

XỬ TRÍ CHẢY MÁU SẢN KHOA

BS JEFFREY STERN

XỬ TRÍ CHẢY MÁU SẢN KHOA

- Xoa bóp đáy tử cung
- VS mỗi 15 phút, thở oxy qua mask 10l/phút, để giữ bão hòa O₂ động mạch > 94%
- Đường truyền TM thứ nhất, dd Lactate Ringer /Oxytocin 20-40 đơn vị tốc độ 1000 ml/ 30 phút
- Bắt đầu đường truyền thứ hai với kim số 18 G truyền tĩnh mạch LR ấm và gọi hỗ trợ
- Kiểm tra huyết đồ, fibrinogen, PT/PTT, TC, truyền 4 đơn vị HC lỏng
- Kiểm soát lượng dịch xuất - nhập, đặt sonde Foley
- Kêu gọi hỗ trợ của các chuyên khoa khác
 - GMHS, Xquang can thiệp, ung thư phụ khoa, sản sóc đặc biệt...

XỬ TRÍ CHẢY MÁU SẢN KHOA

- Lactate Ringer hay Normal Saline thay thế máu mất với tỷ lệ 3:1
- Sử dụng các dung dịch tăng thể tích với tỷ lệ 1:1 (albumin, hetastarch, dextran)
- Sử dụng các thuốc co hồi tử cung
- Chống DIC
- Chắc chắn đã lấy hết nhau, có khi cần siêu âm xác định
- Quan sát những chỗ chảy máu: vết cắt TSM, những chỗ rách, tụ máu, lộn tử cung, vỡ tử cung
- Truyền máu theo kinh nghiệm: 2 đơn vị PRBC; FFP 1-2 đơn vị/4-5 đơn vị PRBC; huyết tương đông lạnh 10 đơn vị, hay hồng cầu lắng nhóm O (O neg.)
- Truyền các dung dịch và máu ấm nhằm tránh giảm thân nhiệt, rối loạn nhịp tim và rối loạn đông máu.

MỤC ĐÍCH CẦN ĐẠT ĐƯỢC

- Theo dõi tích cực
- Duy trì huyết áp > 90 mmHg
- Duy trì lượng nước tiểu > 0.5 ml /kg /giờ
- Hct > 21%
- Tiểu cầu > 50,000/mm³
- Fibrinogen > 100 mg/dl
- PT/PTT < 1.5 lần so với chứng
- Có thể lặp lại xét nghiệm mỗi 30 phút nếu cần

TRUYỀN CÁC THÀNH PHẦN CỦA MÁU

- Huyết tương tươi FFP (rã đông 45 phút) :
 - INR > 1.5 – 2 đơn vị FFP
 - INR 2-2.5 – 4 đơn vị FFP
 - INR > 2.5 - 6 đơn vị FFP
- Cryoprecipitate (huyết tương đông lạnh) (rã đông 1 giờ) :
 - Fibrinogen < 100 mg/dl – 10 đơn vị cryo
 - Fibrinogen < 50 mg/dl – 20 đơn vị cryo
- Platelets (tiểu cầu) (rã đông 5 phút) :
 - Plt. ct. < 100,000 – 1 đơn vị plateletpheresis
 - Plt. ct. < 50,000 – 2 đơn vị plateletpheresis

CÁC CHẾ PHẨM CỦA MÁU TRUYỀN

Chế phẩm máu	Thành phần	Thể tích (ml)	Hiệu quả (mỗi đơn vị)
Máu toàn phần	Hồng cầu, huyết tương	300	Tăng Hgb lên 1 g/dl
Tiểu cầu	Tiểu cầu, huyết tương	300	Tăng số lượng thêm 7500
Huyết tương tươi FFP	Fibrinogen, antithrombin III, yếu tố đông máu, huyết tương	250	Tăng Fibrinogen 10 mg/dl
Huyết tương đông lạnh Cryoprecipitate	Fibrinogen, antithrombin III, yếu tố đông máu, huyết tương	40	Tăng Fibrinogen 10 mg/dl

ĐỜ TỬ CUNG: 1/20 TỚI 1/100 CUỘC SINH

(80% các trường hợp băng huyết sau sinh)

