

NGHIÊN CỨU HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI MŨI MẮC BẰNG SIÊU ÂM DOPPLER Ở SẢN PHỤ SAU MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2012

LƯU TUYẾT MINH, NGUYỄN VIỆT HÙNG, ĐINH THỊ THU HƯƠNG
Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới đang có xu hướng gia tăng ở các nước có tỉ lệ mổ lấy thai cao song chưa có nhiều nghiên cứu ở Việt Nam. Nghiên cứu nhằm mục tiêu xác định tỉ lệ mới mắc Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới và giá trị của siêu âm Doppler kết hợp với xét nghiệm D-Dimer huyết thanh trong chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở sản phụ sau mổ đẻ tại bệnh viện Bạch Mai 2012. Nghiên cứu tiến cứu 310 sản phụ sau mổ lấy thai tại khoa Phụ Sản, khoa Cấp cứu, khoa Điều trị tích cực bệnh viện Bạch Mai và viện Tim mạch Việt Nam. Kết quả cho thấy tỉ lệ HKTMSD ở sản phụ sau mổ đẻ là 13,5%. Sản phụ có trên 5 yếu tố nguy cơ có tỉ lệ mắc huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới cao nhất 92,6% ($P < 0,001$). Vị trí huyết khối chủ yếu ở chân trái 88,1%. Trên hình ảnh siêu âm Doppler mạch chi dưới, đa số hình ảnh huyết khối không hoàn toàn chiếm tỉ lệ 95,2%, phần lớn là huyết khối mới ở chân van tĩnh mạch chiếm tỉ lệ 97,6%. Vị trí huyết khối thường gặp là tĩnh mạch đùi, tĩnh mạch khoeo chiếm 90,5%. Giá trị chẩn đoán âm tính của D-Dimer cao, diện tích dưới đường biểu diễn ROC là 0,91.

Từ khóa: Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, mổ lấy thai.

SUMMARY

Study the incidence of deep vein thrombosis in lower extremity Doppler ultrasound in women after caesarean section at Bach Mai Hospital in 2012

To study the rate of deep vein thrombosis (DVT) and the value of Doppler ultrasound in combination with D - dimer test in the diagnosis of serum of women after cesarean section at Bach Mai hospital in 2012. Prospective study of 310 pregnant women after caesarean section at the Department of Obstetrics, Emergency Department, Intensive therapy Bach Mai Hospital and Heart Institute in Vietnam. Results showed that DVT rate in women after cesarean section was 13.5%. Women at the 5 risk factors incidence of deep vein thrombosis is in the highest

spending 92.6% ($P < 0.001$). Thrombosis positions mainly in the left leg 88.1%. On Doppler ultrasound imaging lower extremity vessels, the majority of images thrombosis is not entirely accounted for 95.2% rate, mostly new clots in the leg vein valves is accounted for 97.6 % rate. Location thrombosis is common femoral vein, popliteal vein is accounted for 90.5%. Diagnostic value of D - dimer negative high area under the ROC curve was 0.91.

Keywords: deep vein thrombosis, cesarean section.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch sâu là bệnh lý được chú ý từ những năm đầu của thế kỷ 19. Trong nhóm bệnh nhân nằm viện, tỉ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS) cao hơn nhiều so với tỉ lệ HKTMS trong cộng đồng. Điều quan trọng là các biến chứng xảy ra khi mắc HKTMS khá nghiêm trọng, có thể xảy ra sớm và gây tử vong như thuyên tắc phổi hoặc muone hơn như hội chứng sau huyết khối[1],[8]. Mang thai và chuyển dạ đẻ là những yếu tố nguy cơ cao cho huyết khối tĩnh mạch, với ước tính tỷ lệ mắc cao hơn 4-50 lần so với phụ nữ không mang thai. Tăng tỷ lệ mắc HKTMS có thể liên quan đến tăng ứ trệ máu tĩnh mạch do sự thay đổi khi mang thai và nên các tĩnh mạch lớn của tử cung mang thai, chấn thương nội mô thành mạch và tổn thương mạch máu trong thời gian chuyển dạ và sinh đẻ, tình trạng tăng đông, giảm protein S, và protein C [5].

