**BỆNH ÁN HẬU SẢN**

**(BĂNG HUYẾT SAU SINH)**

**1. Hành chánh**

-Họ và tên : LÊ THỊ TRÚC LINH -Tuổi : 26

-Nghề nghiệp : nội trợ

-Địa chỉ : 1251 Bùi Hữu Nghĩa, Tổ 6, KV Bình Dương A, phường Long Tuyền, quận Bình Thủy, TP Cần Thơ

-Ngày vào viện : 11 giờ 35 phút ngày 31/03/2021

**2. Lý do vào viện** : Hậu sản sinh thường ngày 4 + ra huyết âm đạo

**3. Tiền sử**

***3.1.Bản thân***

-Nội khoa: chưa ghi nhận các bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, các bệnh lý rối loạn đông máu,... không đang sử dụng thuốc chống đông, chống kết tập tiểu cầu…

-Ngoại khoa : chưa ghi nhận các bệnh lý liên quan

-Phụ khoa:

* Kinh nguyệt :
* Bắt đầu hành kinh năm 15 tuổi
* Chu kì kinh không đều khoảng 28-35 ngày
* Số ngày hành kinh 3-5 ngày
* Lượng vừa, trung bình 2-3 miếng BVS/ngày
* Tính chất : đỏ sẫm, không đông, đau bụng ít khi hành kinh
* Bệnh lý phụ khoa : chưa ghi nhận bệnh lý phụ khoa trước đây
* Biện pháp tránh thai: không sử dụng

-Sản khoa:

* Lấy chồng năm 25 tuổi
* Kinh chót : không nhớ
* PARA : 0000
* Ngày dự sinh: 14/04/2021 ( theo siêu âm thai tuần 7, ngày 26/08/2020)

***3.2.Gia đình*** : chưa ghi nhận các bệnh lý liên quan

**4. Bệnh sử:**

Sản phụ mang thai con so, thai 37 tuần 3 ngày. Có khám thai định kì tại BVPS Cần Thơ. Được sàng lọc bất thường NST kết quả nguy cơ thấp, sàng lọc ĐTĐ thai kì, THA thai kì, nhiễm trùng cho kết quả bình thường. Bổ sung sắt, canxi, acid folic đầy đủ. Tiêm ngừa 2 mũi uốn ván vào tháng 4 và 5. Thai kì diễn tiến bình thường, sản phụ tăng cân khoảng 13kg kể từ lúc mang thai. Sản phụ đau trằn bụng dưới từng cơn và ra nhớt hồng âm đạo nên nhập viện BVPS Cần Thơ. Sau nhập viện 7 giờ sản phụ sinh thường (có cắt may tầng sinh môn) được 1 bé trai cân nặng 2900g.

Sản phụ nằm viện 3 ngày, tử cung co hồi dần, sản dịch màu đỏ sẫm màu nhạt dần, lượng ít dần, không hôi. Vết may tầng sinh môn giảm đau dần. Vú ngày 1-3 lên sữa ít, mẹ ít cho bé bú, cho bú thêm sữa công thức. Được xuất viện cuối ngày hậu sản 3.

Cùng ngày nhập viện (hậu sản ngày 4), sau khi ngủ dậy, sản phụ đột ngột cảm thấy chóng mặt. Người nhà khai thấy ra máu âm đạo đỏ sẫm, đóng cục, lượng khoảng 300ml nên đưa vào nhập viện tại BVPS Cần Thơ.

***\*Tình trạng lúc nhập viện***

* Bệnh tỉnh, tiếp xúc được.
* Da xanh, niêm nhạt
  + DHST : Mạch 103 l/p   HA 100/60 mmHg
  + Nhiệt độ 37 độC   Nhịp thở 20l/p
* Âm đạo ra huyết đỏ sẫm, đóng cục lượng # 100ml
* Vết may tầng sinh môn vị trí 7 giờ , kích thước # 2 cm, may trong da, lành tốt
* Khám mỏ vịt : âm đạo và CTC không rách, không trầy xước; máu đỏ sậm chảy ra từ lỗ trong CTC
* CTC : 2cm
* BCTC : 10cm

