

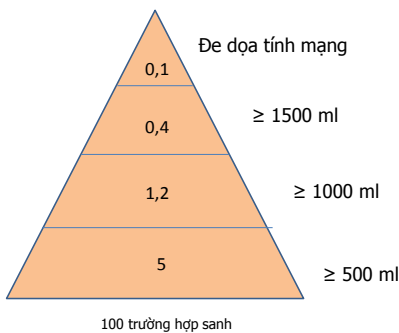
BĂNG HUYẾT SAU SANH

1

BHSS : định nghĩa và tần suất

- BHSS:
 - mất máu > 500 ml sanh ngã ÂĐ
 - MLT > 1000ml
 - ≈ 5% các trường hợp sanh
- Nặng : > 1000 ml
hay Hct giảm > 10% (hay Hb giảm > 4 g/dL)
≈ 1% các trường hợp sanh

2



Subtil et al, J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004

4

Những lỗi mắc phải gây ra TV mẹ?

- Không tuân theo phác đồ đầy đủ
- Mất thời gian
 - Chẩn đoán trễ
 - Chậm can thiệp

BHSS

- Phân tích hồ sơ của Ủy ban Quốc gia về TV mẹ (CNEMM – Pháp):
 - Là nguyên nhân đầu tiên gây TV mẹ
 - Là nguyên nhân gây TV mẹ mà có thể tránh khỏi nhiều nhất
- (Thứ 1, thứ 2 và thứ 3 theo CNEMM : 2000, 2006, 2010)
- http://www.invs.sante.fr/publications/2010/mortalite_maternelle/r_apport_mortalite_maternelle.pdf

5

Sinh lý cầm máu trong chuyển dạ

- **Cầm máu tạm thời:** co hồi TC ⇒ tắc mạch máu TC
 - ⇒ chèn ép các động mạch xoắn
 - ⇒ chèn ép xoang TM

Co hồi TC tốt nếu lòng TC được sạch

- **Cầm máu**
 - Trước sanh : tăng đông máu (tăng : fibrinogène, II, VII, X, VIII Willebrand)

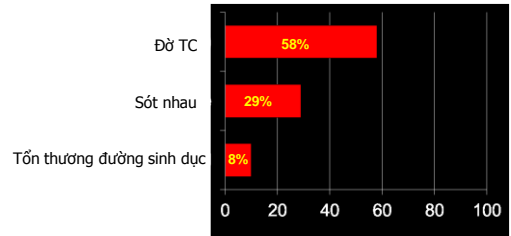
6

Sinh lý phụ nữ mang thai

- Thay đổi thể tích máu
 - Tăng 40% vào cuối thời kỳ mang thai (1200 ml đến 1500 ml)
 - Tăng thể tích huyết tương(+50%)
 - Tăng thể tích hồng cầu (+25%)

7

3 nguyên nhân thường gặp trong BHSS



→ 90 - 95% các loại BHSS

8

Chẩn đoán BHSS: thường không dễ dàng

- Chảy máu âm đạo thường là ước lượng, dễ bỏ sót:
 - Máu ứ trong lòng TC
 - Máu tụ sau nhau
 - Chảy máu trong ổ bụng
 - Tụ máu vùng chậu, âm đạo
- Dựa trên Hct/Hb
 - Thay đổi theo đồ đẩy lòng mạch, tốc độ truyền máu
- Huyết động không ổn định
 - Quá muộn
 - Thiếu hồi sức sớm và tích cực

9

- Xử trí bằng nhiều biện pháp
- Phối hợp, làm việc nhóm:

- ❖ Bs sản
- ❖ NHS
- ❖ Bs GMHS
- ❖ KTV GMHS



10

Dự phòng Theo dõi sau sanh

- Trong 2 giờ
- Tiêu chuẩn
 - Co hồi TC
 - Lượng máu mất
 - HA
 - M

11

Carbétocine

- Bán hủy: 40 phút (3 - 17 phút với oxytocine)
- Liều duy nhất: sau kẹp dây rốn
- Tg hoạt động: 5 giờ
- Sử dụng: dự phòng BHSS
- Chống chỉ định
 - Dị ứng
 - TC có thai
 - BL tim mạch nặng, suy gan, suy thận
 - Động kinh
- Carbétocine, có mặt trên thị trường từ 2007, được sử dụng ở Canada từ 1990

