

CẬP NHẬT BẢNG HUYẾT SAU SINH

Nguyễn Gia Định

Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế;

Bệnh viện tỉnh Kon Tum

Tóm tắt

Hầu hết các tử vong mẹ do băng huyết sau sinh (BHSS) xảy ra tại các nước có thu nhập thấp ở các bối cảnh (bệnh viện và cộng đồng) không có người đỡ đẻ hoặc người đỡ đẻ thiếu các kỹ năng hoặc trang thiết bị cần thiết để dự phòng và xử trí BHSS và choáng. Tại bệnh viện, người thầy thuốc cần phải dự đoán và dự phòng BHSS, tìm các yếu tố nguy cơ BHSS và tìm cách giảm nguy cơ đến mức thấp nhất. Việc điều trị BHSS thành công cần nhắm đến hai thành tố chính một cách hệ thống và đồng thời (1) Hồi sức và xử trí chảy máu sản khoa và sốc giảm thể tích; (2) Xác định và xử trí các nguyên nhân cơ bản của chảy máu (điều trị theo mục tiêu). Băng huyết sau sinh là một biến cố có tiềm năng đe dọa tính mạng. Ngay từ đầu, người thầy thuốc có các cơ hội sớm để đánh giá nguy cơ, dự đoán, dự phòng, lên kế hoạch xử trí kịp thời cho một BHSS và có thể giúp cải thiện dự hậu cho bệnh nhân.

Từ khóa: Băng huyết sau sinh

Summary

POSTPARTUM HEMORRHAGE - PREVENTION AND MANAGEMENT

Nguyen Gia Dinh

Hue University of Medicine and Pharmacy - Hue University;

Kon Tum Hospital

Most maternal deaths due to postpartum hemorrhage (PPH) occur in low-income countries in settings (both hospital and community) where there are no birth attendants or where birth attendants lack the necessary skills or equipment to prevent and manage PPH and shock. In hospital, obstetricians should try to perform the prediction and prevention of PPH, finding the risk factors for developing PPH and how can they be minimised. The treatment of patients with PPH has two major components: (1) Resuscitation and management of obstetric hemorrhage and, possibly, hypovolemic shock and (2) Identification and management of the underlying cause(s) of the hemorrhage. Successful management of PPH requires that both components be simultaneously and systematically addressed. PPH is a potential life-threatening event. Right from the start, obstetricians have early opportunities to assess risk, anticipate, prevent, plan in advance of a PPH, and can help to improve patients outcomes

Key words: *postpartum hemorrhage (PPH)*

1. ĐẠI CƯƠNG

Trên thế giới, khoảng 30% (ở một số nước, trên 50%) tử vong mẹ là do chảy máu, phần lớn trong giai đoạn sau sinh. Việc dự phòng và điều trị băng huyết sau sinh (BHSS) đòi hỏi phải có sự kết hợp các phương pháp mở rộng tiếp cận việc chăm sóc có kỹ năng và những can thiệp cứu sống tính mạng, cùng với chuỗi chăm sóc liên tục từ cộng đồng đến bệnh viện.

Tỷ lệ BHSS là 1/5 các ca sinh, tỷ lệ này phụ thuộc vào định nghĩa BHSS.

2. DỰ ĐOÁN VÀ DỰ PHÒNG BĂNG HUYẾT SAU SINH

2.1. Tìm các yếu tố nguy cơ BHSS và tìm cách giảm nguy cơ đến mức thấp nhất

- Các yếu tố nguy cơ của BHSS có thể hiện diện trước sinh hoặc trong khi sinh; phải có kế hoạch chăm sóc khi có các yếu tố nguy cơ xuất hiện; tư vấn cho sản phụ về nơi sinh.

- Sản phụ có các yếu tố nguy cơ đã biết về BHSS cần phải sinh ở bệnh viện có ngân hàng máu tại chỗ.

Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Gia Định, email: bsdinhbvkt@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/10/2017; Ngày đồng ý đăng: 10/11/2017; Ngày xuất bản: 16/11/2017

DOI: 10.34071/jmp.2017.5.3

[5], [18]

HỢP 2.1.1. Đánh giá nguy cơ tiền sản

- Nghi ngờ nhau tiền đạo, cài răng lược, trong cơ, xuyên cơ
- BMI >50 trước khi có thai
- Rối loạn chảy máu đáng kể về mặt lâm sàng
- Nguy cơ nội khoa/ngoại khoa nghiêm trọng khác.

Chuyển bệnh nhân đến tuyến bệnh viện phù hợp để sinh [6].

HỢP 2.1.2. Đánh giá nguy cơ trước sinh: Ấn định thời điểm sinh

- Nhau cài răng lược: cho sinh từ tuần 34 0/7 - 35 6/7
- Nhau tiền đạo: cho sinh từ tuần 36 0/7 - 37 6/7
- Tiền căn mổ lấy thai: cho sinh từ tuần 36 0/7 - 37 6/7
- Tiền căn mổ bóc u xơ: cho sinh từ tuần 37 0/7 - 38 6/7
- +Nếu mở rộng: cho sinh từ tuần 36 - 37 tuần. [6]

HỢP 2.1.3. Đánh giá nguy cơ: khi nhập khoa sản và phòng sinh

- Nguy cơ trung bình
- +Tiền căn mổ lấy thai, mổ tử cung, hoặc nhiều lần mở bụng
- +Đa thai
- +Sinh con >4 lần
- +Tiền căn chảy máu sản khoa
- +Nhiều u xơ
- +Cân nặng thai >4000 g
- +Béo phì (BMI >40)
- +Hematocrite <30% và nguy cơ khác.