- Tử cung căng quá mức (Đa ối, Đa thai, Thai to)
- Chuyển dạ kéo dài: “tử cung mệt mỏi” (3.4 OR)
- Chuyển dạ quá nhanh
- Đa sản
- Nhiễm trùng ối
- Gây mê dùng Halothane
- Lộn tử cung

ĐIỀU TRỊ ĐỒ TỬ CUNG

- Xoa bóp đáy tử cung liên tục
- Thuốc co hồi tử cung
- Dùng sondeFoley / bóng Bakri (500cc)
- Chèn gạc trong tử cung thường không hiệu quả nhưng cũng có tác dụng tạm thời
- Mũi B-Lynch cải tiến (#2chromic)
- Thắt động mạch hạ vị, động mạch tử cung, động mạch tử cung – buồng trứng
- Cắt tử cung toàn phần/bán phần.

ĐIỀU TRỊ ĐỒ TỬ CUNG

- Oxytocin – 90% thành công
 - 10-40 đơn vị pha trong 1 lit NS hay LR truyền nhanh
- Methylergonovine (Methergine) - 90% thành công
 - 0.2 mg TB mỗi 2-4 giờ tối đa 5 liều: không dùng khi Cao huyết áp
- Prostaglandin F2 Alpha (Hemabate) - 75% thành công
 - 250 micrograms TB, hay tiêm cơ tử cung mỗi 20-90 phút; tối đa 8 liều.
 - Không dùng khi có hen phế quản, cao huyết áp
- Prostaglandin E2 đặt hậu môn (Dinoprostone, Prostin E2) - 75% thành công
 - 20 mg đặt hậu môn mỗi 2 giờ; không dùng khi cao huyết áp
- Prostaglandin PGE 1 Misoprostol (Cytotec) - 75% đến 100% thành công
 - 1000 microgram đặt hậu môn hay dưới lưỡi (100 or 200 microgram/viên)

LỘN TỬ CUNG: 1 TRONG 2500 CA SANH

- Những yếu tố nguy cơ : nhau bám vị trí bất thường, kéo dây rốn quá mạnh
- Điều trị:
 - Lộn tử cung trở lại bằng tay
 - Có khi phải dùng halothane/ hay gây mê toàn thể
 - Bóc nhau sau khi lộn tử cung trở lại
 - Sau khi lấy nhau cho thuốc co hồi tử cung và xoa bóp tử cung
 - Có thể phải mổ bụng

NGUYÊN NHÂN VỠ TỬ CUNG

- Tiền căn phẫu thuật trên tử cung - 50% trường hợp
 - Mổ lấy thai, Mở lòng tử cung, bóc nhân xơ
- Tự nhiên (1/1900 cuộc sinh)
- Lộn tử cung trong và ngoài
- Ấn đáy tử cung
- Chấn thương
- Thủ thuật ngã âm đạo
- Những vết thương xuyên thấu

NGUYÊN NHÂN VỠ TỬ CUNG

- Do oxytocin
- Đa sản
- Bất xứng
- Do bất thường thai- thai to, ngôi bất thường, dị dạng thai
- Nhau cài răng lược thể xuyên cơ
- Khối u : GTN, ung thư cổ tử cung
- Thai ngoài tử cung không ở vòi trứng

TRIỆU CHỨNG CỔ ĐIỂN CỦA VỠ TỬ CUNG

- Thai suy
- Xuất huyết âm đạo
- Chuyển dạ ngưng tiến triển
- Shock
- Sờ dễ dàng các phần thai trên bụng
- Mất trương lực cơ tử cung

VỠ TỬ CUNG

- Myth: những đường rạch trên cơ tử cung không vào đến lòng tử cung sẽ không dẫn đến vỡ tử cung
- Cách khâu cơ : không liên quan với độ bền của cơ
 - Khâu liên tục hay mũi rời: chromic, vicryl, Maxon
 - Lớp nội mạc hướng vào trong hay lộn ra
- Mức độ biến chứng
 - Có chủ ý, tự động – bất ngờ, chấn thương
 - Vị trí bánh nhau liên quan đến vị trí vỡ
 - Có hay không sẹo mổ trên cơ tử cung
 - Có sẹo: tỷ suất tử vong 0.8
 - Không có sẹo: tỷ suất tử vong 13%
 - Vị trí của sẹo
 - Sẹo mổ cổ điển: chiếm đa số các trường hợp vỡ tử cung hoàn toàn
 - Sẹo mổ ngang – ít mạch máu, ít ảnh hưởng đến bánh nhau
 - Chiều hướng của đường vỡ

