

## Sốc sản khoa trong chuyển dạ

Vương Thị Ngọc Lan<sup>1</sup>

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

<sup>1</sup> Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: [drilan@yahoo.com.vn](mailto:drilan@yahoo.com.vn)

### Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được định nghĩa và phân loại sốc
2. Trình bày được đặc điểm lâm sàng và phân độ sốc mất máu
3. Trình bày được đặc điểm lâm sàng của thuyên tắc ối
4. Trình bày được thái độ xử trí của sốc mất máu và thuyên tắc ối

Trong sản khoa, sốc giảm thể tích do mất máu và sốc do thuyên tắc mạch do thành phần của nước ối là phổ biến.

Sốc là tình trạng mất ổn định trong hoạt động của hệ tuần hoàn, gây hệ quả là làm giảm cung cấp O<sub>2</sub> và dinh dưỡng cho mô, đồng thời làm mô tế bào mất khả năng đào thải các sản phẩm của chuyển hóa.

Các nguyên nhân phổ biến của sốc có thể là:

1. Sốc giảm thể tích tuần hoàn: có thể là mất dịch hay máu với lượng lớn
2. Sốc độc tố hay sốc nhiễm trùng: do nội độc tố hay do do độc tố từ vi khuẩn
3. Sốc thần kinh: do đau hay do phản xạ thần kinh, như thần kinh phế vị
4. Sốc do tim mạch: do nhồi máu cơ tim hay suy tim
5. Sốc phản vệ: do phản ứng cơ thể với dị nguyên như thuốc hay do tác nhân khác như nước ối

Trong sản khoa, nguyên nhân gây sốc thường thấy là sốc giảm thể tích, thuyên tắc mạch do các thành phần của nước ối. Sốc nhiễm trùng có thể gặp trong các trường hợp nhiễm trùng ối nặng với biến chứng nhiễm trùng huyết.

Đặc điểm lâm sàng của sốc là tình trạng mất ổn định của hệ tim mạch.

Sốc được thể hiện qua các đáp ứng tuần hoàn, với biểu hiện: co mạch, tái phân bố tuần hoàn, thiếu O<sub>2</sub> mô tế bào.

- Mạch nhanh, yếu. Tụt huyết áp
- Thiếu niệu hay vô niệu
- Da tái nhợt, lạnh, vã mồ hôi.
- Đầu chi tím và các biểu hiện của thiếu O<sub>2</sub> ở mô tế bào
- Các biểu hiện khác như nhìn mờ, tay chân run

### SỐC MẤT MÁU

Sốc mất máu là một cấp cứu rất thường gặp trong sản khoa. Diễn tiến nhanh chóng đi đến tử vong của sốc khiến sốc mất máu luôn là một vấn đề sống còn của sản khoa, ngay cả trong sản khoa hiện đại.

Sốc mất máu diễn ra qua các giai đoạn sau:

1. Sốc còn bù:
2. Sốc mất bù
3. Pha tổn thương tế bào và đe dọa tử vong
1. Trong giai đoạn sốc còn bù, khi tình trạng mất máu bắt đầu, một lượng máu rời khỏi lòng mạch. Cung xuất tim giảm do giảm hồi lưu tĩnh mạch. Cơ thể cố gắng bù trừ thiếu hụt cung lượng tim bằng cách tăng

nhịp tim cũng như bằng các đáp ứng kích thích giao cảm, gây co mạch để duy trì tưới máu cho các cơ quan trọng yếu.

Mạch nhanh là biểu hiện sớm nhất của sốc giảm thể tích. Lúc này, trị số huyết áp vẫn còn được tạm thời giữ ổn định. Khi tình trạng mất máu trở nên quan trọng hơn, sự gia tăng hoạt động giao cảm không còn đủ để giữ vững huyết áp. Huyết áp bắt đầu bị biến động, và xấu đi nhanh chóng.

Trên lâm sàng, giai đoạn này được thể hiện qua tổng trạng xanh, mạch nhanh, thở nhanh.

2. Sốc mất bù kế tiếp sốc còn bù, khi tình trạng mất máu tiến triển xa hơn. Sốc chuyển sang giai đoạn mất bù. Mất bù sẽ xảy ra khi tổng thể tích máu mất vượt quá 1000 mL ở người bình thường. Ở người thiếu máu sẵn, mất một thể tích máu dưới 1000 mL đã có thể dẫn đến sốc giảm thể tích mất bù. Bệnh nhân có các đặc trưng của sốc.