Khi có nguy cơ trung bình, cần phân nhóm máu và sàng lọc, xem lại phác đồ.

- Nguy cơ cao
- +Nhau tiền đạo/bám thấp
- +Nghi ngờ nhau cài răng lược/nhau tiền đạo
- +Tiểu cầu < 70.000
- +Đang chảy máu tích cực (active bleeding)
- +Rối loạn đông máu đã biết
- +Có ≥ 2 yếu tố nguy cơ trung bình

Khi có nguy cơ cao, cần phân nhóm máu và làm phản ứng chéo, xem lại phác đồ. [5]

HỢP 2.1.4. Đánh giá nguy cơ trong chuyển dạ

- Nguy cơ trung bình
- +Nhiễm khuẩn ối
- +Sử dụng Oxytocin kéo dài >24 giờ
- +Giai đoạn 2 chuyển dạ kéo dài
- +Sử dụng Magnesium sulfate.

Khi có nguy cơ trung bình, cần phân nhóm máu và sàng lọc, xem lại phác đồ. [6]

- Nguy cơ cao
- +Mới chảy máu tích cực (new active bleeding)
- +Có ≥2 yếu tố nguy cơ trung bình (khi nhập khoa và/hoặc trong chuyển dạ)

Khi có nguy cơ cao, cần phân nhóm máu và làm phản ứng chéo, xem lại phác đồ. [6]

HỢP 2.1.5. Đánh giá nguy cơ: Xử trí nhau cài răng lược

- Bệnh nhân có tiền căn mổ lấy thai một hoặc nhiều lần, phải tìm vị trí bánh nhau trước khi lên kế hoạch cho sinh (mổ lấy thai theo chương trình).
- Bệnh nhân có nguy cơ cao nhau cài răng lược phải được:

+Thu thập hình ảnh chính xác để đánh giá nguy cơ trước khi cho sinh;

+Phải chuyển bệnh nhân đến tuyến bệnh viện phù hợp để sinh nếu nghi ngờ nhau cài răng lược. [6]

2.2. Giảm nguy cơ đến mức thấp nhất - Điều trị thiếu máu trước sinh

- Thiếu máu trước sinh phải được phát hiện và điều trị, vì điều này có thể làm giảm bệnh tật đi kèm với BHSS. Khuyến cáo rằng, phải xem xét liệu pháp sắt truyền tĩnh mạch trước khi sinh cho những phụ nữ bị thiếu máu do thiếu sắt mà không đáp ứng với sắt uống. Một nghiên cứu dựa trên dân số đã cho thấy sự đi kèm giữa thiếu máu trước sinh (Hb <90 g/l) và lượng máu mất nhiều hơn lúc sinh và sau sinh. [21]

2.3. Giảm nguy cơ đến mức thấp nhất - Làm giảm lượng máu mất lúc sinh

Xoa đáy tử cung không có ích trong dự phòng BHSS [24]. Cần cho thường quy các thuốc co hồi tử cung dự phòng trong việc xử trí tích cực giai đoạn ba chuyển dạ ở mọi phụ nữ vì chúng làm giảm nguy cơ BHSS [13].

- Carbetocin 100mcg 1 ống tĩnh mạch chậm, chỉ 1 liều duy nhất (khuyến cáo sử dụng dự phòng trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS [2], [4].

3. ĐIỀU TRỊ BẰNG HUYẾT SAU SINH

Việc điều trị BHSS có hai thành tố chính, phải đánh giá và xử trí một cách hệ thống và đồng thời: (1) Hồi sức và xử trí chảy máu sản khoa và có thể cả sốc giảm thể tích; (2) Xác định và xử trí các nguyên

nhân nền của chảy máu[15], [21].

3.1. Hồi sức và xử trí chảy máu sản khoa và có thể cả sốc giảm thể tích: Bằng truyền dịch, truyền máu

3.1.1. Truyền dịch

Thay thế dịch là thành phần quan trọng của xử trí BHSS, mặc dù rối loạn đông máu do pha loãng có thể xảy ra khi sử dụng các thể tích lớn của dịch tinh thể, dịch keo hoặc hồng cầu cùng với sự truyền huyết tương tươi đông lạnh (FFP) và tiểu cầu không hiệu quả. Theo truyền thống, thể tích tổng cộng 3,5 lít (2 lít dịch tinh thể đẳng trương ấm truyền càng nhanh càng tốt, tiếp theo là 1,5 lít dịch keo nếu máu vẫn chưa có sẵn) phải là lượng tối đa được truyền trong khi chờ hồng cầu khối tương hợp (Bảng 1).

