

## Băng huyết sau sanh

Trần Nhật Huy<sup>1</sup>, Âu Nhật Luân<sup>2</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: [tranhuykmf@yahoo.com](mailto:tranhuykmf@yahoo.com)

<sup>2</sup> Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: [aunhutluan@gmail.com](mailto:aunhutluan@gmail.com)

### Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được định nghĩa và phân tích được các yếu tố nguy cơ của băng huyết sau sanh
2. Trình bày được các tiếp cận ban đầu khi có băng huyết sau sanh
3. Trình bày được cách xử trí băng huyết sau sanh do các nguyên nhân thường gặp

### HIỆN NAY, BĂNG HUYẾT SAU SANH VẪN LÀ NGUYÊN NHÂN HÀNG ĐẦU CỦA TỬ VONG MẸ

Ước tính có khoảng 140.000 phụ nữ tử vong vì băng huyết sau sanh trên thế giới mỗi năm.

Có nghĩa là cứ mỗi 4 phút thì có một trường hợp tử vong vì băng huyết sau sanh (BHSS) (Post-Partum Hemorrhage) (PPH) trên thế giới, với hơn phân nửa số tử vong này là xảy ra trong vòng 24 giờ đầu sau sanh. Băng huyết sau sanh còn đưa đến nhiều hậu quả nặng nề khác như suy hô hấp, bệnh lý về đông cầm máu, sốc, mất khả năng sinh sản, hoại tử tuyến yên...

Định nghĩa BHSS không chỉ dựa vào lượng máu mất trên lâm sàng quan sát được

Thông thường BHSS được định nghĩa là mất trên 500mL máu đối với sanh ngã âm đạo hoặc trên 1000mL máu đối với mổ lấy thai. Theo định nghĩa thì tần suất của BHSS vào khoảng 4%.

Mất máu trong BHSS có thể xảy ra ồ ạt, đột ngột hoặc mất một cách từ từ, kín đáo.

Tuy nhiên cách ước lượng này mang tính chủ quan và có thể không chính xác. Thêm vào đó, cùng một lượng máu mất nhưng ảnh hưởng trên những cá thể khác nhau là không giống nhau (ví dụ một người cân nặng 40 kg so với người cân nặng 60 kg, người có thiếu máu trước đó so với người không có thiếu máu trước đó, đơn thai so với đa thai...). Vì lẽ đó, trên lâm sàng BHSS có thể xác định dựa vào các yếu tố khách quan hơn như những biến động về mạch, huyết áp, nước tiểu, hematocrite...

Cho mục đích mô tả, BHSS có thể chia thành:

1. BHSS sớm, khi xảy ra trong vòng 24 giờ đầu sau sanh
2. BHSS muộn, khi xảy ra từ 24 giờ đến 12 tuần sau sanh

Có nhiều yếu tố được xem là yếu tố nguy cơ của BHSS.

Trên lâm sàng có nhiều yếu tố nguy cơ liên quan đến BHSS như chuyển dạ kéo dài, chuyển dạ có sử dụng thuốc tăng co, chuyển dạ nhanh, tiền căn BHSS, cắt tầng sinh môn, tiền sản giật, tử cung quá căng (thai to, đa thai, đa ối), mổ lấy thai, người gốc Á, nhiễm trùng ối... Khi có sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ này, người bác sĩ lâm sàng nên hết sức lưu tâm về khả năng sẽ xảy ra BHSS. Tuy nhiên nên nhớ rằng BHSS có thể xảy ra ngay cả khi vắng

mặt các yếu tố nguy cơ, hay ngay trong trường hợp không có dấu hiệu nào cảnh báo trước đó.

### BHSS LÀ MỘT CẤP CỨU SẢN KHOA. QUẢN LÝ BHSS DỰA TRÊN CÁC DẤU HIỆU LÂM SÀNG

Bệnh sinh của BHSS là tình trạng mất đột ngột một khối lượng lớn thể tích tuần hoàn và một lượng lớn huyết cầu.

Bệnh sinh của BHSS là tình trạng mất đột ngột một khối lượng lớn thể tích tuần hoàn và một lượng lớn huyết cầu có khả năng vận chuyển oxy.