Vấn đề đặt ra là cần phát hiện sớm HKTMS từ khi chưa có triệu chứng ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao để điều trị kịp thời. Hiện nay với kỹ thuật siêu âm Doppler mạch bằng hệ thống siêu âm Doppler màu (Color Duplex hay còn gọi là Triplex) việc chẩn đoán HKTMS khá thuận tiện và chính xác, đặc biệt an toàn cho phụ nữ mang thai cũng như bệnh nhân trong thời kỳ hậu phẫu. Bệnh viện Bạch Mai là một trong những bệnh viện Trung ương lớn nhất trên cả nước, hàng năm có trên 6000 phụ nữ khắp cả nước đến sinh con, tại khoa Phụ sản và số lượng bệnh nhân nặng sau phẫu thuật Sản phụ khoa

vào điều trị ở các khoa Nội rất lớn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Nghiên cứu huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới mới mắc bằng siêu âm Doppler ở sản phụ sau mổ lấy thai tại bệnh viện Bạch Mai năm 2012” với mục tiêu:

1. Xác định tỉ lệ mới mắc Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở sản phụ sau mổ lấy thai tại bệnh viện Bạch Mai 2012.

2. Giá trị của xét nghiệm D- Dimer huyết thanh kết hợp với siêu âm Doppler trong chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở bệnh nhân sau mổ lấy thai.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

310 sản phụ sau mổ lấy thai tại khoa Phụ Sản, khoa Cấp cứu, khoa Điều trị tích cực bệnh viện Bạch Mai và viện Tim mạch Việt Nam.

2. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

3. Quy trình nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu đều được lấy mẫu máu để làm xét nghiệm D-Dimer. Cùng lúc với lấy mẫu máu làm xét nghiệm D-Dimer, bệnh nhân được các chuyên gia siêu âm mạch máu thực hiện siêu âm Duplex 2 chi dưới để phát hiện huyết khối tĩnh mạch sâu. Bệnh nhân được chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu được điều trị theo hội chẩn giữa bác sĩ điều trị chuyên khoa Phụ Sản và Tim mạch. Số bệnh nhân không phát hiện ra huyết khối tĩnh mạch sâu ở lần 1 sẽ tiếp tục thực hiện siêu âm lần 2 sau đó 5- 7 ngày.

4. Phương pháp xử lý số liệu

Tất cả các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm thống kê STATA phiên bản 8.0. Mức ý nghĩa thống kê 0,05.

KẾT QUẢ

1. Tỉ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD)

Trong 310 sản phụ sau mổ lấy thai có 42 bệnh nhân mắc HKTMSCD, chiếm 13,5%; 268 sản phụ không bị HKTMSCD chiếm 86,5%.

Bảng 1: Mối liên quan giữa tỉ lệ mắc HKTMSCD với yếu tố tiền sử và một số đặc điểm lâm sàng

Nguy cơ	Mắc HKTMSCD		Không mắc HKTMSCD		OR (95%CI)	P
	n	%	n	%		
Tiền sử gia đình có bệnh VTE						
Không	41	13,3	268	86,7	1	
Có	1	100,0	0	0,0	∞+	1,0
Thrombophilia Bệnh tăng đông (mắc phải)						
Không	35	11,6	268	88,4	1	
Có	7	100,0	0	0,0	∞+	0,99
Thai to						
Không	29	11,1	233	88,9	1	
Có	13	27,1	35	72,9	2,98 (1,42-6,28)	0,004
Tuổi trên 35						
Không	33	12,0	243	88,0	1	
Có	9	26,5	25	73,5	2,65 (1,14-6,17)	0,024

Nhận xét:

- Bệnh nhân có thai to nguy cơ HKTMS sau mổ

đẻ cao gấp 2,98 so với nhóm bệnh nhân có thai không to, $p < 0,05$.