Trong khi vẫn còn sự tranh cãi xem dịch nào phù hợp nhất để hồi sức thể tích, bản chất của dịch được truyền thì ít quan trọng bằng việc cho truyền nhanh và làm ấm dịch truyền. Cần giữ ấm người phụ nữ bằng cách sử dụng các biện pháp phù hợp để ngừa hạ thân nhiệt, có thể làm nặng thêm tình trạng nhiễm toan. Không có các RCTs so sánh việc sử dụng dịch keo với các dịch thay thế khác để hồi sức cho người phụ nữ bị BHSS. Hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) khuyến cáo rằng nên sử dụng các dịch tinh thể đẳng trương hơn là các dịch keo để thay thế dịch trong BHSS. Một tổng quan Cochrane đã so sánh dịch keo với dịch tinh thể trong việc hồi sức dịch cho những bệnh nhân không có thai mắc bệnh trầm trọng (những bệnh nhân bị bỏng, chấn thương hoặc sau phẫu thuật).

Tổng quan này kết luận rằng, việc hồi sức với dịch keo đã không đi kèm với việc cải thiện sống sót và việc sử dụng hydroxyethyl starch, một dịch keo đặc biệt,

có thể làm tăng tỷ lệ tử vong. [18]

3.1.2. Truyền máu

Không có các tiêu chuẩn chắc chắn nào để bắt đầu cho truyền máu, quyết định truyền máu phải dựa trên cả lâm sàng và các đánh giá huyết học (kết quả xét nghiệm (Bảng 1)). Trong lúc việc truyền máu luôn được yêu cầu khi Hb < 60 g/l và hiếm khi được yêu cầu khi Hb > 100 g/l, thì các bệnh nhân bị chảy máu cấp có thể có Hb bình thường. Vì vậy, việc đánh giá lâm sàng trong tình huống này là cực kỳ quan trọng. Trong khi các đánh giá về Hb hoặc hematocrite đơn độc có thể bị sai lầm và có thể dẫn đến sự chậm trễ trong việc bắt đầu truyền máu, thì việc làm xét nghiệm hàng loạt Hb/hematocrite có thể có ích cho việc theo dõi diễn tiến đang xảy ra [18].

Trụ cột của việc hồi sức trong BHSS là bù trừ thể tích máu và khả năng vận chuyển oxygen. Phải thực hiện việc thay thế thể tích dựa trên cơ sở là lượng máu mất thường bị ước tính dưới mức. Máu tương hợp (được cung cấp dưới dạng hồng cầu khối) nhằm thay thế lượng hồng cầu bị mất phải được truyền càng sớm càng tốt, nếu cần. Việc truyền máu dựa chủ yếu vào lâm sàng và không nên để mất thời gian cho việc chờ kết quả xét nghiệm. Hướng dẫn của "British Committee for Standards in Haematology" tóm tắt các mục tiêu điều trị chính của việc xử trí BHSS lượng lớn là duy trì:

- Hb >80 g/l
- Tiểu cầu > 50 x 10⁹/l
- Prothrombin time (PT) < 1,5 chứng
- Activated partial thromboplastin time (APTT) < 1,5 chứng
- Fibrinogen > 2 g/l. [21]

Bảng 1. Liệu pháp truyền dịch và truyền sản phẩm máu

Dịch tinh thể	Truyền đến 2 lít dịch tinh thể đẳng trương
Dịch keo	Truyền đến 1,5 lít dịch keo đến khi có máu
Máu	Nếu có chỉ định truyền máu ngay, cho các đơn vị hồng cầu khối nhóm O, rhesus D (RhD)-âm, K-âm. Chuyển sang hồng cầu khối cùng nhóm càng sớm càng tốt (khi khả thi)
Huyết tương tươi đông lạnh (FFP)	Việc cho FFP phải được hướng dẫn bởi test đông máu* và liệu việc chảy máu có đang tiếp tục hay không: -Nếu prothrombin time (PT) hoặc activated partial thromboplastin time (APTT) kéo dài và chảy máu đang tiếp diễn, cho 12 - 15 ml/kg FFP. -Nếu chảy máu vẫn tiếp tục sau khi cho 4 đơn vị hồng cầu khối (RBCs) và các test đông máu chưa có kết quả (chưa có sẵn), cho 4 đơn vị FFP.
Tiểu cầu	Cho 1 túi tiểu cầu nếu chảy máu đang tiếp diễn và lượng tiểu cầu < 75 x 10 ⁹ /l.
Cryoprecipitate (Kết tủa lạnh)	Cho 2 túi cryoprecipitate nếu chảy máu đang tiếp diễn và fibrinogen < 2 g/l.

*test đông máu: haemostatic test

3.2. Xác định và xử trí các nguyên nhân nền của chảy máu (xử trí theo mục tiêu).

Để nhớ các nguyên nhân của BHSS, nhiều tài liệu đã gợi ý mẹo nhớ là 4 chữ T: trương lực, tổn thương, tổ chức, thrombin (the 4 "T"s: tone, trauma, tissue, thrombin) [4], [13], [15], [20], [22]. Ngoài ra, còn có nguyên nhân của BHSS sớm là tử cung lộn lộn hay còn gọi là "traction" [15] tuy hiếm gặp.