Theo dõi đáp ứng huyết động đối với tình trạng mất máu sẽ cho nhiều thông tin hữu ích về lượng máu thiếu hụt cũng như tiên lượng của người bệnh. Đối với người bình thường:

- Việc mất từ 10-15% thể tích máu có thể được dung nạp tốt và chưa biểu hiện dấu hiệu, triệu chứng trên lâm sàng.
- Khi mất tới 20% thể tích thì những dấu hiệu về thiếu hụt nội mạch sẽ xuất hiện như nhịp tim nhanh, thở nhanh, chậm làm đầy mao mạch, tụt huyết áp tư thế, huyết áp kẹp (do co mạch làm tăng huyết áp tâm trương với huyết áp tâm thu còn chưa thay đổi).
- Khi mất đến 30% thể tích máu thì nhịp tim, nhịp thở tăng nhiều hơn nữa, tụt huyết áp thấy rõ.
- Mất trên 40% đến 50% thể tích sẽ làm thiếu niệu, shock, hôn mê, thậm chí là tử vong.

Xử trí BHSS là một xử trí song hành giữa thiết lập chẩn đoán và xử trí triệu chứng-nguyên nhân.

Nguồn gốc và nguyên nhân chảy máu nên được xác định càng sớm càng tốt. Xử trí sớm BHSS cho phép làm giảm thiểu bệnh suất và tử suất cho sản phụ.

Nguyên nhân thường gặp nhất của BHSS là đờ tử cung, chiếm tới 80% các trường hợp.

Nguyên nhân hàng thứ nhì là tổn thương đường sinh dục gây chảy máu hay tạo khối máu tụ đường sinh dục.

Các nguyên nhân khác như sót nhau, rối loạn đông máu... Vỡ và lộn tử cung là các nguyên nhân ít gặp nhưng lại đặc biệt nguy hiểm.

BHSS là một tình trạng cấp cứu và nên huy động tất cả những nguồn lực có sẵn.

Trong BHSS do đờ tử cung, oxytocin là lựa chọn đầu tay. Ergot alkaloids và prostaglandins là lựa chọn hàng 2<sup>nd</sup>.

Vì hầu hết các trường hợp BHSS là do đờ tử cung, do đó cần sờ nắn tử cung qua thành bụng xem tử cung có mềm nhão không. Nếu BHSS là do đờ tử cung thì nhất thiết phải dùng oxytocin ở liều thích hợp và xem xét sử dụng thêm ergometrin hay prostaglandins nếu chảy máu vẫn tiếp tục.

#### Câu có thể giúp đánh giá nhanh tình hình hiện tại

1. Nhau đã sổ chưa? Nếu đã sổ thì bánh nhau có sổ tự nhiên và đầy đủ hay không? (sốt nhau?)
2. Cuộc sanh diễn biến ra sao? Có can thiệp giúp sanh bằng dụng cụ hay không? (tổn thương đường sanh?)
3. Có sanh thai to, sanh khó hay sanh quá nhanh hay không? (đờ tử cung?)
4. Đã được kiểm tra tổn thương đường sinh dục chưa?
5. Hematocrite căn bản? \*
6. Có cục máu đông không? (bệnh lý đông máu?)

Trong khi chờ xác định được nguyên nhân gây băng huyết, vẫn phải bắt đầu những biện pháp hỗ trợ như thiết lập đường truyền tĩnh mạch với kim lớn, truyền nhanh dịch tinh thể, xác định nhóm máu, phản ứng chéo, truyền máu và các chế phẩm máu nếu cần thiết, đánh giá tình trạng đông máu, mức độ thiếu máu và lượng nước tiểu.

#### Trong BHSS, máu mất phải được bù bằng máu.

Nên xem xét sử dụng các chế phẩm máu nhằm can thiệp sớm và ngăn ngừa tình trạng rối loạn đông máu hơn là chờ đợi đến khi rối loạn đông máu thật sự xuất hiện.

Hồng cầu lắng là chế phẩm máu chủ yếu được dùng, các chế phẩm khác được dùng khi cần tùy bệnh cảnh lâm sàng.

#### BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG VÀ CHUẨN BỊ LÀ QUAN TRỌNG, GIÚP GIẢM THIỂU HẬU QUẢ CỦA BHSS

Với các sản phụ có yếu tố nguy cơ của BHSS, việc triển khai các biện pháp dự phòng và chuẩn bị là quan trọng.