NÚT SỢ MỖ CŨ

- Nút sọ mổ trên tử cung: sọ mổ bị nứt nhưng các màng thai không vỡ
 - 2-4% các trường hợp sanh sau lần mổ lấy thai ngang đoạn dưới trước đó
 - Thường tỷ lệ bệnh suất thấp trừ khi bánh nhau bám ngay bên dưới hay vết rách chạm đến các mạch máu tử cung
 - Chẩn đoán sau khi sinh ngã âm đạo
 - Thường không có triệu chứng, phát hiện tình cờ
 - Thường khó chẩn đoán do đoạn dưới tử cung rất mỏng
 - Việc điều trị chủ yếu là theo dõi nếu chỗ rách nhỏ và không triệu chứng
 - Chẩn đoán khi mổ lấy thai: cắt lọc đơn giản và đóng lại theo lớp

XỬ TRÍ VỠ TỬ CUNG

Mở bụng

- Cắt lọc và khâu lại 2 – 3 lớp bằng chỉ Maxon/PDS
- Cắt tử cung bán phần
- Cắt tử cung toàn phần

THAI KỲ SAU KHI VÁ LẠI TỬ CUNG BỊ VỠ

- Không thể dự đoán vỡ tử cung bằng HSG/Siêu âm /MRI
 - Vị trí khâu lại
 - Cổ điển -----48%
 - Ngang đoạn dưới -----16%
 - Không rõ -----36%
 - Vỡ lại -----12%
 - Tử vong mẹ -----1%
 - Tử vong chu sinh -----6%
- (Plauche, W.C 1993)

CHUẨN BỊ MỞ BỤNG THÁM SÁT

- Tốt nhất gây mê toàn thể
- Tư thế nằm ngửa hay sản phụ khoa
- Kiểm tra buồng tử cung bằng tay hay có thể dùng siêu âm
- Trường hợp lộn tử cung: Magnesium sulfate, Halothane, Terbutoline, NTG.
- Chèn lòng tử cung (điều trị và cầm máu tạm thời) – rút ra sau 24-28 giờ
 - Dùng gạc Kerlex 4" tẩm 5000 đơn vị thrombin trong 5ml nước muối vô trùng
 - Dùng sonde Foley số 24 Fr. Với bóng chèn 30-80 ml dung dịch nước muối (có thể dùng nhiều hơn 1 ống sonde nếu cần)
 - Có thể dùng bóng chèn Bakri (trong lòng tử cung) - 500 cc
 - Kháng Sinh Dự Phòng