***\*Chẩn đoán lúc nhập viện:*** Băng huyết sau sinh muộn/Hậu sản sinh thường ngày 4/ Thiếu máu mức độ trung bình.

***\*Xử trí ban đầu:***

* Oxytocin 5UI    2 ống (TB)
* Oxytocin 5UI    4 ống pha Ringer lactat 500 ml 1 chai (TTM) XL giọt/phút
* Methylergometrine 0.2 mg    1 ống (TB)
* Transamin 250mg    2 ống ( TMC)
* Misoprostol 200mcg     3v (ngậm)

***\*Diễn tiến bệnh phòng***

* Ngày 1 : Sản phụ tỉnh, không đau bụng, còn ra huyết âm đạo đóng cục đỏ sẫm, lượng ít, còn chóng mặt nhiều, tiêu tiểu bình thường. Được dùng Ringer lactate 500ml 1 chai (TTM), Glucose 5% 1 chai (TTM), Misoprostol 200mcg (ngậm).
* Ngày 2: Sản phụ tỉnh, huyết âm đạo ra lượng ít (thấm một ít vào băng vệ sinh thay mỗi 4 giờ 1 lần khi đi tiểu), màu đỏ sẫm, ít máu cục nhỏ, giảm chóng mặt, không đau bụng, tiêu tiểu bình thường. Được dùng Ringer lactate 500ml 1 chai (TTM), Glucose 5% 1 chai (TTM), Misoprostol 200mcg (ngậm).

***\*Kết quả cận lâm sàng lúc nhập viện***

*+ Công thức máu:*

| Hồng cầu | 3.4x10^12/L |  | Glucose | 4.4 mmol/L |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tiểu cầu | 319x10^9/L |  | Ure | 4.8 mmol/L | |
| Hb | 9.2 g/dL |  | Creatinine | 52 mcmol/L | |
| Bạch cầu | 12.89x10^9/L |  | AST | 35 U/L | |
| Neutrophil | 78,6% |  | ALT | 30 U/L | |
| Lympho | 16,2% |  | Ca++ | 1 mmol/L | |
| Esinophil | 0.2% |  | Na | 139 mmol/L | |
| Basophil | 0,1% |  | K | 3.5 mmol/L | |
| MCV | 82.1 fL |  | Cl | 106 mmol/L | |
| MCHC | 33 g/L |  | MCH | 27.1 pg | |

=>Kết luận: Thiếu máu đẳng sắc, đẳng bào mức độ trung bình

Canxi ion hóa giảm, các chỉ số khác trong giới hạn bt

*+ Đông máu*

| PTs: 9.8 giây | APTTs: 20.8 giây | Fibrinogen: 4.31 g/L |
| --- | --- | --- |

=> Kết luận: các giá trị trong giới hạn bình thường

*+ Siêu âm đầu dò âm đạo - trực tràng*

* Tử cung: ngã trước, DAP: 69mm, cấu trúc cơ đều, lòng tử cung có lớp echo dày, d=15mm, không mạch máu
* Buồng trứng (P): không u
* Buồng trứng (T): không u
* Túi cùng sau: không dịch

Kết luận: Lớp echo dày lòng tử cung.

***\*Tình trạng hiện tại***: Sản phụ tỉnh, huyết âm đạo ra lượng ít, màu đỏ sẫm, ít máu cục nhỏ, giảm chóng mặt, không đau bụng.

**5. Khám lâm sàng:** 8 giờ ngày 01/04/2021 (Hậu sản ngày thứ 5)

***5.1. Khám tổng trạng:***

* Sản phụ tỉnh, tiếp xúc tốt
* Da niêm hồng nhợt, lông tóc móng không dễ gãy rụng
* DHST:

Huyết áp: 100/60 mmHg Nhiệt độ: 37 độ C

Mạch: 82 lần/ phút Nhịp thở: 20 lần/ phút

* Chiều cao 158 cm

Cân nặng 63 kg => BMI: 25.2  kg/m2

* Tuyến giáp không to, hạch ngoại vi sờ không chạm

***5.2. Khám tim mạch:***

* Lồng ngực cân đối, không ổ đập bất thường
* Mỏm tim nằm ở gian sườn V đường trung đòn trái
* Rung miu (-), Harzer (-)
* T1, T2 đều rõ, không âm thổi bệnh lý
* Mạch quay, mạch mu chân đều rõ, tần số 82 lần/ phút

***5.3. Khám hô hấp:***

* Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở
* Rung thanh đều 2 bên
* Gõ trong
* Rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường

***5.4. Khám vú:***

* Vú hai bên cân đối, đầu vú không nứt nẻ, không tấy đỏ, không tụt vào trong
* Hai vú căng, đã lên sữa, sữa chảy thông, không u cục.