12

Xử trí tức thời

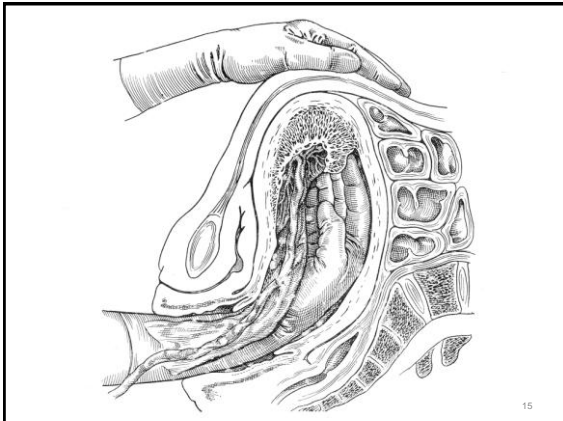
- TÌNH TRẠNG CẤP CỨU
- Tiên lượng trực tiếp liên quan đến các yếu tố thời gian: tích cực và sớm + + +
- Xử trí bằng nhiều biện pháp, theo phác đồ
- Điều trị kết hợp tình trạng sốc mất máu và RLDM trong điều kiện sản khoa và/hoặc phẫu thuật nếu diễn tiến ngày càng tăng

13

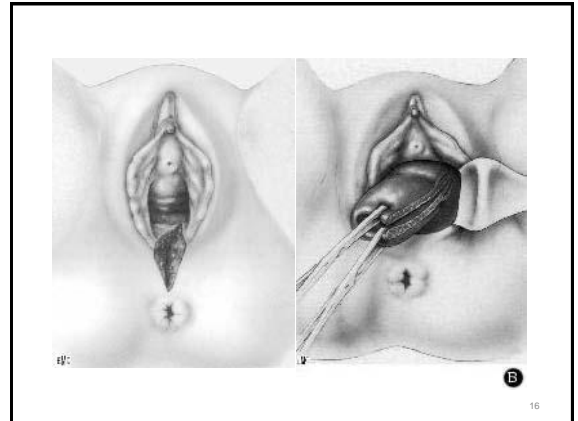
Xử trí sản khoa

- Điều kiện vô trùng + kháng sinh
- Đặt sonde tiểu
- Bóc nhau bằng tay
- Soát lòng TC
- Kiểm tra đường sinh dục
- May cầm máu
- Xoa TC

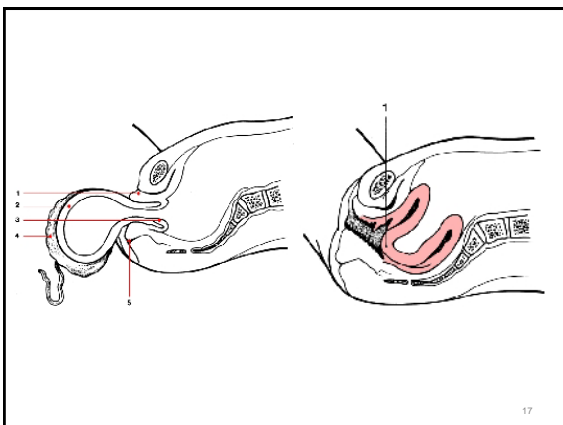
14



15



16



17

Điều trị nội khoa co hồi TC

- Luôn luôn đầu tiên
- Mục đích: tăng co hồi TC
- Thuốc co hồi TC
 - Oxytocine
 - Ergometrine
 - Prostaglandine

18

Hồi sức mẹ

- Ưu tiên: phục hồi, duy trì thể tích tuần hoàn và thở oxy + + +
- Tránh tình trạng "vòng luẩn quẩn" giảm thể tích – RLDM
- Sưởi ấm BN
- XN đầy đủ khi lượng máu mất > 1000 ml và lặp lại theo diễn tiến của bệnh cho đến khi ngừng chảy máu

19

ĐIỀU CHỈNH GIẢM THỂ TÍCH

- Lập 2 đường truyền.
- Theo dõi: HA, M, SpO₂, nước tiểu
- Truyền dịch: dung dịch tinh thể, dịch keo, HEA, HCL
- Truyền máu để duy trì Hb giữa 7 – 10 g/dl

