hoặc không có khối khu trú, hình ảnh gián đoạn vùng chuyển tiếp cơ-niêm mạc; nhiều mạch máu phì đại tại niêm mạc tử cung hoặc cận niêm mạc. Hiện tượng đổ đầy sớm các tĩnh mạch bị giãn to này thông qua shunt động mạch là đặc điểm chung của AVM trên MRI. Ngoài ra, MRI mô tả các cơ quan vùng chậu tốt hơn và hạn chế hơn bức xạ ion hóa. CT và MRI không phải là một thủ thuật xâm lấn nên MRI và CT có thể được sử dụng để chẩn đoán trước khi tiến hành chụp mạch².

Cuối cùng, chụp mạch vẫn là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán AVM tiểu khung và tử cung, đồng thời cũng là phương pháp điều trị hữu hiệu.

Với bệnh nhân thứ nhất chúng tôi đã ghi nhận được hình ảnh giả hình động mạch tử cung trái (Pseudoaneurysm) khi chụp mạch và tiến hành nút mạch. Trước khi làm chụp mạch, bệnh nhân có được chụp MSCT nhưng do tổn thương dị dạng mạch tại cổ tử cung tương đối nhỏ hoặc do còn có bóng chèn tại ống cổ tử cung nên không phát hiện thấy hình ảnh bất thường mạch tại cổ tử cung trong khi hình ảnh siêu âm Doppler màu lại quan sát rất rõ bất thường mạch máu.



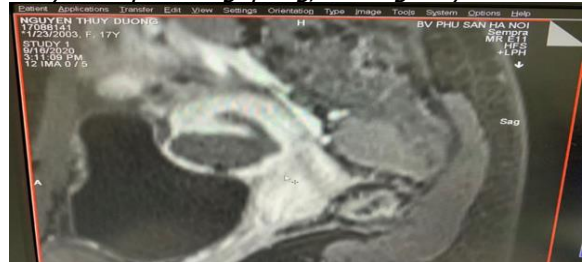
Hình ảnh 1: siêu âm đầu dò âm đạo của bệnh nhân thứ 2 sau khi khâu vòng quanh cổ tử cung để cầm máu: mạch máu tại môi trước cổ tử cung giãn to.

Trong khi đó ca bệnh thứ 2 là bệnh nhân chúng tôi đã nghĩ đến bệnh lý AVM khi quan sát hình ảnh một vùng âm vang trống âm dạng ống trên siêu âm đầu dò âm đạo, kết hợp với Doppler màu thấy dòng chảy đa chiều rất điển hình nên dù chưa được chụp mạch nhưng chúng tôi vẫn nghĩ đến đây là một tổn thương AVM tại tử cung. Hai bệnh nhân đầu có thể bị AVM mắc phải hình ảnh trên siêu âm thường đơn giản hơn các AVM bẩm sinh.

Bệnh nhân thứ 3 trong báo cáo này tại thời điểm 14 tuổi, tổn thương được mô tả khi bệnh nhân được mổ. Chẩn đoán AVM vẫn chưa được nghĩ đến. Sau 3 năm, các tổn thương AVM vẫn tiếp tục phát triển, hình ảnh siêu âm đường bụng hoặc qua hậu môn cho thấy một khối âm vang giảm âm hỗn hợp và tăng sinh mạch máu ở cơ thành trước tử cung. MRI cũng có một ổ tổn thương có tín hiệu máu và mạch máu điển hình của AVM. Quá trình chụp mạch phát hiện ra tổn thương mạch tại một nhánh của động mạch tử cung trái. Hình ảnh chụp mạch không điển hình của AVM tuy nhiên do bệnh nhân đã được điều trị GnRH agonist trước đó nên có thể ảnh hưởng đến hình ảnh chụp mạch máu.



Hình ảnh 2: siêu âm của bệnh nhân thứ 03: khối âm vang hỗn hợp ở thành trước tử cung, đẩy lùi về phía bàng quang, có dòng chảy đa chiều.



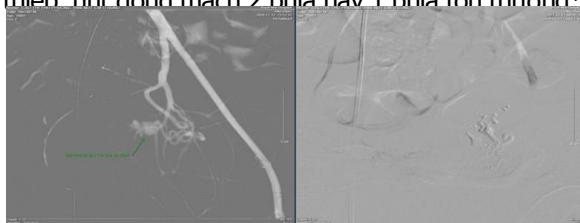
Hình ảnh 3: Chụp cộng hưởng từ bệnh nhân 03: khối tổn thương tín hiệu mạch và máu ở thành trước thông vào buồng tử cung.