3.2.1. Trương lực (Đờ tử cung): Do nguyên nhân thường gặp nhất của BHSS là đờ tử cung chiếm 70 - 80% [22], phải làm rỗng bàng quang và làm sạch lòng tử cung, lấy hết nhau sót và máu cục. Dấu hiệu tử cung mềm, go kém ("nhão") gợi ý đờ tử cung là yếu tố nguyên nhân. Ép hoặc xoa sừng tử cung có thể làm giảm chảy máu, tổng xuất máu và máu cục, và cho phép có thời gian để vận dụng các biện pháp khác. [3], [7]. Đờ tử cung có thể dẫn đến choáng nếu không xử trí kịp thời [4]. Nếu chảy máu dai dẳng, phải xem xét các nguyên nhân khác ngoài đờ tử cung. Ngay cả nếu như đờ tử cung hiện diện, vẫn có thể có các yếu tố khác góp phần. [1], [6] Người đỡ đẻ phải loại trừ việc sót những mảnh nhau (kiểm tra bánh nhau lần nữa), các vết rách âm đạo và cổ tử cung, vỡ tử cung, lộn lộn tử cung, và các rối loạn đông máu (xét nghiệm đông máu tại giường) [6], [8].

Khi đờ tử cung được công nhận là nguyên nhân BHSS, việc xử trí cần liên quan đến các biện pháp cơ học và thuốc nhằm kích thích co cơ tử cung, như sau:

- + Xoa đáy tử cung để kích thích các cơn co.
- + Bảo đảm rằng bàng quang rỗng (đặt sonde Foley tại chỗ).
- + Soát lòng tử cung để loại trừ sót nhau và máu cục. [1], [2], [18]
- + Oxytocin 5 đơn vị pha loãng tiêm tĩnh mạch chậm (có thể lặp lại liều). [18]
- + Ergometrine 0,2 mg tiêm bắp (chống chỉ định ở phụ nữ bị tăng huyết áp). [18], [21]
- + Oxytocin truyền (40 đơn vị trong 500 ml dịch tinh thể đẳng trương, tốc độ 125 ml/giờ) trừ phi việc hạn chế dịch là cần thiết. [18]
- + Carboprost 0,25 mg tiêm bắp, lặp lại ở những khoảng thời gian ≥ 15 phút, tối đa là tám liều (sử dụng thận trọng ở phụ nữ bị hen suyễn). [6], [18]
- + Misoprostol 600 microgam uống, hoặc 800 microgam ngâm dưới lưỡi, hoặc 800-1000 microgam đặt trực tràng. [5], [12], [18], [21]
- + Tranexamic acid: 1g (10 mg/ml) tiêm tĩnh mạch, tốc độ 1ml/phút. Theo ACOG 2017, Tranexamic acid cho trong vòng 3 giờ sau sinh đã cho thấy giảm tỷ lệ tử vong mẹ. Nếu chảy máu tiếp tục sau 30 phút, hoặc ngừng rồi chảy lại trong vòng 24 giờ sau liều đầu, có thể cho liều thứ hai 1 gam. Nên xem xét dùng

Tranexamic acid trong BHSS khi liệu pháp thuốc ban đầu thất bại [3], [4], [7], [15].

Không sử dụng Tranexamic acid ở phụ nữ có chống chỉ định rõ rệt với liệu pháp chống đông, kể cả với Tranexamic acid (ví dụ, biến cố thuyên tắc trong thai kỳ đã biết, có bệnh sử bệnh đông máu, cục máu đông trong mạch máu, hoặc dị ứng với Tranexamic acid). [25]

Dựa trên việc cải thiện dự hậu và không có các biến cố không mong muốn kể cả huyết khối thuyên tắc, ACOG 2017 đã cập nhật khuyến cáo về thực hành như sau: "Mặc dù tính phổ quát của thử nghiệm WOMAN (WOMAN trial) và mức độ hiệu quả ở Hoa Kỳ chưa rõ ràng, căn cứ vào việc giảm tỷ lệ tử vong, cần xem xét việc sử dụng tranexamic acid trong bối cảnh chảy máu sản khoa khi liệu pháp nội khoa ban đầu bị thất bại (level B evidence)" [4].

WHO 2017 khuyến cáo sử dụng Tranexamic acid cho mọi trường hợp BHSS, bất kể nguyên nhân là do tổn thương đường sinh dục hoặc do các nguyên nhân khác [25].

- Khi đờ tử cung là do hậu quả của liệu pháp giãn cơ, nghĩa là, các thuốc làm suy yếu calcium đi vào tế bào (magnesium sulfate, nifedipine), cần sử dụng Calcium gluconate. Một ống Calcium gluconate tiêm tĩnh mạch chậm, có thể cải thiện hiệu quả trương lực tử cung và cải thiện chảy máu do đờ tử cung [13]

- Các phương pháp can thiệp: Nếu vẫn chảy máu sau khi xoa đáy tử cung và cho các thuốc co hồi tử cung, xem xét các kỹ thuật có tiềm năng cứu sống tính mạng dưới đây:

- + Ép tử cung bằng hai tay (bên ngoài hoặc bên trong). [7], [12]
- + Ấn động mạch chủ bụng. [12]
- + Chèn bóng lòng tử cung, hoặc chèn gạc lòng tử cung. [6], [10], [17]
- + Mở bụng thám sát (xử trí tùy tình huống). [20]
- + Mở bụng để áp dụng các mũi khâu ép, bằng cách dùng kỹ thuật B-Lynch hoặc kỹ thuật Hayman hoặc kỹ thuật Cho. [5], [6], [7], [18]
- + Cột động mạch tử cung, cột thứ tự các mạch máu, cột động mạch hạ vị. [18]
- + Cắt tử cung bán phần/toàn phần. [12], [20], [21]
- + Chèn gạc vùng chậu. [7], [11]