***5.5. Khám bụng và chuyên khoa:***

* Bụng cân đối, không chướng căng, di động theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ, không sẹo mổ cũ.
* Bụng mềm
* Tử cung co hồi ngang rốn, mật độ chắc, đáy tử cung trên vệ khoảng 10cm, ấn đau ít
* Sản dịch lượng ít thấm băng, màu đỏ sậm, không hôi.
* Vết may tầng sinh môn, hướng 7 giờ, kích thước # 2cm, may trong da, khô, ấn đau nhẹ, tầng sinh môn không rách thêm, không tụ máu.
* Khám mỏ vịt

***5.6. Khám các cơ quan khác***: chưa ghi nhận bất thường.

***5.7. Khám bé:***

* Bé hồng, thở đều 40 lần/ phút, ngủ yên.
* Rốn khô, chân rốn không sưng đỏ, không chảy dịch mủ.
* Đi tiêu phân vàng sệt.
* Thóp phẳng
* Bụng mềm, di động đều theo nhịp thở
* Không ghi nhận dị tật ngoài
* Không khám được phản xạ nguyên phát do bé ngủ.

**6. Tóm tắt bệnh án:**

Sản phụ 26 tuổi, PARA 0000, vào viện vì hậu sản sinh thường ngày 4 + ra huyết âm đạo. Sản phụ sinh thường có cắt may tầng sinh môn được 1 bé trai nặng 2900 gram, bé khóc ngay sau sanh. Được xuất viện vào hậu sản ngày 3. Đến hậu sản ngày 4, sản phụ ra máu âm đạo đỏ sẫm, đóng cục, lượng khoảng 300ml . Hiện tại hậu sản ngày 5 ghi nhận:

* Sản phụ:
  + Tỉnh, sinh hiệu ổn
  + Bụng mềm, tiêu tiểu được
  + Tử cung co hồi trên vệ khoảng 10cm, mật độ chắc
  + Sản dịch lượng ít thấm băng, màu đỏ sậm, không hôi
  + Vết cắt may TSM  khô, không tụ máu.
  + Khám bằng mỏ vịt: thấy máu đỏ sẫm chảy từ lỗ trong CTC
  + Siêu âm đầu dò âm đạo - trực tràng:Lớp echo dày lòng tử cung, không mạch máu.
* Bé:
  + Bé hồng, sinh hiệu ổn
  + Thở đều, bú tốt
  + Rốn khô, tiêu phân vàng sệt

**7. Chẩn đoán**

Băng huyết sau sinh muộn nghĩ do sót nhau/

iện tại tạm ổn.

**8. Biện luận**

-Nghĩ băng huyết sau sinh muộn do sau sinh sản phụ ra máu âm đạo # 400ml, có ảnh hưởng đến tổng trạng : chóng mặt, mạch nhanh, da xanh, niêm nhợt. Xảy ra vào ngày hậu sản 4.

- Nghĩ do sót nhau vì khi khám mỏ vịt thì thấy máu đỏ sẩm chảy từ lỗ trong CTC, siêu âm thấy lòng tử cung có lớp echo dày, không mạch máu. Và đã loại trừ các nguyên nhân gây băng huyết khác, như đờ tử cung (tử cung co hồi tốt, trên vệ khoảng 10cm, mật độ chắc), chấn thương đường sinh dục (khám mỏ vịt : âm đạo và CTC không rách, không máu tụ, không trầy xước), rối loạn động máu (tiền sử sản phụ chưa mắc các bệnh lý và sử dụng thuốc gây rối loạn đông máu trước đây, và công thức máu không có gì bất thường về quá trình đông máu)

-Nghĩ hiện tại tạm ổn do hiện tại sản phụ tỉnh, sinh hiệu ổn, ra huyết âm đạo ít, màu đỏ sẫm, không chóng mặt.