- Bệnh nhân trên 35 tuổi có nguy cơ HKTMSCD cao hơn bệnh nhân dưới 35 tuổi là 2,65 lần, $p = 0,02$.

Bảng 2: Mối liên quan giữa tỉ lệ mắc HKTMSCD với yếu tố bệnh lý

Nguy cơ	Mắc HKTMSCD		Không mắc HKTMSCD		OR (95%CI)	P
	n	%	n	%		
Chứng phình dẫn tĩnh mạch						
Không	38	12,4	268	87,6	1	
Có	4	100,0	0	0,0	∞+	0,99
Tình trạng nhiễm trùng cấp						
Không	1	0,4	260	99,6	1	
Có	41	83,7	8	16,3	1332 (162-10933)	< 0,001
Nằm bất động kéo dài/ Nằm viện kéo dài trên 4 ngày						
Không	2	0,7	265	99,3	1	
Có	40	93,0	3	7,0	1767 (286-10901)	< 0,001
Chuyển dạ kéo dài trên 12 tiếng						
Không	4	1,5	266	98,5	1	
Có	38	95,0	2	5,0	164,83 (37,8-718)	< 0,001
Mất nhiều máu						
Không	28	9,6	264	90,4	1	
Có	14	77,8	4	22,2	33,0 (10,17-107,12)	< 0,001

- Bệnh nhân nằm bất động kéo dài có nguy cơ HKTMSCD cao nhất với (OR = 1767, và $P < 0,001$).

- Bệnh nhân chuyển dạ kéo dài trên 12 tiếng, mất nhiều máu, nhiễm trùng, để có hồ trợ có nguy cơ HKTMSCD cao hơn so với bình thường. So sánh có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$.

Bảng 3: Mối liên quan giữa tỷ lệ mắc huyết khối với nhóm nguy cơ

Nhóm nguy cơ	Mắc HKTMSCD		Không mắc HKTMSCD		OR (95%CI)	P Value
	n	%	n	%		
Nguy cơ thấp (1-2)	1	2,1	47	97,9	1	
Nguy cơ vừa (3-4)	16	84,2	3	15,8	250,7 (24,31-2585)	<0,001
Nguy cơ cao (>=5)	25	92,6	2	7,4	587,5 (50,75-6801)	<0,001
Không nguy cơ	0	0,0	216	100,0	0	0,99

Tỉ lệ mắc huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở nhóm sản phụ có nhiều hơn 5 yếu tố nguy cơ là cao nhất 92,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

2. Siêu âm Doppler và giá trị của D- Dimer chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới

Trong 42 bệnh nhân mắc HKTMSCD có 41 bệnh nhân trên hình ảnh siêu âm là loại huyết khối mới ở chân van chiếm 97,6% và có 1 bệnh nhân chiếm 2,4% được nhận định là huyết khối cũ. Như vậy, hầu hết là hình ảnh huyết khối mới, vị trí ở chân van tĩnh mạch.

Trong 42 bệnh nhân mắc HKTMSCD, huyết khối tĩnh mạch sâu ở chân trái gặp nhiều nhất 37 bệnh nhân (88,1%), ở chân phải 3 bệnh nhân (7,2%), ở hai chân 2 bệnh nhân (4,8%).

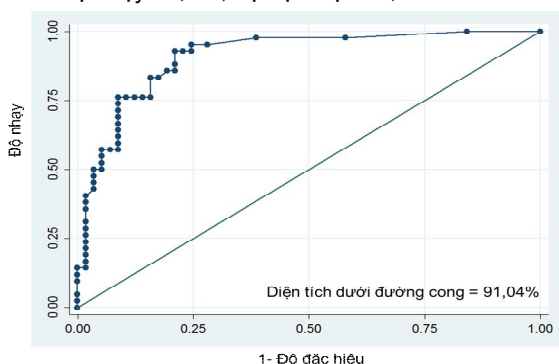
Bảng 4: Phân bố theo tên TM bị huyết khối