Trong giai đoạn này nếu bệnh nhân được điều trị kịp thời và phù hợp, tình trạng sẽ được cải thiện nhanh chóng mà không để lại hậu quả.

3. Pha tổn thương tế bào và đe dọa tử vong là giai đoạn cuối của sốc mất máu. Nếu tình trạng không được điều trị kịp thời hay không phù hợp, sẽ dẫn đến thiếu oxygen ở mô tế bào. Hệ quả của thiếu oxy mô là tổn thương mô tế bào.

Trong giai đoạn này, nguy cơ tử vong là rất cao. Bù dịch đơn thuần không còn đủ để khắc phục hậu quả. Nếu phục hồi được thì vẫn có nguy cơ có biến chứng suy thận hay suy tuyến yên.

Các biểu hiện của tổn thương mô tế bào gồm

- Toan chuyển hóa do chuyển hóa yếm khí trong điều kiện thiếu oxygen
- Giãn mạch do tích lũy chất chuyển hóa gây ứ trệ tuần hoàn và thoát dịch vào mô
- Đông máu nội mạch rải rác do thromboplastin được phóng thích từ mô bị tổn thương
- Suy tim do giảm tưới máu mạch vành

Cần nhận định chính xác tình trạng mất máu. Nhận định dựa vào các dấu hiệu lâm sàng, mà không chỉ dựa đơn độc trên lượng máu quan sát được.

### Phân độ sốc mất máu

|                      | Độ I   | Độ II   | Độ III  | Độ IV  |
|----------------------|--|---|---|--|
| Thể tích máu mất (%) | 15   | 20-25   | 30-35   | 40-45  |
| Biểu hiện lâm sàng   | Mạch, huyết áp bình thường<br>Hạ huyết áp tư thế | Mạch nhanh, huyết áp tâm thu thấp<br>Tươi máu mao mạch giảm<br>Nhịp thở nhanh | Huyết áp tụt nhiều<br>Da lạnh, xanh.<br>Vã mồ hôi<br>Run rẩy<br>Thiếu niệu, dưới < 30 mL/giờ<br>Toan chuyển hóa, pH < 7.5 | Huyết áp tụt nhiều<br>Chỉ còn bắt được mạch cảnh<br>Sốc không hồi phục |

### Xử trí sốc mất máu

#### 1. Xử trí trước tiên là thiết lập đường truyền:

Nâng chân lên cao để thúc đẩy máu ở chi về tuần hoàn trung ương. Cần thiết lập ít nhất 2 đường truyền tĩnh mạch với kim 18G để truyền máu, dịch, thuốc.

Dịch được dùng trước tiên là dịch tinh thể đẳng trương. Không dùng dung dịch glucose vì nó sẽ nhanh chóng thoát khỏi lòng mạch khi glucose được tiêu thụ hết.

Mất máu là mất máu toàn phần, nên máu toàn phần là lựa chọn ưu tiên. Hồng cầu lắng là phương tiện đảm bảo khả năng vận chuyển O<sub>2</sub> đến mô tế bào. Thể tích tuần hoàn được đảm bảo duy trì bằng dịch cao phân tử và băng huyết tương đông lạnh. Cần lưu ý rằng dịch cao phân tử không thay thế được huyết tương đông lạnh, do phải hạn chế thể tích dịch cao phân tử.

Theo dõi việc bù thể tích bằng mạch, huyết áp, đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP), duy trì ở mức bình thường 10-12 cmH<sub>2</sub>O.

Lưu ý rằng huyết áp luôn biến động theo sau mạch. Vì vậy, mạch là con số trung thành, còn huyết áp là con số biến động tùy theo khả năng bù. Bù dịch đủ sẽ ổn định được cả mạch và huyết áp, chứ không đơn thuần là ổn định huyết áp.

Thể tích nước tiểu bình thường được duy trì khi tưới máu thận được đảm bảo. Bình thường, thể tích tối thiểu phải được lọc là 60 mL/giờ.

Khi ổn định được sốc, sẽ thấy tình trạng xanh, tím, thiếu dưỡng khí, vã mồ hôi, tri giác được cải thiện.

Thiết lập đường thở và cung cấp oxy qua mask hay nội khí quản.