20

Điều chỉnh rối loạn đông máu

- Truyền HTĐL để duy trì TP > 40% và Yếu tố V > 30% (10 à 15 ml/kg)
- Truyền Fibrinogen 3g nếu Fibrinogen < 1 - 2 g/l (0,5 à 1 g/10 kg cân nặng)
- Truyền Tiểu cầu khi < 50.000/mm³ và còn chảy máu rỉ rả
- Antifibrinolytiques: acide tranexamique
- Facteur VIIa: NOVOSEVEN ®

21

Acide tranexamique (Antisamin)

- Nhiều phác đồ:
 1. Nghiên cứu EXADELI: 4g trong 1 giờ, sau đó truyền 1g/giờ mỗi 6 giờ
 2. 1g TM chậm (trong 5 – 10 phút), sau đó 0,5 g/giờ (liều tối đa 3g)
 3. « WHO » đơn giản: 1 g TM chậm

22

Essai clinique randomisé contrôlé évaluant l'impact d'un traitement antifibrinolytique sur le volume de l'hémorragie du post-partum

étude prospective multicentrique EXADELI

Crit Care Med 2011 ; 15(2):R117. Epub 2011 Apr 15.

Anne-Sophie DUCLOY-BOUTHORS
Maternité Jeanne de Flandre
CHRU de LILLE

→ **4g** trong 1 giờ, sau đó **1g/giờ** giờ 6giờ

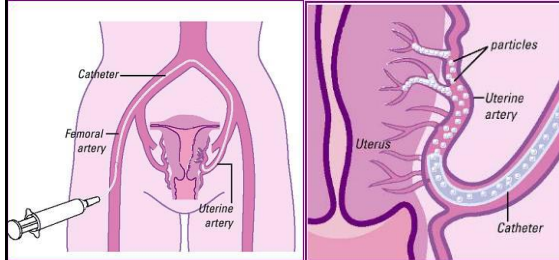
23

Can thiệp phẫu thuật

- Dựa trên:
 - Tiền sử sản khoa của BN
 - Mức độ nặng của BHSS
 - Huyết động
 - Kinh nghiệm của PTV