Một ca lâm sàng đăng tải trên European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology (2013) mô tả 1 bệnh nhân AVM đa ổ tại cơ tử cung thành trước, thành sau kích thước tương ứng 3x4 cm và 5x6 cm, ở cổ tử cung, cả thanh mạc với các tĩnh mạch ngoài eo giãn to ở bàng quang, dây chằng tròn, cùng đồ sau. Bệnh nhân này băng kinh trong vòng 10 tháng dẫn tới thiếu máu và phải phẫu thuật để giải quyết các ổ AVM này⁷.

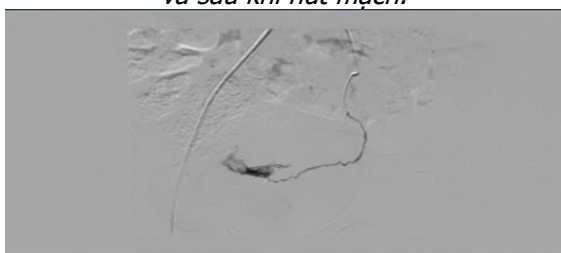
Các phương pháp điều trị AVM gây băng huyết tử cung. Điều trị AVM tử cung có thể bằng nhiều phương pháp, tùy theo mức độ chảy máu, lứa tuổi, mong muốn sinh sản của người bệnh và các tổn thương thực thể của AVM tại tử cung, trình độ trang thiết bị của thầy thuốc và cơ

sở y tế mà lựa chọn phương pháp khác nhau.

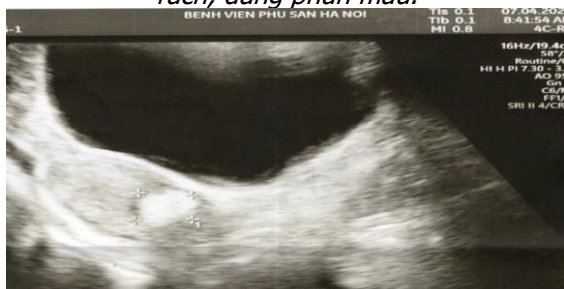
Điều trị nút mạch là lựa chọn tối ưu: mục tiêu xóa bỏ nối thông giữa động tĩnh mạch nhưng vẫn duy trì được lượng máu đến tử cung. Theo một nghiên cứu gộp trên 42 bệnh nhân AVM tử cung, tỷ lệ thành công của phương pháp nút mạch là 88%, 12% vẫn phải cắt tử cung². Một nghiên cứu gộp khác trên 40 nghiên cứu nhỏ có 54 bệnh nhân AVM tử cung được nút mạch, tỷ lệ thành công lần 1 là 61% lần 2 là 91%⁴. Thành công của nút mạch phụ thuộc vào kích thước của AVM, số lượng ổ AVM gây chảy máu, vật liệu can thiệp, nút động mạch 2 phía hay 1 phía tổn thương⁴



Hình ảnh 4: Chụp mạch khi can thiệp nút mạch của bệnh nhân 01: Ở giả phình mạch máu trước và sau khi nút mạch.



Hình ảnh 5: Hình ảnh chụp mạch bệnh nhân 03: thấy một nhánh động mạch tử cung trái rách, đang phun máu.



Hình ảnh 6: Siêu âm sau 3 tháng nút mạch bệnh nhân 03: khối âm vang tăng âm thu nhỏ lại nằm gọn trong lớp cơ tử cung.

Phẫu thuật cắt tử cung là 1 phương pháp triệt để để điều trị AVM tử cung, tuy nhiên hiện tại, phương pháp này ít được áp dụng ngay từ đầu do bệnh nhân thường có nguyện vọng giữ tử cung. Hơn nữa, thời gian nằm viện sau phẫu thuật cắt tử cung cũng kéo dài hơn: 5,5-7 ngày đối với mổ nội soi hoặc mổ mở cắt tử cung.