Nếu gói gạc ép vùng chậu bị thất bại trong việc kiểm soát chảy máu, cần áp dụng các phương pháp khác như nội khoa, ngoại khoa, hoặc X- quang can thiệp để kiểm soát chảy máu. [9], [11]

3.2.2. Tổn thương (Các vết rách, hematoma và vỡ tử cung):

- **Các vết rách:** Đánh giá cẩn thận đường sinh dục dưới bằng mắt để loại trừ các vết rách. Cần phải đặt

bệnh nhân đứng tư thế, có người cộng sự phù hợp, đủ ánh sáng, dụng cụ phù hợp (ví dụ: van Simpson hoặc Heaney), và gây mê đầy đủ để nhận diện và khâu phục hồi đúng đắn các vết rách. Có thể cần phải chuyển bệnh nhân đến phòng mổ có trang bị đầy đủ để tiến hành khâu [1], [7].

- **Hematoma:** Các hematoma (khối máu tụ) đường sinh dục cũng có thể dẫn đến mất máu đáng kể. Khối máu tụ lớn dần là chỉ định phải rạch và dẫn lưu. Thường thì không xác định được nguồn chảy máu khi rạch khối máu tụ. Đặt dẫn lưu máu bên trong khối máu tụ (đôi khi đặt một dẫn lưu tại chỗ), khâu đường rạch, và nếu phù hợp, chèn gạc âm đạo là các biện pháp thường thành công để cầm máu. Một lựa chọn khác là làm thuyên tắc mạch để xử trí hematoma. Có thể không phát hiện được các hematoma đường sinh dục cho đến vài giờ sau sinh, và các hematoma đường sinh dục đôi lúc xảy ra khi không có sự hiện diện của các vết rách âm đạo hoặc tầng sinh môn. Các triệu chứng chủ yếu là căng tức vùng chậu hoặc trực tràng (cảm giác mót rặn) [6].

Nếu nghi ngờ có khối máu tụ lan rộng trong dây chằng rộng, có thể tiến hành chụp CT hoặc thực hiện thuyên tắc mạch. Nếu cần phải mở bụng để cầm máu, có thể khó khăn vì các mô bờ. [14]

- **Vỡ tử cung:**

Vỡ tử cung có thể xảy ra ở vị trí mổ lấy thai lần trước hoặc thủ thuật ngoại khoa liên quan đến vách tử cung do việc lôi kéo trong tử cung hoặc do chấn thương hoặc do các biến dạng bẩm sinh (sừng tử cung nhỏ), hoặc vỡ tử cung có thể xảy ra tự nhiên. Chuyển dạ bất thường, giúp sinh dụng cụ, và nhau cài răng lược có thể dẫn đến vỡ tử cung.

Vỡ tử cung đòi hỏi phải khâu phục hồi, với phương pháp cụ thể để phục hồi tử cung, nếu có thể. Việc điều trị tùy thuộc vào mức độ và vị trí của vỡ tử cung, tình trạng lâm sàng hiện tại của bệnh nhân, và nguyện vọng có con. Vỡ tử cung của một sẹo mổ lấy thai lần trước thường có thể được xử trí bằng việc sửa lại các mép của đường rạch lần trước, sau đó khâu đóng lại. Bên cạnh việc đứt vỡ cơ tử cung, phải xem xét các cấu trúc lân cận như dây chằng rộng, các mạch máu chu cung, niệu quản, và bàng quang.

Việc cắt tử cung có thể là cần thiết trong tình huống đe dọa tính mạng, bất kể nguyện vọng của bệnh nhân về việc tránh cắt tử cung. [1], [6]

3.2.3. Tổ chức (Sốt nhau, nhau cài răng lược, máu cục):

- **Sốt nhau:** Phải xem xét khả năng còn sót nhau trong lòng tử cung. Siêu âm có thể giúp chẩn đoán sót nhau. Tổ chức nhau sót không xảy ra khi siêu âm cho thấy vạch nội mạc bình thường. Mặc dù các hình

ảnh siêu âm của tổ chức nhau sót mâu thuẫn nhau, việc dò tìm một khối cản âm trong tử cung thì có tính thuyết phục hơn. Phải siêu âm tìm sót nhau trước khi thực hiện việc can thiệp vào tử cung bằng dụng cụ. Sự tổng xuất tự nhiên của bánh nhau, cấu trúc bên ngoài toàn vẹn khi khám xét, và không có tiền căn phẫu thuật ở tử cung (gợi ý tăng nguy cơ nhau cài răng lược) làm cho ít có khả năng chẩn đoán sót nhau, tuy nhiên việc nạo buồng tử cung có thể xác định một thùy nhau phụ hoặc một tổ chức bánh nhau. Khi xác định có sót nhau, một dụng cụ cùn, lớn như thìa nạo banjo hoặc kẹp hình tim, dưới hướng dẫn của siêu âm, sẽ giúp lấy đi dễ hơn tổ chức nhau sót và giảm nguy cơ thủng tử cung [1], [6].

- **Nhau cài răng lược:**

+ Hai nguyên nhân thường gặp nhất cho cắt tử cung sau sinh là nhau cài răng lược và chờ tử cung. Các yếu tố nguy cơ cho nhau cài răng lược bao gồm nhau tiền đạo có hoặc không có tiền căn phẫu thuật ở tử cung, tiền căn bóc nhân xơ, tiền căn mổ lấy thai, hội chứng Asherman, u xơ dưới niêm mạc, và tuổi mẹ > 35 [1], [7].