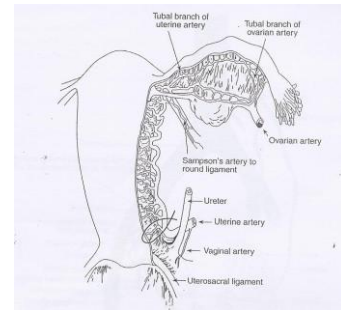
24

Thuyên tắc mạch



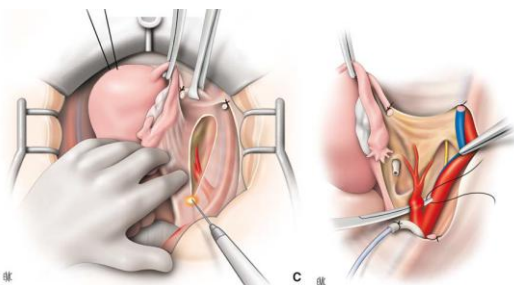
25

Thắt ĐM TC



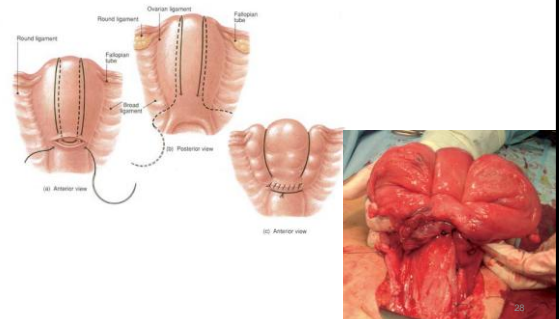
26

Thắt ĐM hạ vị



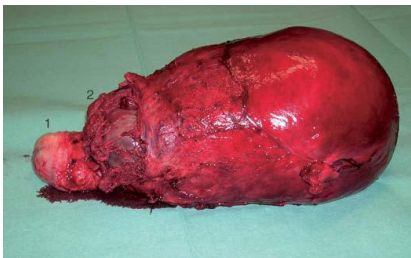
27

Kỹ thuật B-Lynch



28

Cắt TC



29

Điều trị của GMHS

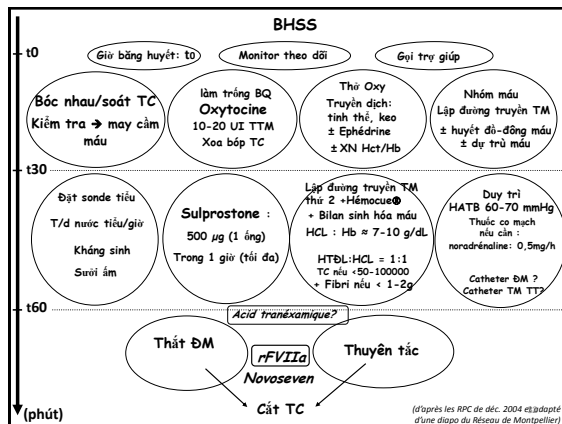
- Duy trì Oxy hiệu quả
 - Thở oxy
 - Đặt NKQ và thở máy khi có chỉ định
- Đường truyền TM và bù thể tích
 - Đường truyền TM, ĐM
 - Dung dịch tinh thể, dung dịch keo
 - Ổn định thể tích nhưng không quá pha loãng máu
- Vận mạch
 - Mục tiêu: HATB = 60 – 70 mmHg
 - Chống lại tác dụng ngoại ý của gây mê và thở máy
- Kháng sinh phòng ngừa và làm ấm

30

Vô cảm

- Nếu có sẵn catheter NMC
 - bolus thuốc thêm
- Không sẵn catheter NMC
 - Mê NKQ
 - Gây tê tùy sống
 - (Tùy vào điều kiện sản khoa, đông máu)
- Nếu chảy máu nặng ± rối loạn ý thức
 - Mê NKQ

31



Kết luận

➤ BHSS

- ❖ Là một cấp cứu sản khoa và GMHS
- ❖ « đôi khi có thể ngăn ngừa được ...»
- ❖ Không quá muộn
- ❖ Không do dự
- ❖ Phối hợp nhiều biện pháp

33

**Sốc mất máu:
Từ sinh lý bệnh đến điều trị**

34

Các số liệu dịch tễ học

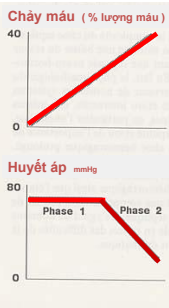
- **Tử vong** do sốc mất máu
 - Nguyên nhân hàng thứ 1 gây tử vong trong các tai nạn
 - Nguyên nhân thứ 2 gây tử vong cho các BN bị thương còn sống khi đến BV
(Sauaia et al., *J Trauma* 1995 ; MacLeod et al., *J Trauma* 2003)
- **Truyền máu** trong sốc mất máu :
 - yếu tố tiên lượng độc lập
 - yếu tố dự báo hội chứng suy đa cơ quan?
 - yếu tố tiên lượng hội chứng suy hô hấp cấp?
- **Cải thiện** trong tiên lượng
 - cầm máu +++ (phẫu thuật/ "kiểm soát tổn thương" / điều trị tắc mạch)
 - Sự sẵn có của các chế phẩm máu
 - Điều trị rối loạn đông máu

35

Sinh lý bệnh

36

SỰ PHÂN BỐ LẠI TRONG MẠCH MÁU



Pha 1, kích hoạt giao cảm

- Vai trò của hệ thần kinh tự động giao cảm (NA) và hệ Rénine-Angiotensine

- Phân bố lại lưu lượng máu đến cơ và não

Cơ mạch:

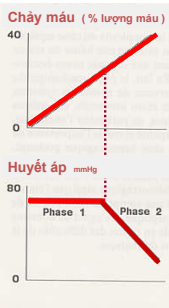
- cơ xương
- tạng
- thận

37



Campagna Anesthesiology 2003

SỰ PHÂN BỐ LẠI TRONG MẠCH MÁU



Pha 2, ức chế giao cảm

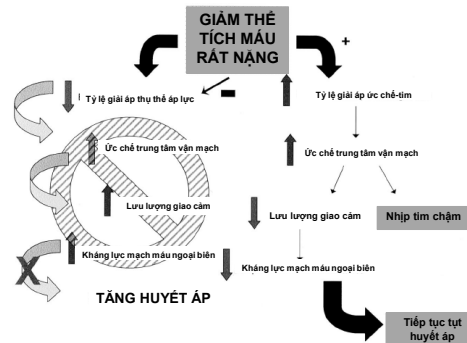
- Xảy ra khi chảy máu đạt đến 30 – 50% khối lượng máu cơ thể

- Tụt huyết áp có thể kèm theo **nhip tim chậm** do giải phóng trương lực đối giao cảm (vagal)

Hủy giao cảm trung ương và dẫn mạch ngoại biên

39

B.