Ngoài ra, tỷ lệ biến chứng trong sau phẫu thuật cũng cao hơn các trường hợp cắt tử cung thông thường do AVM tử cung cũng dẫn đến những khó khăn hơn trong phẫu thuật: tỷ lệ biến chứng sau mổ cắt tử cung: nhiễm trùng 13%, tắc tĩnh mạch 1-12%, tổn thương đường tiết niệu 0,75-1,5%, ngoài ra còn có thể gặp các biến chứng hiếm khác như tổn thương ruột, chảy máu, thần kinh và toác mòm cắt âm đạo².

Trong báo cáo này, một bệnh nhân đã chẩn đoán AVM thông qua siêu âm doppler màu nhưng chưa kịp chụp MRI hoặc CT hoặc chụp mạch máu. Cách xử trí chèn bóng tại ống cổ tử cung chỉ là giải pháp để cầm máu tạm thời. Việc khâu vòng ép quanh cổ tử cung quá dày giúp cầm máu cứu tính mạng bệnh nhân ngay lúc đó nhưng dẫn đến thiếu máu cục bộ nghiêm trọng, nguy cơ hoại tử cổ tử cung và nhiễm trùng nên cuối cùng bệnh nhân đó đã phải cắt bỏ tử cung hoàn toàn khi mới 30 tuổi.

Với ca lâm sàng số 1, biểu hiện lâm sàng rất điển hình của AVM chảy máu thành từng đợt, xoắn xả⁴. Chúng tôi đã nhanh chóng chuyển bệnh nhân sang một bệnh viện khác có đơn vị can thiệp mạch. Bệnh nhân vì vậy đã được cầm máu kịp thời và lâu dài, hiệu quả. Đặc biệt, duy trì được khả năng sinh sản là xu hướng cần thiết vì các bệnh nhân AVM mắc phải thường ở độ tuổi sinh đẻ, khoảng 30-35 tuổi⁴.

Chúng tôi nhận thấy, các bác sỹ sản phụ khoa thường có xu hướng hút buồng tử cung hàng loạt cho các trường hợp băng huyết âm đạo ở người đã có con. Tuy nhiên, nếu siêu âm quan sát thấy buồng tử cung sạch, niêm mạc tử cung rất mỏng và không có một bất thường giải phẫu nào thì việc hút buồng tử cung không mang lại lợi ích gì thậm chí còn làm nặng nề thêm các tổn thương mạch máu nếu có.

Với ca lâm sàng số 3 là một bệnh nhân trẻ chưa quan hệ tình dục, lần đầu tiên khối AVM gây chảy máu nhiều vào trong ổ bụng, bệnh nhân đã được mổ để cắt lọc các tổn thương nhưng chưa triệt để. Vì vậy, trong vòng 3 năm tổn thương AVM tiếp tục phát triển và gây nên nhiều đợt băng huyết. Điều trị bằng GnRH agonist và thuốc tránh thai kết hợp làm giảm sự phát triển của tổn thương AVM nhưng không triệt để vì tổn thương AVM bẩm sinh này lớn và phức tạp. Chỉ có điều trị nút mạch mới hiệu quả và bảo tồn được chức năng sinh sản cho bệnh nhân.

Tại các cơ sở y tế không có đơn vị can thiệp mạch có thể điều trị các trường hợp chảy máu do AVM tại tử cung bằng nội soi thắt động mạch hạ vị, đốt động mạch tử cung 2 bên hoặc cắt bỏ

phần cơ tử cung có tổn thương AVM⁴. Trường hợp do Chen (2013) báo cáo, do có quá nhiều ổ tổn thương AVM rất lớn nên nút mạch khó thành công và bệnh nhân vẫn còn nguyện vọng giữ tử cung nên các tác giả đã tiến hành mổ nội soi đốt 2 động mạch tử cung, cắt các tổn thương AVM tại cơ tử cung khâu phục hồi lại cơ tử cung 2 lớp, đốt các tổn thương tại thành mạc tử cung và tiểu khung. Thời gian phẫu thuật 100 phút và mất 80ml máu⁷.

Ngoài ra, những trường hợp AVM không gây băng huyết nghiêm trọng có thể điều trị nội khoa lâu dài bằng danazol hoặc progestin⁴. Một trường hợp sau sẩy thai 9 tuần băng huyết có hiện tượng sót rau và hình thành một ổ AVM lớn ngày 37 sau sẩy. Do chưa có vật liệu nút mạch thích hợp nên bệnh nhân đã được dùng GnRH agonist trong 6 tháng và điều bất ngờ thu được là lượng β hCG trở về bình thường và khối AVM cũng thu nhỏ kích thước đáng kể⁸.