**9. Xử trí**

* ***Hướng xử trí***
* Bù dịch
* Tăng co tử cung
* Theo dõi: tri giác, DHST, tình trạng bụng, tình trạng co hồi tử cung, tình trạng ra huyết âm đạo 2 lần mỗi ngày.
* Tư vấn cho mẹ: chế độ ăn uống, vệ sinh, vận động, cho bú, ngừa thai, chăm sóc sơ sinh, chủng ngừa.
* ***Cụ thể:***
* *Ringer lactat 500ml 1 chai (TTM) XL giọt/phút*
* *Oxytocin 5UI 4 ống pha Ringer lactat 500ml (TTM) XXX giọt/phút*
* *Misoprostol 200mcg 2 viên x 2 (ngậm)*

* **Tư vấn cho mẹ:**
* Tự theo dõi tình trạng ra huyết âm đạo, nếu có bất thường về màu sắc và số lượng nhiều hơn thì báo ngay cho bác sĩ.
* Nghỉ ngơi tại giường, phòng bệnh sạch sẽ yên tĩnh, tránh nằm lâu trên giường nên đi bộ nhẹ nhàng xung quanh khuôn viên bệnh viện.
* Ăn uống đủ chất, uống nhiều nước, bổ sung sắt, canxi qua đường uống.
* Ngủ đủ ít nhất 8 giờ/ngàyKhuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, hướng dẫn cách cho con bú, bảo quản sữa trong dụng cụ hợp vệ sinh, massage vú, rửa đầu vú bằng gạc mềm trước và sau khi bú.
* Biện pháp tránh thai: Không nên giao hợp trong thời gian hậu sản. Sau thời gian hậu sản, các biện pháp tránh thai có thể sử dụng: bao cao su, thuốc tránh thai progestin đơn thuần, đặt dụng cụ tử cung.

**10. Tiên lượng:**

* Gần: Hiện tại tạm ổn nhưng có thể vẫn còn nguy cơ xảy ra băng trong những ngày tiếp theo, cần theo dõi kỹ: sinh hiệu( tri giác, mạch, huyết áp), sự co hồi tử cung, tình trạng ra huyết âm đạo để kịp thời xử trí.
* Xa: Nguy cơ băng huyết sau sinh ở những thai kỳ sau.

**11. Dự phòng**

* Tuân thủ điều trị, theo dõi kĩ dấu hiệu sinh tồn, tình trạng mất máu qua đường âm đạo của sản phụ.
* Tránh quan hệ tình dục trong thời gian hậu sản vì nguy cơ nhiễm trùng và tổn thương đường sinh dục.
* Khuyến khích sản phụ cho con bú hoàn toàn trong 6 tháng đầu vì ngoài các lợi ích của sữa mẹ, động tác mút vú sẽ kích thích tuyến yên tiết oxytocin và prolactin giúp tử cung mẹ co thắt tốt hơn.
* Bổ sung dinh dưỡng đầy đủ, vận động và nghỉ ngơi hợp lý.
* Dự phòng ở thai kỳ sau: quản lý thai nghén tốt để phát hiện sớm các nguy cơ cao trong thai kỳ,thông báo cho bác sĩ phụ trách thai kỳ sau về tiền sử băng huyết sau sinh để có các biện pháp xử trí kịp thời.

**NHẬN XÉT BA:**

1. Do không trực tiếp hỏi bệnh nên tụi em không rõ bệnh nhân có được lấy nhau ra chưa?
2. Do không trực tiếp hỏi bệnh nên tụi em không hỏi cụ thể được lượng máu mất, số lượng băng bệnh nhân sử dụng.
3. Có cần khai thác phần nước tiểu để theo dõi tình trạng sốc không?
4. BA không có khai thác về diễn tiến cuộc sanh để vậy có cần khai thác thêm để xác định nguyên nhân và yếu tố nguy cơ không?
5. Có cần khám mỏ vịt lại cho BN không?
6. Điều trị oxytocin đến khi nào?
7. Có cần cho CLS để theo dõi tình trạng mất máu không và cải thiện không?
8. Nếu nguyên nhân do sót nhau gây BHSS vậy tại sao 3 ngày đầu hậu sản lại không diễn ra mà phải đợi tới ngày thứ 4?
9. Nếu nguyên nhân là sót nhau vậy ca này có cần cho Kháng Sinh không?