Campagna Anesthesiology 2003

Nhip tim chậm « nghịch thường » trong sốc mất máu

- Liên quan đến kích thích các **thụ thể cơ học của tim** (thất T)
 - => làm đầy tâm trương tốt nhất (Barriot et al., Intens Care Med 1987)
- **Bối cảnh xảy ra** :
 - chảy máu lượng lớn và nhanh (~ 7 %)
 - điều trị trước đó bằng thuốc gây chậm nhip tim (β -)
 - sử dụng cocaine mạn tính
 - gây mê toàn diện
- => **XỬ TRÍ** : **đổ đầy mạch máu nhanh và nhiều \pm catecholamines** tạm thời



Thuốc hủy đối giao cảm (atropine) => rối loạn nhip, rung thất

41

Triệu chứng học của sốc mất máu

Phân loại độ nặng chảy máu theo American College of Surgeons Advanced Trauma Life Support

Phân loại độ nặng chảy máu theo ACS/ATLS*	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
Máu mất (ml)	< 750	750 – 1500	1500 – 2000	> 2000
Mạch (mỗi phút)	< 100	> 100	> 120	> 140
Huyết áp (mmHg)	Bình thường	Bình thường	Giảm	Giảm
Nhip thở (mỗi phút)	14 – 20	20 – 30	30 – 40	> 40
Lượng nước tiểu (ml/giờ)	> 30	20 – 30	5 – 15	Không đáng kể
Hệ thần kinh trung ương (tình trạng tâm thần)	Lo lắng ít	Lo lắng trung bình	Lo lắng, lú lẫn	Mê

* Giá trị tính cho 1 người trưởng thành 70kg.

Spahn Critical Care 42 2007

Đáp ứng thần kinh-nội tiết với sốc mất máu

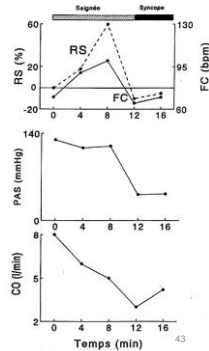
• Phản ứng hệ giao cảm

– Giai đoạn kích hoạt giao cảm

- Thụ thể áp lực với áp lực cao
- Thụ thể thể tích (áp lực thấp)
- Thụ thể hóa học ĐM chủ
- => ↑ noradrénaline & tái phân bố trong mạch máu
- => Dẫn mạch não, mạch vành, ± thận và cơ mạch tạng và thận

– Giai đoạn ức chế giao cảm

- Vòng phản xạ vago-vagale thông qua các thụ thể cơ học trong tim
- Các đáp ứng nội tiết (PGE₂, ATII, ADH)



Barcroft et al., *Lancet* 1944

Các chuyển động nước - điện giải

• Kích thích giao cảm ban đầu

- Co tiểu động mạch và tĩnh mạch
- ↓ áp lực thủy tĩnh
- => dịch di chuyển từ mô kẽ -> huyết tương
- giữ áp lực keo :
 - ↑ lưu lượng bạch huyết
 - ↑ albumine

45

Các chuyển động nước điện giải

Co mạch do kích thích giao cảm

↓
 \ áp lực thủy tĩnh mao mạch

↓
 Dịch di chuyển từ mô kẽ vào huyết tương

↓
 \ HEMATOCRITE
 300 ml máu ~ 3% Hte

46

Các chuyển động nước điện giải

• Kích thích giao cảm ban đầu

- Co tiểu động mạch và tĩnh mạch
- ↓ áp lực thủy tĩnh
- => dịch di chuyển từ mô kẽ -> huyết tương
- duy trì áp lực keo :
 - ↑ lưu lượng bạch huyết
 - ↑ albumine

• Sốc mất máu kéo dài

- nước vào trong môi trường nội bào
- thoát huyết tương qua mao mạch -> khoảng kẽ
- mất muối (déplétion sodée)

