

ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA BẰNG HUYẾT SAU SINH

PGS.TS LÊ HỒNG CẨM
Bộ môn PHỤ SẢN ĐHYDTPHCM

1

Nội dung

1. Định nghĩa BHSS
2. Nguyên nhân.
3. Yếu tố nguy cơ.
4. Điều trị nội khoa BHSS:

2

ĐẠI CƯƠNG

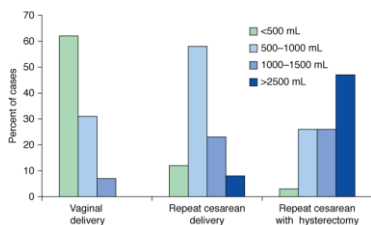
- Mỗi năm trên thế giới 140,000 tử vong, 1 ca / 4 phút do BHSS.
- ½ trường hợp tử vong trong 24 giờ sau sinh do BH.
- Biến chứng: suy hô hấp, choáng, rối loạn đông máu, mất khả năng sinh sản, tai biến truyền máu, tai biến gây mê, suy thận, hoại tử tuyến yên (Sheehan).
- Chảy máu xảy ra nhiều đột ngột hay từ từ.

3

Định nghĩa

- Máu mất hơn 500ml sau sinh ngã âm đạo.
- Hơn 1000ml khi mổ lấy thai.
- Hct (Hb) giảm 10%, cần truyền máu.
- Có triệu chứng ảnh hưởng đến sinh lý của thai phụ như da niêm xanh, chóng mặt, ngất, hay triệu chứng giảm thể tích máu: HA tụt, Mạch nhanh, thiếu niệu.
- Tùy thuộc vào cân nặng và thể trạng thai phụ.

4



Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hersh JC, Rosen DJ, Spong CH, Williams Obstetrics, 23rd Edition: <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

5

Thai phụ không có thai

$$\frac{[\text{Height (inches)} \times 50] + [\text{Weight (pounds)} \times 25]}{2} = \text{Blood volume (ml)}$$

Inches = 2,54cm
Pound = 450gr
Ví dụ 158cm, cân nặng 58 kg thể tích máu là 6335ml

6

Thể tích máu ở thai phụ

- Tăng 30 – 60% so với không có thai
- Tăng trong thai kỳ và bình nguyên khi thai 34
- Đa số hematocrit 30%, số ít 38%
- Tăng trung bình 40 -80% / đa thai
- Tăng rất ít (10%) ở thai phụ TSG, TSG nặng.
- Hậu sản: thể tích máu giảm

7

Xuất độ

- 5-10% các trường hợp sinh.
- Phân loại:
 - BHSS sớm xảy ra trong 24 giờ sau sinh.
 - Muộn: xảy ra sau 24 giờ.

8

Phòng ngừa

- Dự phòng những ca có nguy cơ BHSS
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ
- Thực hiện sinh đẻ có kế hoạch.
- Thực hiện thủ thuật đúng chỉ định và điều kiện.
- Tránh chuyển dạ kéo dài, nhiễm trùng ối.

9

Nguyên nhân: 4T

- **Tone:** do đờ TC xảy ra 1 / 20 sinh
- **Tissue:** còn sót nhau
- **Trauma:** chấn thương đường sinh dục: TC, CTC, âm đạo
- **Thrombin:** rối loạn đông máu

10

YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY ĐỜ TC

Nguyên nhân hàng đầu gây BHSS.

- Tử cung căng quá mức: đa ối, đa thai, thai to
- Chuyển dạ kéo dài, quá nhanh, đa sản.
- Nhiễm trùng ối.
- Giục sinh lâu .
- Bất thường: u xơ TC, NTĐ, Nhau cài răng lược, TC dị dạng.
- Lộn tử cung

11

Yếu tố nguy cơ lộn TC

- Do thầy thuốc.
- Giai đoạn 3 chuyển dạ: lộn tử cung gây đáp ứng thần kinh phế vị làm giãn mạch gia tăng máu và gây shok giảm thể tích.

12

YẾU TỐ NGUY CƠ CHẤN THƯƠNG ĐƯỜNG SINH DỤC

- Là nguyên nhân thứ 2 gây BHSS.
- Rách CTC, âm đạo do sinh thủ thuật hay sinh quá nhanh.
- Máu tụ đường sinh dục.
- Vỡ TC: tự phát 1/1900 ca
Do sẹo mổ cũ

13

- Khi mổ lấy thai bị rách sâu hay rách thêm:
 - ✓ Do thai lọt thấp.
 - ✓ Ngôi bất thường.
 - ✓ Chuyển dạ kéo dài.

