

BẢNG HUYẾT SAU SINH

I. ĐỊNH NGHĨA

- Bảng huyết sau sinh (BHSS) là tình trạng mất ≥ 500 mL máu sau sinh đường âm đạo hoặc mất ≥ 1000 mL máu sau mổ lấy thai hoặc ảnh hưởng tổng trạng hoặc hematocrit giảm $> 10\%$ so với trước sinh.

- Phân loại: nguyên phát (< 24 giờ đầu) và thứ phát (sau 24 giờ đến 12 tuần) (WHO).

II. NGUYÊN NHÂN

- Đờ TC.

- Chấn thương đường sinh dục (đặc biệt là vỡ tử cung (TC)).

- Bất thường về bong nhau, sổ nhau.

- Rối loạn đông máu.

III. CHẨN ĐOÁN

- Đo lượng máu mất bằng túi đo máu lót ngay sau khi sổ thai và ra hết nước ối.

- Dấu hiệu mất máu cấp tính: mệt, vật vã, da xanh, niêm nhạt, vã mồ hôi.

- Thay đổi tổng trạng, sinh hiệu: mạch nhanh, huyết áp tụt.

- TC tăng thể tích.

- Ra huyết âm đạo đỏ tươi lượng nhiều, liên tục.

IV. XỬ TRÍ CHUNG

Hồi sức tích cực + co hồi tử cung + tìm nguyên nhân

- Huy động tất cả mọi người để cấp cứu.

- Thiết lập ít nhất 2 đường truyền tĩnh mạch, catheter 18G cho dịch chảy với tốc độ nhanh.

- Đánh giá tình trạng mất máu và thể trạng chung của sản phụ (các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ).

- Nếu nghi ngờ có choáng hoặc bắt đầu có choáng phải xử trí ngay theo phác đồ xử trí choáng.

- Thông tiểu.

- Xoa đáy TC và dùng thuốc co hồi TC:

+ Oxytocin 5 UI 4 ống pha 500 mL dịch tinh thể, tối đa 80 UI.

+ Methyl-ergometrin (maleate) 0,2 mg 1 ống tiêm bắp (TB) hay tiêm vào cơ TC (không tiêm tĩnh mạch), tối đa 5 liều, không sử dụng: tiền căn cao huyết áp, hội chứng Raynaud.

+ Carbetocin 100 mcg 1 ống tiêm mạch chậm (TMC), chỉ một liều duy nhất (khuyến cáo sử dụng dự phòng trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS).

+ Prostaglandin E1 (Misoprostol) 200 mcg: 800 mcg đặt hậu môn 1 lần duy nhất, có thể dùng cho người tăng huyết áp hay hen phế quản. Theo dõi nhiệt độ sản phụ vì có thể sốt $\geq 40^{\circ}\text{C}$ và lạnh run. Sử dụng phối hợp với thuốc gò TC đường tiêm, không sử dụng như thuốc gò duy nhất để điều trị BHSS.

+ Prostaglandin F2 alpha (Carboprost Tromethamine) 250 mcg (tiêm sâu vùng mông), có thể lặp lại sau 30-90 phút nếu cần, tổng liều là 2 mg). Chống chỉ định: bệnh lý tim, phổi, thận, gan.

- Thuốc cầm máu

+ Tranexamic acid: Tiêm tĩnh mạch sớm trong vòng 3 giờ sau sinh ở sản phụ được chẩn đoán BHSS ngã âm đạo hoặc sau mổ lấy thai bất kể nguyên nhân.

+ Liều: Tranexamic acid 1 g, tiêm TMC với tốc độ 100 mg/phút, lặp lại liều thứ hai nếu 30 phút sau sản phụ còn tiếp tục băng huyết hoặc nếu băng huyết lại trong vòng 24 giờ sau liều đầu tiên.

- Tìm nguyên nhân: kiểm tra đường sinh dục và thực hiện các biện pháp cầm máu cơ học khác.

- Làm xét nghiệm cơ bản: nhóm máu, huyết đồ, đông máu toàn bộ.

V. TRIỆU CHỨNG VÀ XỬ TRÍ THEO BỆNH CẢNH LÂM SÀNG

5.1. Đờ tử cung (Tonus)

a) Triệu chứng

- Chảy máu ngay sau khi sổ nhau là triệu chứng phổ biến nhất.

- TC giãn to, mềm nhão, co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối an toàn.

- Có thể dẫn đến choáng nếu không xử trí kịp thời.

b) Xử trí: ngoài phần xử trí chung có thể cần thêm

- Chèn bóng lòng TC, phẫu thuật may mũi B-Lynch hoặc thắt động mạch TC, thắt động mạch hạ vị, cắt TC.