TM	Chủ	Chậu	Đùi chung	Đùi nông	Đùi sâu	Khoeo	Thân chân mác	Chày trước	Chày sau	Mác
Số lượng	3	29	38	38	38	38	35	36	36	37
Tỷ lệ %	7,1	69,0	90,5	90,5	90,5	90,5	83,3	85,7	79,5	88,1

Trong 42 bệnh nhân mắc HKTMSCD, tĩnh mạch bị huyết khối chủ yếu gặp ở tĩnh mạch đùi, tĩnh mạch khoeo.

Độ nhạy, độ đặc hiệu và diện tích dưới đường cong (ROC) của chỉ số D-dimer với tỷ lệ mắc huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới.

Diện tích dưới đường biểu diễn ROC là 0,9104. Điểm cut-off là 0,5 có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất. Độ nhạy 95,2%, độ đặc hiệu 71,9%.



BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ HKTMSCD

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 310 sản phụ sau mổ lấy thai năm 2012 tại bệnh viện Bạch Mai có 42 sản phụ mắc HKTMSCD, tỷ lệ là 13,5%. Ở trong nước, từ trước chưa có công trình nghiên cứu nào về tỷ lệ HKTMSCD ở bệnh nhân sau mổ lấy thai do đó chúng tôi chưa có tài liệu trong nước để so sánh. Nghiên cứu INCIMEDI khảo sát dịch tễ học do Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh phối hợp cùng Viện Tim Mạch Việt Nam tổ chức và thực hiện nhằm khảo sát tỷ lệ HKTMS trên bệnh nhân nội khoa Việt Nam ở 10 trung tâm trong cả nước, trong đó có Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả cho thấy bệnh nhân sau phẫu thuật Sản- Phụ khoa là một trong những đối tượng có nguy cơ HKTMS cao nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tác giả Lê Thị Mai Yên nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân cấp cứu nội khoa [2]. HKTMSCD ở sản phụ sau mổ lấy thai có sự liên quan với nhóm yếu tố nguy cơ và có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$. Nhìn chung số yếu tố nguy cơ càng nhiều thì tỷ lệ mắc huyết khối càng lớn. Nguy cơ HK có thể bị ảnh hưởng không chỉ bởi tình trạng lâm sàng hiện tại mà còn bởi các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn hoặc đã được xác định từ trước như tuổi mẹ trên 35, béo phì, nằm bất động kéo dài, mất nước mất máu nhiều, nhiễm trùng sau mổ...hay các yếu tố nguy cơ ở mức phân tử, chẳng hạn thiếu Protein C, Protein S hay AntithrombinIII [6], [7]. Những yếu tố này có tác động cộng dồn trên nguy cơ tổng thể.

2. Giá trị của siêu âm Doppler

Siêu âm Doppler là nghiên cứu phổ biến nhất được sử dụng trong chẩn đoán, siêu âm nén tĩnh mạch đùi với đầu dò siêu âm rất nhạy cảm > 95 phần trăm phát hiện triệu chứng huyết khối tĩnh mạch gần [3]. Việc bổ sung các Doppler phân tích biến đổi dòng chảy với hô hấp ở vị trí tư thế nằm nghiêng bên trái hỗ trợ trong việc chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch chậu [3].