• Đáp ứng hormone = trễ

- hệ thống Renin-Angiotensine (SRA), ADH, aldostérone ⁴⁷

Hậu quả của sốc kéo dài

• Rối loạn vi tuần hoàn

- Sụp đổ của việc co mạch do giao cảm
- Tắc mao mạch không hồi phục (hiện tượng không có tái lưu thông/no reflow)

• Giảm tưới máu gan – tạng

- phóng thích các yếu tố gây ức chế cơ tim
- vi khuẩn di chuyển chỗ
- tạo thuận lợi cho nhiễm nội độc tố trong máu
- rối loạn chức năng gan nặng và kéo dài

• Giảm co bóp cơ tim

- giải phóng MDF (myocardial depressant factor), CDF (cardial depressant factor)
- Bất thường đàn hồi tâm trương
- Bất thường tính thấm màng tế bào cơ tim

48

Vi khuẩn di chuyển chỗ & Ức chế miễn dịch

• Thiếu máu nuôi tại ruột

- => sụp đổ hàng rào vi khuẩn ruột
- => Vi khuẩn di chuyển chỗ (từ lúc sốc > 2-4 giờ) & nội độc tố di chuyển vào máu

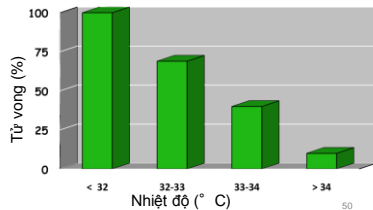
• Ức chế miễn dịch do nhiều yếu tố

- ↓ lưu lượng máu vùng
- => thiếu O₂ vùng
- => ↓ ATP, ↑ cytokines viêm, ↑ PGE₂
- => rối loạn nội môi calci nội bào
- => ức chế chức năng tế bào macrocyte & lymphocyte

49

Hậu quả của sốc mất máu

- « Tam chứng tử vong không hồi phục » (Moore et al., *Am J Surg* 1996)
- Rối loạn đông máu
- Nhiễm toan : pH < 7,10
- Hạ thân nhiệt



Jurkovich et al., *J Trauma* 1987

50

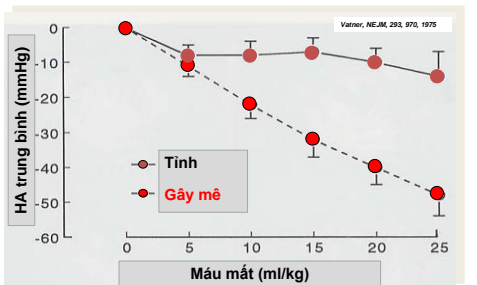
Hồi sức

Sớm, nhanh, tích cực
Mục tiêu: tránh hội chứng suy đa tạng

51

NHỮNG TÁC DỤNG CỦA GÂY MÊ TOÀN DIỆN

Dưới gây mê toàn diện, giai đoạn kích hoạt giao cảm bị mất và tụt huyết áp tỷ lệ thuận với chảy máu.



52

Gây mê toàn diện = « sốc tạm thời »

- Giảm hồi lưu tĩnh mạch
- Giảm sức co bóp cơ tim (inotropisme)
- Giảm cung lượng tim
- Giảm huyết áp
- Thay đổi nhịp tim
- Hư hại thụ thể áp lực

53

Các nguyên tắc điều trị

- 1 – Tái lập thể tích tuần hoàn bằng các dung dịch làm đầy mạch máu

Chúng ta không chết vì thiếu máu mà vì giảm thể tích tuần hoàn

- 2 – Thực hành truyền máu cùng nhóm cùng rhesus

55

Các chỉ định bù dịch

- Bù dịch = yếu tố cơ bản trong điều trị sốc mất máu.
- Giới hạn của bù dịch là pha loãng máu. Pha loãng máu cũng quan trọng như
 - chảy máu nặng
 - bù dịch trễ

56

Các giới hạn của bù dịch

- **Hiệu ứng có hại của việc bình thường hóa huyết áp** (Bickell *NEJM* 1994)
- **Các hiệu ứng tốt của « Hồi sức huyết áp thấp »** (Kowalencko *J Trauma* 1992 ; Burris, *J Trauma* 1999)
- **Hậu quả gây hại của truyền dịch quá nhiều :**
 - pha loãng máu => ↓ vận chuyển O₂ (Carli *JEUR* 1990)
 - Xuất hiện hội chứng suy hô hấp cấp và/hoặc hội chứng suy đa cơ quan (Ware *NEJM* 2001)
- **Hậu quả gây hại của truyền dịch quá nhanh :**
 - ↑ phóng thích chất trung gian gây viêm (Small *J Trauma* 1998 ; Knoferl *J Trauma* 1999)