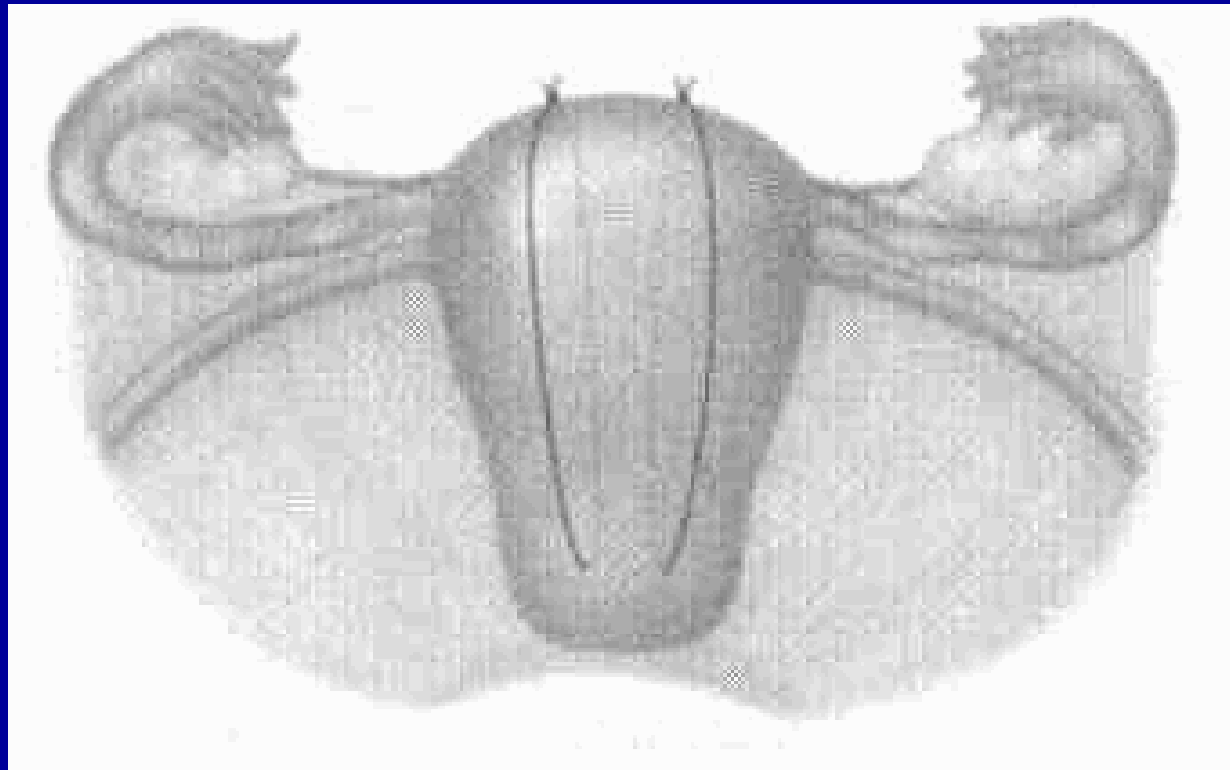
KHI PHẪU THUẬT

- Chọn lựa đường dọc giữa
- Gây mê toàn thể
- Phải có hỗ trợ
- Tránh gây ra những vấn đề phức tạp do các lỗi cơ bản
- Xoa bóp tử cung trực tiếp / thuốc co hồi tử cung
- Chèn động mạch chủ trực tiếp
- Dùng mũi B-Lynch cải tiến (#2 chromic) khi đỡ tử cung
- Thắt động mạch tử cung và nhánh vòi trứng – tử cung (#1 chromic)