Ngày nay, siêu âm Doppler mạch được coi như "tiêu chuẩn vàng mới" trong chẩn đoán HKTMSCD ở phụ nữ có thai và sau sinh và là phương pháp thường được tiến hành đầu tiên khi nghi ngờ HKTMSCD, nó gần như thay thế cho chụp mạch. Chúng tôi đã chọn siêu âm Doppler tĩnh mạch hai chi dưới là tiêu chuẩn để chẩn đoán xác định HKTMSCD vì siêu âm Doppler có nhiều ưu điểm: giá trị chẩn đoán cao, không xâm nhập, an toàn cho sản phụ có thai và sau phẫu thuật mổ đẻ, dễ thực hiện và sẵn có ở bệnh viện Bạch Mai. Trong 42 bệnh nhân mắc HKTMSCD số chi bị huyết khối bên trái chiếm tỷ lệ cao (88,1%) hơn hẳn bên phải (7,2%) và bị ở hai bên (4,8%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với một số tác giả khác Seradimigni [9]. Vấn đề này được giải thích rằng do tĩnh mạch chậu trái có động mạch chậu trái bắt chéo phía trước và phía sau tĩnh mạch là xương chậu, nên tĩnh mạch bị chèn ép bởi động mạch đặc biệt đối với phụ nữ mang thai tử cung to chèn ép và để lại ngấn lõm trên tĩnh mạch. Trong nhiều trường hợp còn có màng ở chỗ ngấn lõm. Chính vì vậy lưu thông của tĩnh mạch chậu chi dưới bên trái càng bị cản trở, gây sự ứ trệ dòng máu tạo điều kiện cho huyết khối hình thành.

Huyết khối ở các đoạn tĩnh mạch đùi khoeo chiếm số lượng lớn (90,5%) và có tỷ lệ lớn hơn so với tĩnh mạch cẳng chân. Sự khác biệt giữa hai nhóm này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này giải thích cho tình trạng bệnh nhân vào viện trong tình trạng cấp, sau mổ lấy thai 5 đến 10 ngày. Huyết khối gây tắc nghẽn ở các tĩnh mạch lớn, có lưu lượng dòng chảy lớn của tĩnh mạch chi dưới đặc biệt sau phẫu thuật lớn ở vùng tiểu khung. Dwayne K.Bagett thống kê tỷ lệ mắc HKTMS đoạn gần 73% trong khi ở cẳng chân 27%. Một số tác giả khác ở nước ngoài và trong nước cũng có nhận xét tương tự. Bệnh nhân biểu hiện triệu chứng cấp rầm rộ trên lâm sàng như đã bàn luận thể hiện HK đã lan rộng và làm nghẽn đến nhiều tĩnh mạch liên quan rất lớn với lưu lượng của dòng tĩnh mạch. Vì vậy trong chẩn HKTMS chi dưới ở sản phụ sau mổ lấy thai cần thăm khám toàn diện các tĩnh mạch chi dưới tránh bỏ sót điều trị kịp thời những đối tượng có nguy cơ thuyên tắc phổi do HKTMS chi dưới gây ra. Huyết khối tĩnh mạch được

xác định khi có hình ảnh của tổ chức trong lòng mạch, đây là dấu hiệu đặc hiệu nhất. Trong giai đoạn vừa mới thành lập, phần lớn các HK có mức âm vang thấp và hầu như trống âm. Giai đoạn đầu những tĩnh mạch bị huyết khối giãn ra nhưng càng về sau, huyết khối được tổ chức hóa, co kéo thành những dải sợi xơ ở trung tâm làm cho thành mạch dày lên và kích thước nhỏ đi. Hình ảnh âm vang của huyết khối cũng thay đổi theo thời gian tồn tại của huyết khối [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết bệnh nhân sau mổ để 5-10 ngày, tỉ lệ huyết khối mới rất cao 97,6% thể hiện trên siêu âm là hình ảnh âm không đồng đều và giảm âm, huyết khối hoàn toàn là 95,2% và không hoàn toàn là 4,8%. Kết quả này cũng phù hợp với nhận xét của P.Chirossil, A. Elias và nhiều tác giả khác [10].