Điều này giúp giảm thiểu hậu quả của BHSS. Chúng sẽ giúp việc xử trí BHSS, nếu có xảy ra sau đó, được dễ dàng thuận lợi hơn.

Dưới đây là những việc nên làm giúp ngăn ngừa và tối thiểu hóa nguy cơ BHSS.

Chuẩn bị tốt cuộc sanh

#### Các biện pháp thực hiện trước sanh

1. Xác định các yếu tố nguy cơ gây băng huyết
2. Thiết lập đường truyền tĩnh mạch trước khi sanh
3. Xác định hematocrite
4. Nhóm máu
5. Số lượng tiểu cầu, các yếu tố đông máu

Thực hiện tốt cuộc sanh

#### Các biện pháp cần tuân thủ trong cuộc sanh

1. Cần nhắc kỹ lưỡng khi quyết định giúp sanh
2. Đảm bảo nhau được sổ toàn vẹn
3. Tránh kéo dây rốn quá mức
4. Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ <sup>1</sup>
5. Kiểm tra đủ và đúng đường sanh, tránh sót tổn thương
6. Nên lấy hết máu cục khỏi tử cung, âm đạo trước khi chuyển khỏi phòng sanh

<sup>1</sup> Riêng về giá trị dự phòng BHSS của can thiệp tích cực giai đoạn 3, còn khá nhiều tranh cãi. Lợi ích của can thiệp tích cực giai đoạn 3 trên giảm băng huyết là không rõ ràng.

Sau khi sổ thai, cần đặc biệt lưu ý rằng băng huyết sau sanh có thể xảy ra rất nhanh chóng.

#### Những việc cần thiết trong giai đoạn hậu sản gần

1. Theo dõi kỹ và phát hiện ngay chảy máu lượng nhiều
2. Tiếp tục duy trì thuốc co hồi tử cung
3. Xoa đáy tử cung thường xuyên
4. Theo dõi sinh hiệu thường xuyên

Băng huyết sau sanh là một cấp cứu sản khoa. Cần được tổ chức tốt để đảm bảo một điều trị hiệu quả

#### Các xử trí chung, bước đầu khi có BHSS cần được thực hiện một cách nhanh chóng

1. Kêu gọi sự giúp đỡ của đồng nghiệp
2. Đánh giá mất máu lượng nhiều ngay lập tức
3. Đánh giá tình trạng chung của bệnh nhân
4. Theo dõi và giữ vững tuần hoàn
  - ✓ Thiết lập 2 đường truyền tĩnh mạch với kim lớn
  - ✓ Nhóm máu và phản ứng chéo
  - ✓ Bắt đầu/tăng dịch truyền tinh thể
5. Đánh giá đông cầm máu
6. Xem lại lâm sàng tìm nguyên nhân có thể gây BHSS
  - ✓ Có khó khăn khi lấy bánh nhau không?
  - ✓ Có sử dụng forceps không?
  - ✓ Những yếu tố nguy cơ khác?
7. Chuẩn bị nhân sự phòng mổ
8. Đánh giá tình trạng huyết động
9. Khám bằng hai tay, đánh giá đờ tử cung
  - ✓ Có thể giúp phát hiện sót nhau
  - ✓ Có thể giúp phát hiện vỡ tử cung
  - ✓ Thăm khám tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung. Nhờ thêm người hỗ trợ
  - ✓ Xác định khối máu tụ, rách?
  - ✓ Kiểm tra lại sự toàn vẹn bánh nhau
  - ✓ Can thiệp nguyên nhân: Xử trí BHSS sau đó cần dựa vào từng nguyên nhân cụ thể

Tùy theo nguyên nhân được phát hiện ra, tiếp theo bằng các hành động sau.