+ Tiền căn mổ lấy thai và sự hiện diện của nhau tiền đạo ở thai kỳ hiện tại là các yếu tố nguy cơ đặc biệt quan trọng cho nhau cài răng lược.

+ Khi có sự hiện diện của nhau tiền đạo hoặc tiền căn mổ lấy thai, nhân viên y tế phải cảnh giác cao về mặt lâm sàng để tìm nhau cài răng lược và thực hiện các biện pháp phù hợp. Kỹ thuật siêu âm Doppler màu có thể là một công cụ bổ sung khi nghi ngờ nhau cài răng lược. Siêu âm là chìa khóa chẩn đoán với độ chính xác cao. Chụp cộng hưởng từ (MRI) bánh nhau khi có nghi ngờ về mức độ của xâm lấn hoặc mức độ lan rộng của bánh nhau. MRI cũng là công cụ duy nhất giúp chẩn đoán xâm lấn mô kế cận tử cung [16].

+ Phạm vi (vùng, độ sâu) của bánh nhau gắn dính bất thường sẽ chỉ ra cách đối phó (nạo, bóc tách mép, xử trí nội khoa hoặc cắt tử cung). Có thể lựa chọn bảo tồn tử cung trong những nhau cài răng lược nhỏ, khu trú, tuy nhiên cắt tử cung thường là điều trị triệt để nhất [7].

Đối với sản phụ không có xuất huyết trước sinh đến thời điểm hiện tại, thời gian chấm dứt thai kỳ được đề nghị như sau:

1. Trường hợp nhau xâm lấn hết lớp cơ tử cung và lan đến mô lân cận tử cung, khi đó thời gian chấm dứt thai kỳ quanh tuổi thai 34 tuần sau khi sử dụng corticosteroid hỗ trợ phổi thai nhi.

2. Trường hợp nhau chỉ xâm lấn 1 khu vực hay chỉ 1 phần cơ tử cung, mổ lấy thai chủ động ở quanh tuổi thai 37 tuần sau sử dụng corticosteroid [16].

Theo ACOG 2015, nhau cài răng lược cho sinh từ

tuần 30 0/7 - 35 6/7 [6].

Thời điểm phẫu thuật nên là đầu tuần. Vết rạch da phải là đường dọc giữa kéo dài lên trên về phía bên trái rốn để có thể rạch tử cung ở đáy bắt con an toàn. Sau khi bắt con ra, cắt ngắn dây rốn gần bánh nhau và khuyến cáo không chạm vào bánh nhau cho dù có kế hoạch cắt tử cung hay không. Một điểm lưu ý là không nên cố gắng lấy nhau trong trường hợp này, vì nếu lấy sẽ bắt đầu chảy máu và trầm trọng hơn trong vòng vài phút và tình huống sẽ trở nên ngoài tầm kiểm soát [16].

Nên thắt động mạch hạ vị (chậu trong) 2 bên để giảm máu đến tử cung. Nếu quyết định cắt tử cung, tất cả các nguồn lực cần thiết phải chuẩn bị sẵn có. Khâu cơ tử cung ở đáy để tránh chảy máu thêm. Kỹ thuật kiểm soát chảy máu chính xác nhờ bóng nội động mạch chậu. Loại kiểm soát mạch máu này giúp kiểm soát chảy máu hai động mạch tử cung và phân nhánh của nó (bàng quang và âm đạo; S1 và S2 nguồn cung cấp máu). Nếu quyết định thực hiện phẫu thuật bảo tồn và phục hồi cần phải có phẫu thuật viên có kinh nghiệm [16].

Trường hợp chẩn đoán nhau bám chặt trong tình huống cấp cứu không chuẩn bị, mục tiêu là mổ bắt con an toàn qua đáy tử cung và để lại bánh nhau tại chỗ. Điều quan trọng là chuyển rạch da đường dọc, và trước khi rạch cơ tử cung (ở đáy) cần gọi trợ giúp bác sĩ sản khoa và gây mê hồi sức có kinh nghiệm nhất. Sau phẫu thuật, bệnh nhân ổn định, vẫn cần theo dõi sát bệnh nhân ở đơn vị chăm sóc tích cực. Tại các trung tâm lớn, có 3 hướng xử trí tiếp theo: (1) chừa bánh nhau đến khi tự sổ hoặc hấp thu hoàn toàn; (2) cắt tử cung với nguồn lực đầy đủ xử trí các biến chứng; và (3) thực hiện phẫu thuật bảo tồn và phục hồi tử cung. [14]

-Máu cục: có thể xử trí bằng soát lòng tử cung [1], [3], [13].

3.2.4. Thrombin (Rối loạn đông máu): BHSS có thể gây ra do rối loạn đông máu, tuy ít gặp hơn. Phải nghi ngờ có các bất thường đông máu trên cơ sở bệnh sử của bệnh nhân hoặc gia đình hoặc trên cơ sở các tình huống lâm sàng. Hội chứng HELLP (tan máu, tăng men gan, giảm tiểu cầu), nhau bong non, thai chết lưu trong tử cung lâu ngày, tình trạng nhiễm khuẩn huyết, và tắc mạch ối đi kèm với các bất thường đông máu.