57

Định nghĩa: Truyền máu lượng lớn

- Thay thế 1 thể tích máu/24 giờ
- Thay thế 50% trong 3 giờ Stainsby *Br J Anaesth* 2000
- Định nghĩa trên thực hành
> 4 đơn vị hồng cầu lắng trong 1 giờ với nhu cầu dự kiến tiếp tục sử dụng
 Crosson *JT. Clin Lab Med* 1996

58

Tử vong tăng trong truyền máu lượng lớn

- Tử vong của những BN được truyền trên 25 đv hồng cầu lắng
 - 93 % vào năm 1970
 - ~ 50 % hiện nay (Robb *WJ, AACN Clin Issues* 1999)
- Tử vong của các BN được truyền trên 50 đv hồng cầu lắng
 - 1988-92 = 45 %
 - 1993-97 = 16 % (Cinat *et al., Arch Surg* 1999)

59

Điều trị bổ sung trong truyền máu lượng lớn

- Làm ấm +++
- Điều chỉnh Calci máu
- Điều chỉnh pH
- Điều chỉnh hématocrite

60

Hạ thân nhiệt

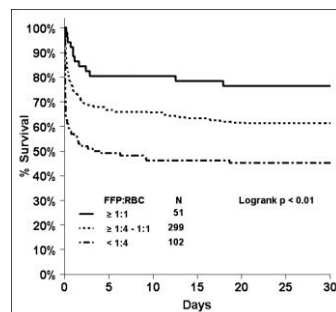
- T° trung tâm <36°C
- Sản xuất các yếu tố
- Rối loạn enzyme
- Rối loạn chức năng tiểu cầu
- Ly giải fibrine

- **Hạ thân nhiệt = tiên lượng**
 45 trường hợp đa chấn thương
 Tử vong: 80% hạ thân nhiệt
 Sống còn: 36% hạ thân nhiệt

Ferrara *et al, Am J Surg* 1990

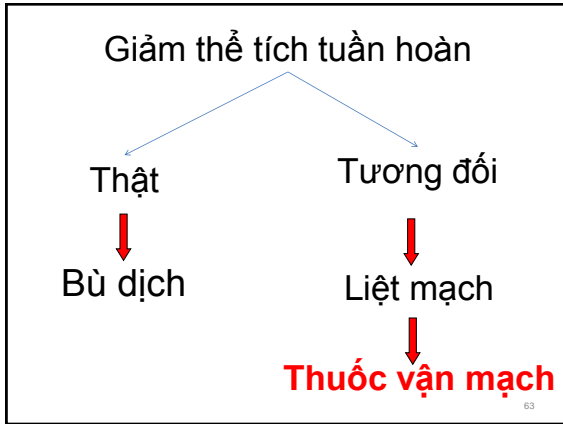
61

Truyền máu lượng lớn = Rối loạn đông máu
 → truyền HCL + huyết tương đông lạnh + tiểu cầu



Cải thiện sống còn khi tỷ số huyết tương đông lạnh/hồng cầu lắng càng cao

Zinc *The Am J of Surgery* 2009; 197:565-70



Tóm tắt

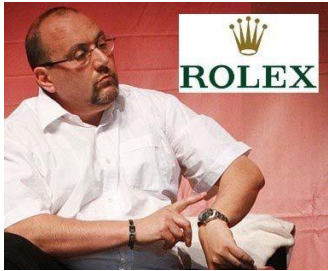
- Giai đoạn điều hòa giao cảm
 - Lưu ý nhịp tim chậm / tụt huyết áp
- Các hậu quả nặng nề của sốc « kéo dài »
 - Hội chứng suy đa cơ quan
 - Nguy cơ nhiễm trùng thứ phát

64

- Huyết áp thấp cho phép cho đến khi điều trị được nguyên nhân
- Sử dụng sớm thuốc vận mạch
- Sử dụng acide Tranexamique +++
- Điều trị bổ sung:
 - Tam chứng gây tử vong: hạ thân nhiệt, nhiễm toan, giảm calci máu

65

Cám ơn sự chú ý lắng nghe



66