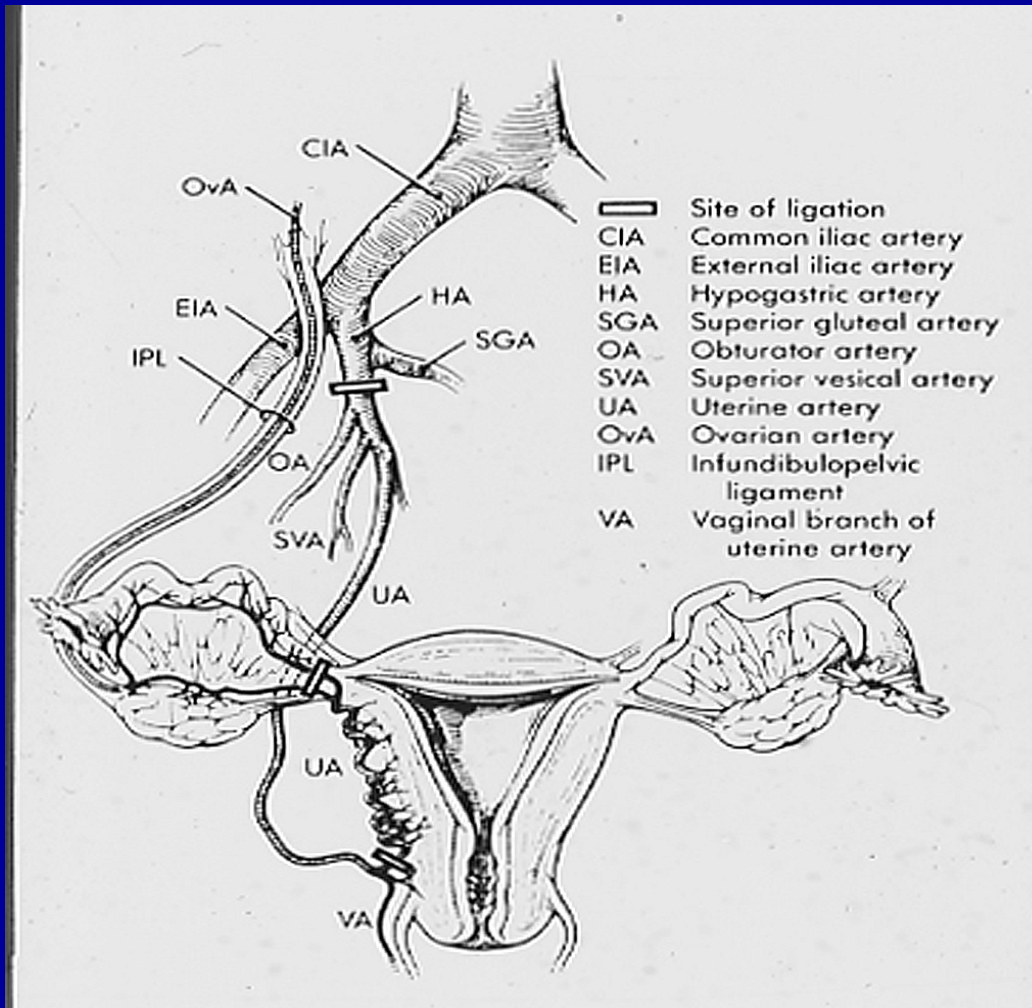
KHI PHẪU THUẬT

- Thắt động mạch chậu trong (50% thành công)
 - Còn muốn có thai
 - Phẫu thuật viên có kinh nghiệm
 - Sờ được chỗ chia đôi động mạch chậu chung
 - Chỗ thắt cách chỗ chia đôi này ít nhất 2 – 3 cm
 - Chỉ silk số 1. Không tách đôi
- Xquang can thiệp: thuyên tắc động mạch tử cung (catheters placed pre-op)
- Cắt tử cung toàn phần/Cắt tử cung bán phần (đặt các kẹp hình tim trên mép của cổ tử cung)
- Thu thập các tế bào: để nghiên cứu (các vấn đề về nước ối)

Mũi B-Lynch cải tiến



Thắt động mạch



XỬ TRÍ NHAU BÁM BẮT THƯỜNG

- Bánh nhau không bong khi làm các thủ thuật thông thường
- Phải nạo buồng tử cung
- Có thể phải khâu tử cung vài chỗ hay xén cơ tử cung vài chỗ (Vasopressin 1cc/10cc N.S- tiêm dưới niêm mạc)
- Trong trường hợp phải để lại bánh nhau
 - Nếu không chảy máu: Methotrexate
 - Tử cung sẽ không về kích thước bình thường ở tuần thứ 8
- Có thể phải thắt ĐM tử cung, tử cung – buồng trứng, hay ĐM hạ vị
- Có khi phải mổ bụng cắt tử cung bán phần/ toàn phần