14

Yếu tố nguy cơ gây sót nhau

- Máu cục trong TC do TC mất trương lực.
- Sót nhau:
 - ✓ Do bất thường của nhau: nhau cài răng lược, bánh nhau phụ.
 - ✓ Do TC nhau bám ở sẹo mổ cũ.
 - ✓ Do sinh thường
 - ✓ Đa sản

15

Yếu tố nguy cơ rối loạn đông máu

- Do bệnh lý:
 - _ Hemophilia A
 - Von Willebrand's Disease
- Điều trị thuốc kháng đông

16

Yếu tố nguy cơ rối loạn đông máu

Do thai kỳ:

1. TSG hội chứng HELPP.
2. Giảm tiểu cầu tự miễn.
3. Đông máu nội mạch rải rác:
 - TSG
 - Thai chết lưu
 - Nhau bong non
 - Nhiễm trùng nặng
 - Thuyên tắc ối.

17

Chẩn đoán

- Chảy máu ngay sau khi sổ nhau là triệu chứng phổ biến nhất.
- Tử cung giãn to, mềm nhão, co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối an toàn.
- Máu đọng trong lòng TC

18

Triệu chứng liên quan mất máu

Mất máu (% ml)	Huyết áp (mmHg)	Dấu hiệu và triệu chứng
10-15 (500 -1000)	Bình thường	Hồi hộp, chóng mặt M nhanh
15-25 (1000-1500)	Hơi thấp	Mệt, và mờ hồi, M Nhanh
25-35 (1500-2000)	70 to 80	bồn chồn, bức rức, xanh tái, thiếu niệu
35 -45 (2000-3000)	50 to 70	Suy sụp, thờ ngáp, vô niệu

19

XỬ TRÍ

- Báo động cho thầy thuốc và đồng nghiệp (BS gây mê, hồi sức, ngân hàng máu, xét nghiệm).
- Cho sản phụ nằm đầu thấp, thở oxy 10-15l/phút
- Đo mạch, HA, đặt thông tiểu.
- Đường truyền TM kim lớn (16, 18) cho dung dịch Lactate Ringer, NS hay cao phân tử.
- Xét nghiệm nhóm máu, Hb, hematocrit, tiểu cầu, yếu tố đông máu.

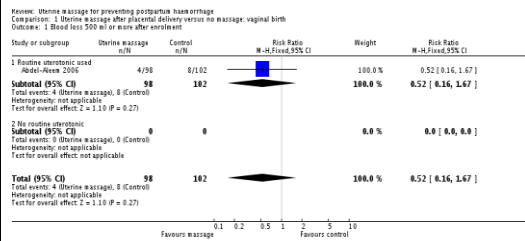
20

Điều trị BHSS do đờ TC

- **Xoa đáy TC, chèn ĐM chủ bụng**
- **Thuốc co hồi tử cung:** Đánh giá hiệu quả trong 30 phút
 - _ Oxytocin 40-80 đơn vị pha trong 1L NS hay Lactate Ringer bắt đầu 40 mili đv/ phút.
 - _ Oxytocin 10đv TB nếu không có sản đường truyền , tác dụng từ 3-5 phút.
 - _ Carbetocin 1 ống 100 mcg tiêm TM **liều duy nhất**

21

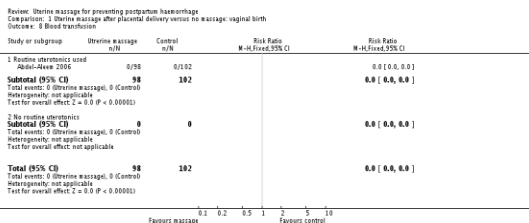
Điều trị BHSS do đờ TC



Máu mất hơn 500ml khi không xoa đáy TC sau số nhau [7]

22

Massage TC



23

Thêm Ergot

- Methylergonovine (methylergometrine):
0.2 mg TB hoặc tiêm cơ TC lặp lại mỗi 2 đến 4 giờ nếu cần tối đa 5 liều. Tác dụng sau tiêm 3-5 phút
- Không tiêm TM
- **CCĐ cao huyết áp, hội chứng Raynaud, xơ cứng bì**
- Nếu liều 1 không hiệu quả nên thêm thuốc co hồi TC khác (prostaglandin)
- _ Ergonovine (ergometrine) 0,2mg TB lặp lại 15 phút nếu cần.

24

Thêm prostaglandin:

- Misoprostol (Cytotec, PGE₁): 800-1000 mcg đặt trực tràng, đặt dưới lưỡi 600 nồng độ đỉnh 30 phút so với 40-60 phút đặt trực tràng
- Prostaglandin F₂α (carboprost tromethamine) 25 mcg TB lặp lại mỗi 15 -90 phút tối đa 8 liều (CCĐ SUYỄN, cao HA).
- Dinoprostone (PGE₂) 20 mg đặt âm đạo hay trực tràng, thay cho misoprostol. Hiệu quả trong 10 phút. Lặp lại sau 2 giờ.