Việc chảy máu đáng kể từ bất kỳ nguyên nhân nào đều có thể dẫn đến việc tiêu thụ các yếu tố đông máu. Việc theo dõi tình trạng đông máu của sự mất máu gần đây có thể cung cấp thông tin quan trọng. Khi nghi ngờ rối loạn đông máu, phải ra y lệnh làm các test phù hợp, cùng với truyền các sản phẩm máu khi có chỉ định. Trong vài tình huống, chảy máu có

thể gây ra rối loạn đông máu hoặc duy trì rối loạn đông máu. Trong những trường hợp như vậy, có thể cần phải vừa phẫu thuật vừa đồng thời bù sản phẩm máu.

Phải ra y lệnh làm các xét nghiệm cơ bản khi nghi ngờ chảy máu quá mức, và phải lập lại định kỳ các xét nghiệm khi các tình huống lâm sàng đòi hỏi. Thầy thuốc phải nhớ rằng, các kết quả của một số xét nghiệm có thể bị sai lệch do sự cân bằng có thể không xảy ra. Ngoài ra, việc đối phó với chảy máu có thể là cần thiết trước khi biết được các kết quả xét nghiệm. Các xét nghiệm cơ bản bao gồm công thức máu hoàn toàn cùng với tiểu cầu, prothrombin time (PT) và aPTT (activated partial thromboplastin time), fibrinogen, phân loại nhóm máu và làm phản ứng chéo. Phải thông báo cho ngân hàng máu rằng, có thể cần phải truyền máu.

Test quan sát cục máu đông (clot observation test) cung cấp một biện pháp đơn giản về fibrinogen. Lấy 5 ml máu bệnh nhân đặt vào trong một ống sạch, có nắp màu đỏ và quan sát thường xuyên. Bình thường, máu sẽ đông trong vòng 8- 10 phút và sẽ vẫn còn nguyên vẹn. Nếu nồng độ fibrinogen thấp, < 150 mg/dl, máu trong ống sẽ không đông, hoặc nếu đông, nó sẽ bị tan một phần hoặc tan hoàn toàn trong 30 – 60 phút [7].

3.2.5. Tử cung lộn lộn

+ Tử cung lộn lộn là thân tử cung đi xuống đến cổ tử cung, và đôi lúc xuyên qua cổ tử cung, đi kèm với chảy máu đáng kể. Khi khám bằng hai tay, phát hiện một khối chắc ở bên dưới cổ tử cung hoặc gần cổ tử cung, đi đôi với việc xác định sự vắng mặt thân tử cung khi khám bụng, gợi ý lộn lộn tử cung [10], [16], [18].

+ Nếu lộn lộn tử cung xảy ra trước khi bong nhau, không được thực hiện việc bóc nhau hoặc lấy đi bánh nhau; việc này sẽ dẫn đến chảy máu thêm. [14], [16]

+ Điều trị lộn lộn tử cung: phục hồi thân tử cung bằng cách đặt lòng bàn tay dựa vào đáy tử cung (bây giờ đã bị lộn và phần thấp nhất ở cổ tử cung hoặc xuyên qua cổ tử cung), như là đang giữ một quả banh quần vợt (tenis ball), với các đầu ngón tay đưa sức ép hướng lên trên theo đường tròn (chu vi).

+ Nhằm trả lại giải phẫu bình thường, có thể cần phải làm giãn tử cung. Sử dụng terbutaline, magnesium sulfate, các thuốc gây mê toàn thân halogen, và nitroglycerin để làm giãn tử cung.

+ Việc phục hồi bằng tay có hoặc không có thuốc giãn cơ tử cung thường thành công.

+ Trong những tình huống hiếm gặp mà việc phục hồi này không làm được, cần phải mở bụng. Người ta đã báo cáo hai thủ thuật để hoàn trả thân

tử cung về lại khoang bụng.

- Thủ thuật Huntington liên quan đến việc lôi kéo trên thân tử cung bị lộn lên phía trên dần dần bằng cách sử dụng các kẹp Babcock hoặc Allis.

- Thủ thuật Haultain liên quan đến việc rạch dọc vòng nhắt cổ tử cung phía sau, cho phép các ngón tay phục hồi lại vị trí của thân tử cung bị lộn, sau đó là khâu phục hồi đường rạch. [6]

+ Trong vài trường hợp, tử cung có thể lộn trở lại, lúc đó, có thể cần phải đặt một bóng chèn lòng

tử cung [14], hoặc sử dụng các mũi khâu ép tử cung (B-Lynch) để ngăn ngừa sự lộn trở lại. [9]

4. KẾT LUẬN

Băng huyết sau sinh là một biến cố có tiềm năng đe dọa tính mạng. Ngay từ đầu, người thầy thuốc có các cơ hội sớm để đánh giá nguy cơ, dự đoán, dự phòng, lên kế hoạch xử trí kịp thời cho một BHSS và có thể giúp cải thiện dự hậu cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Điển, Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Trần Thị Lợi và cs. (2011), "Băng huyết sau sinh". Sản Phụ Khoa Tập 1, Nxb. Y Học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 359-369.

2. Cao Ngọc Thành, Nguyễn Vũ quốc Huy, Lê Minh Tâm, Trần Mạnh Linh (2012). "Vai trò Carbetocin trong điều trị dự phòng băng huyết sau sinh". Tạp chí Phụ Sản-10(3), 7-15, 2012, tr.7-15.