Với những trường hợp AVM không triệu chứng không cần phải điều trị. Một nghiên cứu trên 75 người AVM mắc phải có tốc độ dòng chảy thấp $PSV < 52\text{cm/s}$ có nồng độ hemoglobin ban đầu bình thường là những bệnh nhân không cần phải điều trị².

KẾT LUẬN

AVM tử cung là một nguyên nhân hiếm gặp gây nên băng huyết tử cung nguy hiểm đe dọa tính mạng người bệnh. Việc phát hiện các AVM tử cung có thể dựa vào siêu âm thường và siêu âm màu, Doppler. Nút mạch là một phương pháp

điều trị cầm máu hiệu quả và bảo tồn được tử cung và chức năng sinh sản cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Andra H. James (2016)**. Heavy menstrual bleeding: work-up and management. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2016 Dec 2; 2016(1): 236–242
2. **Divya Sridhar, Robert L. Vogelzang.(2018)** Diagnosis and Treatment of Uterine and Pelvic Arteriovenous Malformations. Endovascular today. January 2018.
3. **Abnormal uterine bleeding (2016)**, Williams Gynecology Chapter 8, third edition pp 180-202.
4. **Daniel J. Yoon, Megan Jones, Jamal Al Taani, Catalin Buhimschi, Joshua D. Dowell. (2016)** A Systematic Review of Acquired Uterine Arteriovenous Malformations: Pathophysiology, Diagnosis, and Transcatheter Treatment. Am J Perinatol Rep 2016;6:e6–e14.
5. **Abhishek Vijayakumar, Amruthashree Srinivas, Babitha Moogali Chandrashekar. (2013)** Uterine Vascular Lesions. Rev Obstet Gynecol. 2013;6(2):69-79.
6. **ACOG (2013)** Management of Acute Abnormal Uterine Bleeding in Nonpregnant Reproductive-Aged Women, number 557.
7. **Shu-Qin Chen, Hong-Ye Jiang, Jin-Bo Li, Li Fan, Ming-Juan Liu, Shu-Zhong Yao (2013)**. Treatment of uterine arteriovenous malformation by myometrial lesion resection combined with artery occlusion under laparoscopy: a case report and literature review. European journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 169(2013) 172-176.
8. **Mamoru Morikawa, Takashi Yamada, Hideto Yamada, Hisanori Minakami,(2006)** Effect of Gonadotropin Releasing Hormone Agonist on a Uterine Arteriovenous Malformation. Obstet Gynecol 2006 Sep; 108 (3 Pt 2):751-3

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẙNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI BẰNG KỸ THUẬT TẮT CẢ BÊN TRONG SỬ DỤNG GÂN ĐỒNG LOẠI TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Trần Hoàng Tùng*, Lưu Đức Hải**, Vũ Minh Hải**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng kỹ thuật tắt cả bên trong sử dụng gân đồng loại tại Bệnh viện Việt Đức. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang 55 bệnh nhân

đứt dây chằng chéo trước khớp gối được phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng kỹ thuật tắt cả bên trong sử dụng gân đồng loại tại Bệnh viện Việt Đức trong khoảng thời gian từ tháng 06/2019 đến tháng 03/2021. **Kết quả:** 55 bệnh nhân gồm 36 nam (65,5%), 19 bệnh nhân nữ (34,5%); Tuổi trung bình 36.24 ± 10.43 , tuổi thấp nhất là 16 và cao nhất là 59; tai nạn giao thông (40%), tai nạn trong thể thao (38,2%). Điểm Lysholm trung bình bệnh nhân trước mổ là: $45,04 \pm 12.43$ điểm. Chụp cộng hưởng từ khớp gối: 48 bệnh nhân thấy rõ hình ảnh đứt dây chằng chéo trước, 07 bệnh nhân thấy hình ảnh đứt bán phần dây chằng chéo trước, 14 bệnh nhân kèm theo rách sụn chêm trong, 15 bệnh nhân rách sụn chêm ngoài và 03 bệnh nhân rách cả 2 sụn chêm; Chất liệu sử

*Bệnh viện Việt Đức.

**Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2021

Ngày duyệt bài: 6.01.2022