3. Giá trị của D- Dimer

Xét nghiệm huyết thanh cho D-dimer, một sản phẩm của fibrin liên kết ngang, đã được nghiên cứu rộng rãi để sử dụng trong chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới. Mức D-dimer có thể phát hiện bằng xét nghiệm miễn dịch enzyme (ELISA) trong gần như tất cả các bệnh nhân với thuyên tắc phổi ở nồng độ > 500 ng / ml của các đơn vị tương đương fibrinogen. Mặc dù các thử nghiệm D-dimer có độ đặc hiệu thấp, nhưng độ nhạy của nó cao. Như vậy, giá trị tiên đoán âm tính mức D-dimer đối với loại trừ sự hiện diện của huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới cao

Tuy nhiên, các tiện ích của thử nghiệm này trong thời kỳ mang thai bị hạn chế bởi thực tế là độ cao trong D-dimer được tìm thấy trong thai kỳ không biến chứng, tăng dần theo tuổi thai và đạt đỉnh điểm vào thời kỳ chuyển dạ đẻ và trong giai đoạn hậu sản sớm. Ngoài ra D-Dimer có thể tăng trong một số trường hợp bệnh lý như tiền sản giật, rau tiền đạo... Trong nghiên cứu của chúng tôi độ nhạy của xét nghiệm D- Dimer là 95,2% và độ đặc hiệu là 71,9%. Kết quả này cũng tương tự như kết quả của một số tác giả khác.

Tác giả	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Đặng Vạn Phước và cộng sự	75,6	56,2
Goodacre S và cộng sự	63,4	74,8
Chúng tôi	95,2	71,9

Khoảng tin cậy 95%.

Ngưỡng D- Dimer $\geq 500\mu\text{g/L}$.

Diện tích dưới đường biểu diễn ROC là 0,91.

KẾT LUẬN

- Tỉ lệ HKTMSCD ở sản phụ sau mổ lấy thai là 13,5%.

- Vị trí huyết khối chủ yếu ở chân trái 88,1%. Trên hình ảnh siêu âm Doppler mạch chi dưới, đa số hình ảnh huyết khối không hoàn toàn chiếm tỉ lệ 95,2%, phần lớn là huyết khối mới ở chân van tĩnh mạch chiếm tỉ lệ 97,6%. Vị trí huyết khối thường gặp là tĩnh mạch đùi, tĩnh mạch khoeo chiếm 90,5%.

- Giá trị chẩn đoán âm tính của D- Dimer cao, diện tích dưới đường biểu diễn ROC là 0,91.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đinh Thị thu Hương (2007). Bệnh huyết khối tĩnh mạch sâu của chi dưới, Tập bài giảng lớp chuyên khoa định hướng Tim mạch, Viện tim mạch - Phòng chỉ đạo tuyến, 670 – 679.
- Lê Thị Mai Yên (2008). Nghiên cứu tỷ lệ mới mắc huyết khối tĩnh mạch sâu bằng siêu âm Doppler mạch trên bệnh nhân nội khoa, Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường đại học Y Hà Nội.
- Cockett FB, Thomas ML, Negus D: Iliac vein compression: Its relation to iliofemoral thrombosis and post-thrombotic syndrome. BMJ 1967; 2:14-19.
- Ginsberg JS: Management of venous thromboembolism. N Engl Med 1996; 335:1816-1828.
- Paidas MJ, Ku DH, Lee MJ, et al: Protein C, protein S levels are lower in patients with thrombophilia and subsequent pregnancy complications. J Thromb Haemost 2005; 3:497-501.
- Boer K, ten Cate JW, Sturk A, et al: Enhanced thrombin generation in normal and hypertensive pregnancies. Am J Obstet Gynecol 1989; 160:95-100.
- Gibbs NM (1967). Venous thrombosis of the lower limbs with particular reference to bed rest, Br J Surg, 45, 209-236.
- Chisaka H, Utsunomiya H, Okamura K, Yaegashi N: Pulmonary thromboembolism following gynecology surgery and cesarean section. Int J Gynaecol Obstet 2004; 84:47-53
- Serradimigni A (1987). "Thromboses veineuses profondes]" Encyclopedie medico-chirurgicale, Coeur vaisseaux, Paris, 11325A
- Chirossil (1995). "Veines des membres inferieurs, thrombose et insuffisance veineuse chronique, Echodoppler, Paris pp.61-70