3. Phạm Văn Linh, Cao Ngọc Thành (2006), "Chảy máu sau sinh". Sản Phụ Khoa – Sách đào tạo bác sĩ đa khoa, Nxb. Y Học, Hà Nội, tr. 302-313.

4. Lê Quang Thanh (2015). "Băng huyết sau sinh". Phác đồ điều trị Sản-Phụ khoa. Nxb. Đại Học quốc gia TP Hồ Chí Minh, tr. 45-48.

Tiếng Anh

5. ACOG Updates Recommendations on Postpartum Hemorrhage - Medscape - Sep 25, 2017.

6. ACOG, 2015, "Maternal Safety Bundle for Obstetric Hemorrhage". Safe Motherhood Initiative; Revised November 2015.

7. ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol. Oct 2006;108(4):1039-47.

8. Arulkumaran Sabaratnam, Karoshi Mahantesh, G. Keith Louis, B. Lalonde André, B-Lynch Christopher (2012), "Postpartum Hemorrhage - Guidelines for Immediate Action" Editor-in-Chief: Professor Sir Sabaratnam Arulkumaran. A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage (An Essential Clinical Reference for Effective Management), 2nd Edition.

9. Beckmann Charles R. B et al. (2014), "Postpartum Hemorrhage". Obstetrics and Gynecology, Sixth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, pp. 139- 143. %).

10. Cunningham et al. (2014), "Obstetrical Hemorrhage". Williams Obstetrics, McGraw-Hill, 24th – edition, Ch.41; pp. 780-828.

11. Danso D và Reginald P. W. (2012), "Internal Uterine Tamponade". A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage, 2nd Edition, eds. Arulkumaran Sabaratnam, Mahantesh Karoshi, L.G. Keith, A.B. Lalonde & C. B-Lynch,

Sapiens Publishing, United Kingdom, pp. 377- 380.

12. Dildy III G. A. (2012). "The Pelvic Pressure Pack and the Uterovaginal Balloon System". A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage, 2nd Edition, eds. Arulkumaran Sabaratnam, Mahantesh Karoshi, L.G. Keith, A.B. Lalonde & C. B-Lynch, Sapiens Publishing, United Kingdom, pp. 458-461.

13. FIGO (2012), "FIGO GUIDELINES Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings". International Journal of Gynecology and Obstetrics 117 (2012) 108-118.

14. Foley Michael R. et al. (2011). "Postpartum Hemorrhage". In: Obstetric Intensive Care Manual. McGrawHill. Ch.3; pp. 27-37.

15. John R. Smith (2017), "Postpartum Hemorrhage". In: <http://emedicine.medscape.com/article/275038-overview> (Updated: Jul 21, 2017).

16. Karoshi M., Palacios-Jaraquemada J.M. & Keith L.G. (2012). "Managing the Ten Most Common Life-Threatening Scenarios Associated with Postpartum Hemorrhage". A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage 2nd, eds Arulkumaran Sabaratnam, Mahantesh Karoshi, L.G. Keith, A.B. Lalonde & C. B-Lynch, Sapiens Publishing, United Kingdom, pp. 3-18.

17. Larry Shields. (2010). "Uterotonic Agents Fact Sheet". Improving Health Care Response to Obstetric Hemorrhage. (California Maternal Quality Care Collaborative Toolkit to Transform Maternity Care) Developed under contract #08-85012 with the California Department of Public Health; Maternal, Child and Adolescent Health Division, eds. Lyndon A, Lagrew D, Shields L, Melsop J, Bingham B, Main E (Eds). Published by the California Maternal Quality Care Collaborative, July 2010, pp. 74- 75.

18. Leveno Kenneth J. (2013). "Hemorrhage Immediately Following Delivery". In: Williams Manual of Pregnancy Complications; International Edition. McGrawHill. Ch. 28; pp. 204-217.

19. Lohano R, Haq G, Kazi S, Sheikh S (2016). "Intrauterine balloon tamponade for the control of postpartum haemorrhage". J Pak Med Assoc. 2016

Jan;66(1):22-6.

20. Maam Yaa A B Yiadom (2016). "Postpartum Hemorrhage in Emergency Medicine. In: <http://emedicine.medscape.com/article/796785-overview> (Updated: Dec 16, 2016).

21. Mavrides E, Allard S, Chandrachan E, Collins P, Green L, Hunt BJ, Riris S, Thomson AJ on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. "Prevention and management of postpartum haemorrhage". BJOG 2016;124:e106-e149.

22. Postpartum Hemorrhage - Medications to Treat Uterine Atony. ALERTS ([https://obgproject.com/2017/03/29/postpartum-hemorrhage-medications-](https://obgproject.com/2017/03/29/postpartum-hemorrhage-medications-treat-uterine-atony/)

[treat-uterine-atony/](https://obgproject.com/2017/03/29/postpartum-hemorrhage-medications-treat-uterine-atony/)

23. Rathore A. et al. "Uterine tamponade using condom catheter balloon in the management of non-traumatic postpartum hemorrhage. J. Obste. Gynaecol. Res. Vol. 38, No. 9: 1162-1167, September 2012.

24. World Health Organization (WHO) (2012). "WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage".

25. World Health Organization (WHO). "Updated WHO recommendation on Tranexamic Acid for the Treatment of postpartum haemorrhage". Geneva, Switzerland: WHO; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. WHO/RHR/17.21.