- Kết hợp vừa phẫu thuật vừa hồi sức, truyền máu.

5.2. Chấn thương đường sinh dục (Trauma)

Gồm rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn, cổ tử cung, vỡ TC và máu tụ đường sinh dục.

a. Triệu chứng

- TC co hồi tốt nhưng máu đỏ tươi vẫn chảy ra ngoài âm hộ.

- Khám thấy vết rách và máu tụ đường sinh dục.

b. Xử trí: ngoài xử trí chung còn thêm

- Khâu phục hồi đường sinh dục.

- Nếu bị tụ máu, tùy theo vị trí, kích thước và sự tiến triển của khối máu tụ để có thái độ xử trí thích hợp. Nguyên tắc chung là phải phá khối máu tụ và khâu cầm

máu kỹ, tránh tái phát. Thực hiện tại phòng mổ khi khối máu tụ to, sâu hoặc ở vị trí khó kiểm soát.

- Với vỡ TC: xem phác đồ “Vỡ tử cung”.

5.3. Bất thường về bong nhau và sổ nhau (Tissue)

a. Triệu chứng

- Sốt nhau, sốt màng

+ Chảy máu thường xuất hiện sau khi sổ nhau.

+ TC có thể co hồi kém.

+ Ra máu rỉ rả, lượng máu ra có thể ít hoặc nhiều, máu đỏ tươi lẫn máu cục.

+ Có thể phát hiện sớm sốt nhau bằng cách kiểm tra nhau và màng nhau.

+ Nếu phát hiện muộn, không kịp thời, mất máu nhiều có dấu hiệu choáng.

- Nhau không bong

+ Nhau không bong trong vòng 30 phút sau khi sổ thai hoặc dùng biện pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ không kết quả.

+ Nhau bám chặt và không chảy máu.

+ Nhau cài răng lược bán phần thì sau khi thai đã sổ 30 phút nhau không bong hoàn toàn, chảy máu nhiều hay ít tùy theo diện nhau bong rộng hay hẹp. Nhau cài răng lược toàn phần: ít gặp, không chảy máu.

b. Xử trí

- Sốt nhau, sốt màng

+ Truyền dịch tĩnh mạch ngay.

+ Cho thuốc giảm đau (Morphin 10 mg x 1 ống TB hay tiêm dưới da, hay Pethidin 100 mg 1 ống TB) và tiến hành kiểm soát TC.

+ Tiêm bắp 5-10 đơn vị Oxytocin và/hoặc Methyl ergometrin (maleate) 0,2 mg.

+ Dùng kháng sinh toàn thân.

+ Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi TC.

+ Hồi sức truyền máu nếu thiếu máu cấp.

- Nhau không bong

+ Nếu chảy máu, tiến hành bóc nhau và kiểm soát TC, Oxytocin 10 đơn vị (TB), xoa đáy TC, hồi sức chống choáng, kháng sinh.

+ Nhau cài răng lược bán phần chảy máu hoặc nhau cài răng lược toàn phần phải cắt TC.

+ Nếu chảy máu nhiều cần phải hồi sức chống choáng, truyền máu và phẫu thuật.

+ Duy trì gò TC theo nguyên tắc chung.

5.4. Rối loạn đông máu (Thrombin)

- Có thể tiên phát do các bệnh về máu nhưng thường là thứ phát do chảy máu nhiều, mất sinh sợi huyết (đông máu nội mạch lan tỏa). Đông máu nội mạch lan tỏa có thể kết hợp với tiền sản giật nặng, thai chết trong tử cung, nhau bong non thể ẩn, nhiễm trùng ối hay thuyên tắc ối. Tất cả các tình trạng bệnh lý này có thể dẫn đến tiêu sinh sợi huyết.

- Điều trị nội khoa bằng máu tươi là chính, các yếu tố đông máu và điều trị nguyên nhân.

- Nếu phải can thiệp phẫu thuật lưu ý mở bụng đường dọc.

VI. DỰ PHÒNG

- Đảm bảo quản lý thai nghén tốt, phát hiện sớm các nguy cơ cao.

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ: kéo dây rốn có kiểm soát.

- Trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS: có thể sử dụng sớm Carbetocin 100 mcg 1 ống (TMC), một liều duy nhất.

- Áp dụng vẽ biểu đồ chuyển dạ, không để xảy ra chuyển dạ kéo dài.

- Đỡ sinh đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng để tránh gây chấn thương đường sinh dục.

Khi có tổn thương đường sinh dục cần phát hiện sớm và xử trí kịp thời.

- Theo dõi sát sản phụ 6 giờ đầu sau sinh, đặc biệt là trong 2 giờ đầu để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu.