BĂNG HUYẾT SAU SANH

I. ĐỊNH NGHĨA:

Băng huyết sau sanh (BHSS) là tình trạng mất máu ≥ 500ml máu sau sanh đường âm đạo,

Hoặc: ≥ 1000ml sau mổ lấy thai

Băng huyết sau sinh là một cấp cứu sản khoa, được phân loại:

- Băng huyết sau sinh sớm hay nguyên phát: xảy ra trong vòng 24 giờ đầu
- Băng huyết sau sinh muộn hay thứ phát: xảy ra từ 24 giờ đến 6 tuần sau sinh.

II. TRIỆU CHỨNG

2.1 Về mặt sinh lí, chảy máu sau sanh được kiểm soát:

- Sau khi bong nhau sự cầm máu được thực hiện nhờ sự co rút của các sợi cơ tử cung và cơ chế đông máu bình thường. Tử cung sẽ co lại thành khối cứng gọi là khối cầu an toàn.

2.2 Nguyên nhân- Yếu tố nguy cơ:

4T	Nguyên nhân	Yếu tố nguy cơ
Đờ TC (Tone)	Tử cung căng quá mức Chuyển dạ kéo dài U xơ tử cung Lộn lòng tử cung Nhiễm trùng hoặc do dùng thuốc tăng co kéo dài	Sử dụng oxytocin kéo dài Đa sản (≤ 5 lần mang thai) Nhiễm trùng ối Giảm đau sản khoa Song thai hoặc đa thai Đa ối Con to Đa nhân xơ tử cung Kéo dây rốn quá mức Dây rôn ngắn Nhau bám đáy tử cung
Tổn thương đường sinh dục (Trauma)	Cắt TSM Tổn thương âm đạo Rách cổ tử cung Vỡ TC	Sanh giúp Sanh nhanh

Sót mô (Tissue)	Sót nhau Nhau cài răng lược Nhau không bong	Có bánh nhau phụ Tiền căn mổ lấy thai Số nhau bất toàn
Bất thường đông máu (Thrombin)	Bệnh lý đông cầm máu bẩm sinh hoặc mắc phải (TSG, hội chứng HELLP) Nhau bong non Thai chết lưu Nhiễm trùng nặng, thuyên tắc ối) Đang điều trị kháng đông	Mảng bầm/chấm xuất huyết Nhau bong non Sốt/nhiễm trùng huyết Đang điều trị bệnh lý huyết khối

III. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Triệu chứng lâm sàng:

- Toàn thân: có thể có tình trạng thiếu máu cấp tùy theo lượng máu mất cũng như tình trạng thiếu máu trước đó.

Bảng ước lượng mức độ mất máu:

Độ	V máu mất(ml)	Shock index	Huyết áp	Mạch	Hô hấp	Ý thức
I	500 - 1000 (10-15%)	0.6-0.9	Bình thường	<100	Bình thường	Bình thường
II	1000 - 1500 (15-25%)	1	Giảm ít	>100	Nhịp thở tăng	Lo lắng
III	1500- 2000 (25-35%)	1.5	HATT< 90	>120	Khó thở	Vật vã, tiểu ít

IV	2000 - 3000 (35-45%)		HATT<70	>120	Suy hô hấp nặng	Lơ mơ, hôn mê

- Sản khoa: tùy theo nguyên nhân mà có các triệu chứng thực thế khác nhau

Triệu chứng chính	Nguyên nhân
Tử cung mềm nhão, không gò	Đờ tử cung
Chảy máu nhiều hoặc choáng ngay sau sanh, tử cung gò tốt	Tổn thương đường sinh dục dưới
	Vỡ tử cung (hoàn toàn hoặc dưới phúc mạc)
Không sờ thấy đáy tử cung (trên bụng) hoặc nhìn thấy đáy tử cung thò ra đường âm đạo	Lộn tử cung
Chảy máu khi không có những triệu chứng trên hoặc xuất hiện trong quá trình chảy máu	Rối loạn đông máu