25

Không hiệu quả với oxytocin

- Ép TC bằng hai tay
- Thêm đường truyền TM bằng kim lớn
- Truyền máu (plasma, tiểu cầu, hồng cầu 1:1:1 (Shaz và cs)
- Kiểm soát tử cung lấy hết nhau sót và máu cục (giảm đau đủ)
- Kiểm tra đường sinh dục.
- Bóng chèn.
- Điều trị phẫu thuật, thuyên tắc mạch

26

Bóc nhau



A
Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spang CH, Williams Obstetrics, 2nd Edition. <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

27

Ép TC bằng hai tay



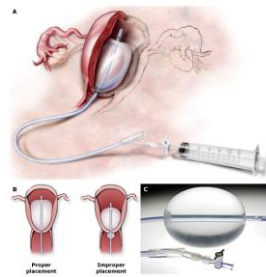
Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spang CH, Williams Obstetrics, 2nd Edition. <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

28

BÓNG CHÈN

- Chèn gạc
- Có nhiều loại bóng chèn
 - Bakri Balloon/other brand uterine
 - Foley catheter
 - BT-cath
 - the Sengstaken-Blakemore tube,
 - the Rusch catheter, condom catheters

29



Bakri SOS (Surgical Obstetric Silicone) [8]

30

Kỹ thuật

- Thông tiểu.
- Lau âm đạo CTC bằng povidone iodine
- Quan sát lần 2 để chắc chắn không có rách âm đạo CTC.
- Dùng ring forceps kẹp CTC, sau đó đặt bóng chèn vào trong TC. Nếu được, siêu âm để xem vị trí của bóng chèn.
- Bơm dd saline vô trùng cho đến khi thấy hơi nặng tay (250 - 300 mL).
- Để bóng chèn 8-24 giờ.
- Kháng sinh phổ rộng.
- Tiếp tục duy trì thuốc co hồi TC
- Không hiệu quả chuyển ngay can thiệp ngoại khoa.

31

Điều trị rối loạn đông máu

- CHO THUỐC CẦM MÁU
- Bệnh Von Willebrand's :
- – Desmopressin trước và sau phẫu thuật cho BH nặng
- Truyền tiểu cầu đậm đặc, huyết tương đông lạnh, yếu tố đông máu.

32

Điều trị BHSS muộn

- Xảy ra sau 24 giờ đến hết thời kỳ hậu sản
- Tỷ lệ 0.5 – 2 %
- Thường do sót nhau
- Điều trị:
 - Thuốc co hồi TC
 - Kháng sinh
 - Có thể nong và nạo

33

Kết luận

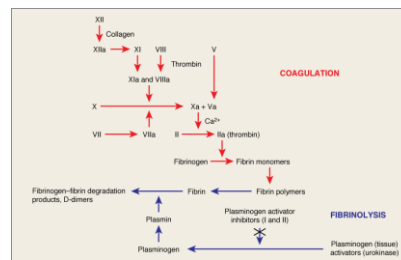
- BHSS là tai biến thường gặp, 80% do đờ TC
- Chẩn đoán sớm, xử trí kịp thời tránh tai biến và tử vong.
- Xử trí tùy thuộc lượng máu mất, tình trạng của thai phụ, nguyên nhân gây BH.
- Quyết định can thiệp phẫu thuật đúng lúc.

34

Tài liệu tham khảo

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2009 trang 105-109.
2. Sản phụ khoa (2007) tập 1. Nhà xuất bản Y học Tp. HCM, trang 359-365.
3. Allan J Jacobs, Management of postpartum hemorrhage at vaginal delivery. Upto Date 2012
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum hemorrhage. ACOG Practice Bulletin No. 76. Obstet Gynecol. 2006;108(4):1039-1047.
5. Allan J Jacobs, Overview of postpartum hemorrhage. Upto Date 2012
6. F .Gary Cunningham, Williams Obstetrics (2010) 23th ed, Mc GRAW –HILL, chapter 35.
7. G Justus Hofmeyr. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. Cochrane Library.
8. Younes N Bakri, Use of intrauterine balloon catheters for control of uterine hemorrhage. Upto Date 2012
9. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta.

35



Source: Cunningham FG, Leveno GJ, Bloom B, Hauth JY, Rouse D, Spong CY (2010) Williams Obstetrics, 23rd Edition. McGraw-Hill Education. Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

36

MỤC TIÊU

- Trình bày các yếu tố nguy cơ của BHSS.
- Phân loại BHSS
- Trình bày các bước điều trị BHSS.

37