XUẤT HUYẾT SAU CẮT TỬ CUNG

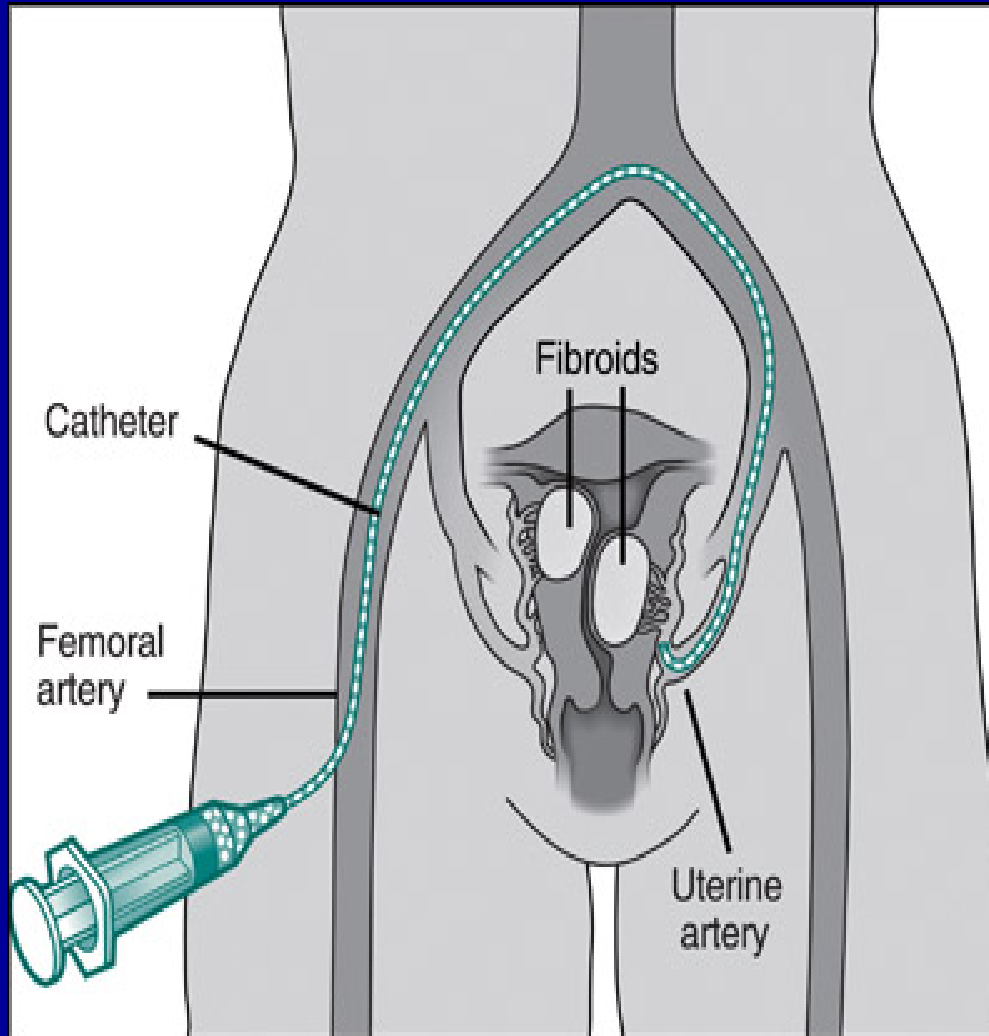
- Bệnh nhân thường bị DIC – điều trị bằng truyền máu toàn phần, FFP, tiểu cầu, etc.
- Quần chống shock dùng cho quân đội (Military Anti-Shock Trousers) (MAST)
 - Làm tăng áp lực trong ổ bụng và vùng chậu và làm giảm chảy máu
 - Có thể sử dụng bất cứ lúc nào trong quá trình điều trị
- Dùng áp lực chèn qua ngã âm đạo hay qua ngã bụng (chậu)
 - Chèn vùng chậu qua chỗ mở ở vòm âm đạo
 - Chèn bằng gạc Kerlex cột thành chuỗi cho tới khi vùng chậu được chèn chặt
 - Cố định vào 1 vật nặng khoảng 5 – 10 kg
 - Treo vật nặng này vào cuối giường để duy trì áp lực liên tục
- Có khi phải để lại 1 vài kẹp trong bụng hoặc chấp nhận việc cột phải niệu quản hay mạch máu quan trọng khác
- X quang can thiệp

GÂY THUYÊN TẮC ĐỘNG MẠCH CHỌN LỌC QUA CHỤP ĐỘNG MẠCH

- Bệnh nhân ổn định trên lâm sàng – cố gắng điều chỉnh các rối loạn đông máu
- Thực hiện mất khoảng 1-6 giờ
- Thường bệnh nhân rất gần với shock, không ổn định cho nên phải theo dõi bệnh nhân chặt chẽ
- Có thể dùng khi hematome lan rộng
- Có thể áp dụng trước khi mổ với tính cách dự phòng trong các trường hợp nhau cài răng lược
- Vô cảm, cho kháng sinh và cho thuốc chống nôn.