3.2 Cận lâm sàng:

- Các xét nghiệm:
  - TPTTBM ngoại vi để đánh giá tình trạng mất máu
  - Chức năng đông máu đánh giá tình trạng rối loạn đông máu
  - Nhóm máu để truyền máu
  - Các xét nghiệm khác: tùy tình trạng bệnh nhân

IV. XỬ TRÍ CHUNG:

4.1 Nguyên tắc

- Hồi sức cấp cứu nội khoa song song với xử trí sản khoa
- Tìm nguyên nhân sản khoa và xử trí theo nguyên nhân
- Nếu 1 biện pháp can thiệp không hiệu quả phải lập tức thực hiện biện pháp tiếp theo

C R M I A

+C (Communicated): gọi hỗ trợ của đồng nghiệp, gọi hỏi bệnh nhân và giao tiếp với người nhà

+R (Rescuscitate): hồi sức theo các bước CAB

+M (Monitor): theo dõi các thông số: M, huyết áp, tần số thở, tri giác, nước tiểu, lượng máu mất, tốc độ mất máu...

+I (Investigated): đánh giá các thông số trên

+A (Arrest): làm ngưng việc chảy máu bằng thuốc, thực hiện các thủ thuật, phẫu thuật cần thiết.

4.2 Hồi sức nội khoa tích cực

- Nguyên tắc:
  - CAB: C (circulation, compressions) - A (airway) - B (breathing)
  - **Tính chỉ số Shock index (SI)** = Mạch / Huyết áp tâm thu

  Giá trị bình thường: 0.5 - 0.8

  Nếu SI ≥ 1 bệnh nhân có thể đi vào shock, hành động ngay lập tức

- Sản phụ nằm đầu thấp, thở oxy; lập 2 đường truyền TM lớn bù dịch điện giải đẳng trương, lưu ý Glucose 5% không dùng để hồi sức. Mắc monitor theo dõi sinh hiệu; đánh giá lượng máu mất qua túi.

Dịch truyền	Tỉ lệ hồi phục thể tích	Lưu ý
NaCl 0.9%	1/4	Ưu thế hơn LR do không có nguy cơ gây toan chuyển hóa và tăng Kali máu
Acetate Ringer	1/4	Tác dụng tương đương NS trên huyết động và chuyên hóa Oxy

Cao phân tử 6%	1,2 - 1,4 /1	Dùng tạm khi HA tụt, có chi định truyền máu nhưng chưa có máu
Máu và các chế phẩm của máu	1/1	Truyền máu khi: - Mất máu >25% (1500ml), tối thiểu 2 đơn vị hồng cầu đậm đặc, nếu phải truyền hơn 4 đơn vị hồng cầu đậm đặc thì truyền theo quy tắc 2 HCĐĐ : 1 HTTĐL : 1 KTL - Cân nhắc truyền máu trong trường hợp thay đổi huyết động, hoặc máu vẫn tiếp tục chảy Truyền tiểu cầu : khi <50k /mm3

4.3 Xác định nguyên nhân 4T (lưu đồ đính kèm)

4.3.1 Xử trí đờ tử cung

-Dùng thuốc co hồi tử cung

	Liều dùng	**Duy trì**	**Liều tối đa**	**Thận trọng/ Chống chỉ định**
Oxytocin	20 Ul pha 500ml Lactated Ringer hoặc NaCl 0,9% TTM 60 giọt/phút 10 UI tiêm bắp	10 UI pha 500ml dd đăng trương TTM 40 giọt/phút	40 UI Không quá 3 lít dịch chứa Oxytocin	Không tiêm mạch nhanh vì gây tụt HA