#### 2. Song song với hồi sức tuần hoàn là tìm nguyên nhân.

Phát hiện nguyên nhân và cố gắng giải quyết để ngừng chảy máu. Nguyên nhân chảy máu có thể rất dễ nhận biết do máu chảy ra ngoài như trong băng huyết sau sanh, nhưng đôi khi rất khó xác định như trong trường hợp xuất huyết nội do vỡ tử cung.

#### 3. Các thuốc cần thiết:

- Thuốc vận mạch
- Corticoids
- Giảm đau
- Sodium bicarbonate

## SỐC TRONG THUYỀN TẮC MẠCH DO NƯỚC ỒI

Thuyền tắc mạch do nước ối được định nghĩa là sự xâm nhập của nước ối và các thành phần hữu hình của nước ối vào tuần hoàn mẹ, gây hậu quả là một tình trạng trụ hô hấp và trụ tuần hoàn cấp tính. Sinh bệnh học của thuyền tắc ối chính là sự hiện diện của các thành phần lạ trong hệ tuần hoàn.

Nước ối và các thành phần hữu hình của nó có thể xâm nhập vào tuần hoàn khi (1) hiện diện một áp lực cao và (2) các mạch máu bị hở. Vì thế, thuyền tắc ối dễ xảy ra hơn khi khi con co tử cung mạnh, làm vỡ màng ối và đẩy vào hệ tuần hoàn, hay trong nhau tiền đạo. Khi các thành phần hữu hình của nước ối xâm nhập vào hệ tuần hoàn, chúng nhanh chóng vào mạch phổi, gây tình trạng sốc, có bản chất gần như một sốc phản vệ. Tình trạng này gây nên một trụ tuần hoàn và trụ hô hấp cấp, với đột tử tức thời, hay chậm hơn sau đó, trong bệnh cảnh của một tình trạng đông máu nội mạch rải rác và băng huyết sau sinh. Chẩn đoán chỉ được xác định thông qua giải phẫu tử thi, tìm thấy các thành phần của nước ối trong tuần hoàn phổi, tâm nhĩ của người mẹ.

Dấu hiệu lâm sàng của thuyền tắc mạch do nước ối là một tình trạng trụ tuần hoàn và trụ hô hấp đột ngột.

Sau một biến cố như vỡ ối. Khởi phát đột ngột, tím tái và khó thở nặng.

Ngay sau đó, gồng người, co giật, suy tim phải, mạch nhanh, phù phổi.

Nếu may mắn mà bệnh nhân không tử vong ở giai đoạn này, rối loạn đông máu kiểu đông máu nội mạch rải rác sẽ xuất hiện trong vòng một giờ, dẫn đến chảy máu nặng.

Cần phân biệt với các tình trạng khác như phù phổi cấp, viêm phổi hít, rối loạn đông máu do nguyên nhân khác.

Khảo sát cận lâm sàng có thể thấy dấu chứng của suy tim phải trên ECG, X-quang phổi có các hình ảnh thâm nhiễm không đặc hiệu, và dấu hiệu đông máu nội mạch rải rác.

Xử trí thuyền tắc mạch do nước ối là điều trị triệu chứng.

- Cung cấp O<sub>2</sub>. Đảm bảo duy trì bão hòa O<sub>2</sub> ở mức cần thiết. Do bệnh nhân thường bị hôn mê, nên trợ giúp hô hấp qua đường nội khí quản thường là cần thiết.
- Giảm co thắt khí phế quản bằng: Aminophylline.
- Duy trì tuần hoàn bằng vận mạch: Dopamine.
- Nếu có tăng của áp lực tĩnh mạch trung tâm, tức có suy tim phải: Digoxin. Tình trạng tăng tiết dịch phổi, nếu có, cần được chỉ định Atropine.
- Gây giãn mạch và tăng tưới máu mô: Hydrocortisone.
- Trong trường hợp có toan chuyển hóa, điều chỉnh toan chuyển hóa bằng dung dịch Natri bicarbonate.
- Dextran trọng lượng phân tử nhỏ: giảm kết tập tiểu cầu ở cơ quan quan trọng.
- Điều trị đông máu nội mạch rải rác bằng Heparine.
- Cho sinh theo chỉ định sản khoa nếu chưa sinh.

## TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

- Obstetrics and gynecology 8<sup>th</sup> edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.