GÂY THUYÊN TẮC ĐỘNG MẠCH CHỌN LỌC QUA CHỤP ĐỘNG MẠCH

- X-Quang thời gian thực (Fluoroscopy)
- Tìm đến động mạch chậu chung bên phải
- Tốt nhất là 1 mạch máu duy nhất
- Gây thuyên tắc cả 2 động mạch tử cung hay động mạch hạ vị
- Đôi khi cần có một ống thông nhỏ ở phần xa để ngăn trào ngược vào những mạch máu không cần thiết
- Có thể cần phải xử trí tất cả các nhánh động mạch hay tất cả các nhánh của động mạch chậu trong.
- Nguy cơ: có thể làm thuyên tắc những cơ quan lân cận và các mô trước xương cùng và gây ra hoại tử.
- Kỹ thuật:
 - Dùng miếng Gelfoam – Gây tắc tạm thời, cho phép thông lại lòng mạch
 - Dùng mô tự thân hoặc cục máu đông tự thân
 - Dùng Vasopressin, dopamine, Norepinephrine
 - Bóng chèn cuộn thép

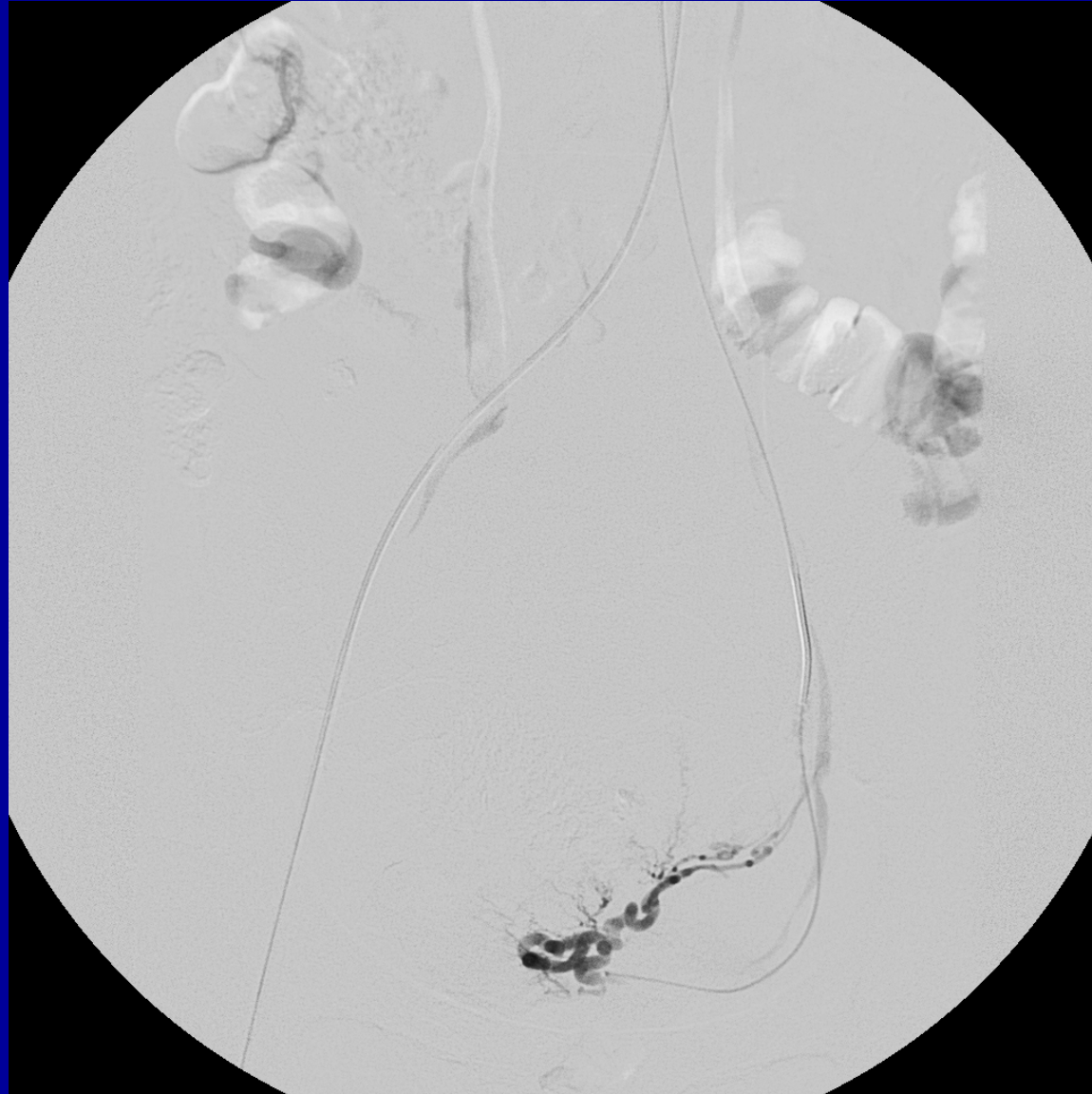


Đánh giá các nhánh
nối ở buồng trứng

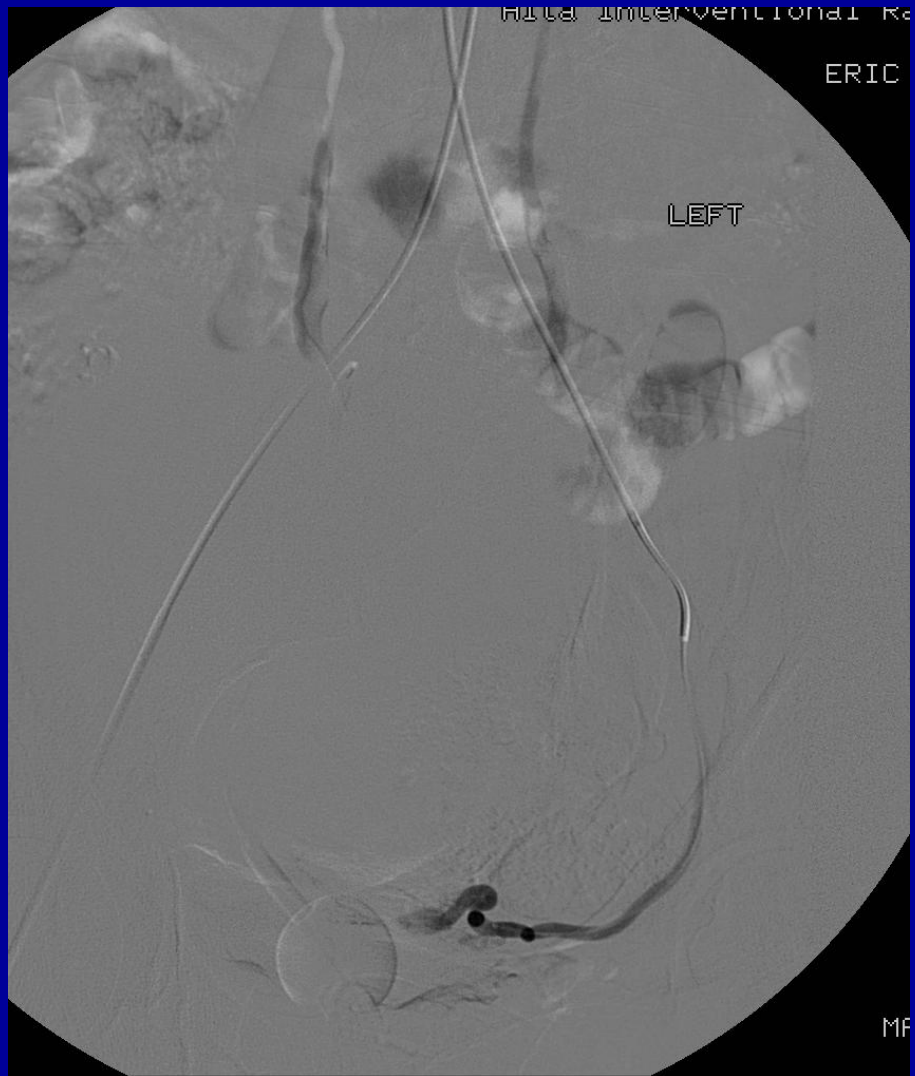
Có thể cần phải gây tắc



Gây thuyên tắc đoạn giữa “Hình ảnh thân cây không nhánh của mạch máu”



Sau khi thuyên tắc



Sau thuyên tắc



Trước thuyên tắc



Sau thuyên tắc