Ergometrine	TB 0.2 mg	Lặp lại mỗi 15 phút Hoặc TB mỗi 4 gi0	5 liều (tổng cộng 1mg)	Tiền sản giật Cao HA Bệnh lý tim Xơ cứng bi Hội chứng Raynauld
Misoprostol (PG E1)	600mcg ngậm dưới lưỡi hoặc nhét hậu môn.	Không khuyến cáo lặp lại	Không quá 600 -800 mcg	Dùng được cho BN cao HA và Hen Tác dụng phụ:sốt
Carboprost (15-methyl PG Fza)	0,25mg TB hoặc tiêm cơ tử cung	0,25 mg lặp lại mỗi 15-90 phút	8 liều (tổng cộng 2mg)	Không tiêm mạch nhanh Có thể dùng khi HA cao CCĐ: Hen
Tranexamic acid	1g TM chậm	Lặp lại 1g sau 30 phút		

Khuyến cáo của WHO:
- Các thủ thuật: xoa đáy TC liên tục, ép tử cung bằng 2 tay, chèn động mạch chủ bụng bện ngoài, chèn buồng tử cung bằng sonde Foley, bóng đơn hoặc bóng đôi sau khi thất bại với thuốc co hồi tử cung.
- Thuyên tắc mạch ĐM tử cung (Uterine Artery Embolization) khi thất bại với các biện pháp ít xâm lấn mà huyết động vẫn còn ổn định, tỷ lệ thành công trung bình 89%. *(Khuyến cáo mức độ yếu, bằng chứng mức độ rất thấp)*
- Mở bụng thực hiện thắt các mạch máu (ĐM tử cung, ĐM tử cung - BT, ĐM hạ vị):
Thắt động mạch tử cung thành công 96%. Thắt ĐM hạ vị (sau khi thắt ĐM tử cung,
B-Lynch không hiệu quả) tỷ lệ thành công khoảng 75-77%.
- May thắt TC để cầm máu (B-Lynch) hiệu quả tương đương bóng chèn tử cung với tỷ lệ thành công khoảng 80%
- Cắt TC: khi tất cả biện pháp bảo tồn thất bại.

V. HẬU QUẢ VÀ BIẾN CHỨNG

5.1 Tử vong mẹ: là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ sau sinh.

5.2 Tổn thương tạng: bàng quang, niệu quản, ruột, bó mạch hạ vị và vùng chậu khi xử trí.

5.3 Phải cắt TC: Do thất bại với các điều trị bảo tồn

5.4 Hội chứng Sheehan: Là hoại tử một phần hoặc toàn bộ thùy trước tuyến yên gây suy tuyến yên, biểu hiện bằng dấu hiệu vô kinh, rụng lông, rụng tóc, suy tuyến giáp, suy tuyến thượng thận, mất sữa.

5.5 Biến chứng khác: Sự mất máu nhiều gây ảnh hưởng tới sức khỏe và tinh thần của sản phụ: suy gan, suy thận, suy đa tạng, rối loạn đông máu và dễ nhiễm khuẩn hậu sản. Bên cạnh đó việc truyền máu làm tăng các nguy cơ và biến chứng của truyền máu.

VI. DỰ PHÒNG

- Xác định nguy cơ:
    - "Đa số" sản phụ được biết nguy cơ BHSS chỉ có 1 số ít bị BHSS (ngoại trừ nhau, bất thường) và "nhiều" trường hợp không có yếu tố nguy cơ BHSS lại bị BHSS.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 vẫn là thực hành tốt nhất hiện nay
    - Sử dụng thuốc co hồi tử cung là thành tố thiết yếu nhất.
    - Giảm thời gian giai đoạn 3 chuyển dạ và nguy cơ BHSS.
    - Oxytocin là thuốc đầu tay được lựa chọn.
    - Nếu không có sẵn oxytocin thì nên sử dụng ergometrin hoặc misoprostol.
- Theo dõi sát sản phụ 06 giờ đầu sau sanh, đặc biệt là trong 02 giờ đầu để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu.
- Những trường hợp có nguy cơ cao BHSS có thể sử dụng sớm Carbetocin 100mcg 01 ống pha loãng TMC liều duy nhất.