#### XÁC ĐỊNH MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ CHUYÊN BIỆT

##### Xử trí BHSS do đờ tử cung

##### Mục tiêu của điều trị đờ tử cung là đảm bảo gò tử cung tốt

1. Xoa đáy TC bằng hai tay ngay lập tức
2. Dùng thuốc co hồi tử cung, với sự thận trọng cần thiết
  - ✓ Oxytocin truyền tĩnh mạch <sup>2</sup>
  - ✓ Ergometrin <sup>3</sup>
  - ✓ 15-Methyl PGF<sub>2α</sub> hay Dinoprostone <sup>4</sup>
  - ✓ Misoprostol <sup>5</sup>
3. Dùng bóng chèn. Đây là một phương pháp tạm thời.
4. Đánh giá phẫu thuật (theo đúng trình tự)
  - ✓ Phẫu thuật thắt động mạch tử cung
  - ✓ May chèn ép tử cung theo B-Lynch
  - ✓ Phẫu thuật cắt tử cung

##### Xử trí BHSS do tổn thương sinh dục và khối máu tụ

<sup>2</sup> Oxytocin PIV: 10-40 IU trong 1 L NaCl 0.9% hoặc LR

<sup>3</sup> Methylegonovine IM: 0.2 mg, có thể lặp lại trong 2-4 giờ

<sup>4</sup> Dinoprostone đặt hậu môn 20 mg mỗi 2 giờ hay 15-Methyl PGF<sub>2α</sub> IM 0.25 mg mỗi 15-90 ph, tối đa 8 liều

<sup>5</sup> 800-1000 µg đặt hậu môn 1 liều trong trường hợp không có sẵn PGF<sub>2α</sub>

**Mục tiêu của xử lý tổn thương đường sinh dục là phẫu thuật cầm máu và phục hồi tổn thương**

1. Khôi phục tổn thương ngay
  - ✓ Cần người hỗ trợ, có thể thực hiện tại phòng mổ
  - ✓ Không nên khâu mù
2. Khỏi máu tụ không triệu chứng thì có thể theo dõi

**Sốt nhau**

**Mục tiêu của xử lý sốt nhau là làm trống buồng tử cung**

1. Lấy nhau bằng tay, xử trí bờ tử cung như trên. Có thể dùng siêu âm để đảm bảo bánh nhau đã được lấy hết
2. Hút nạo lòng tử cung, có thể làm dưới hướng dẫn của siêu âm. Lưu ý: hút nạo buồng tử cung trong giai đoạn có thể gây nhiều biến chứng.
3. Nếu nghi ngờ nhau cài răng lược, cần thiết có những can thiệp đặc hiệu

**Bệnh đông máu**

**Mục tiêu của xử lý rối loạn đông máu là khôi phục tình trạng đông cầm máu bình thường**

1. Bù các yếu tố đông máu thiếu hụt
2. Xác định căn nguyên của bệnh lý đông máu: chảy máu nhiều, nhiễm trùng, thuyên tắc ối..

**Lộn tử cung xảy ra do động tác kéo dây rốn quá thô bạo**

**Điều trị bằng cách trả tử cung về lại vị trí bình thường**

1. Dùng tay trả tử cung về vị trí bình thường
2. Tại phòng mổ, với các tác gây làm mềm tử cung
3. Nếu thất bại, phẫu thuật là cần thiết

**CÁC NGUYÊN LÝ XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT SAU SANH THEO NGUYÊN NHÂN**

Phần này không nằm trong mục tiêu học tập bắt buộc. Xem bài đọc thêm, trang 301-303.

#### **TÀI LIỆU ĐỌC THÊM**

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



## Bài đọc thêm

### Nguyên lý của xử trí băng huyết sau sanh theo nguyên nhân

Trần Nhật Huy<sup>1</sup>, Âu Nhựt Luân<sup>2</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: [tranhuykmf@yahoo.com](mailto:tranhuykmf@yahoo.com)

<sup>2</sup> Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: [aunhutluan@gmail.com](mailto:aunhutluan@gmail.com)

#### BĂNG HUYẾT SAU SANH DO ĐỜ TỬ CUNG

Đờ tử cung chiếm 80% các trường hợp BHSS.

Việc co thắt của cơ tử cung quan trọng hơn cơ chế đông máu trong việc ngăn ngừa chảy máu từ vị trí nhau bám.

Thông thường, sau khi sổ nhau tử cung sẽ co hồi ngay lập tức, làm co thắt các động mạch xoắn ở giường bánh nhau giúp tránh chảy máu ồ ạt sau sanh. Việc co thắt của cơ tử cung quan trọng hơn cơ chế đông máu trong việc ngăn ngừa chảy máu từ vị trí nhau bám. Khi sự co thắt tự nhiên này không xuất hiện, do đờ tử cung, sẽ dẫn đến BHSS.

Những điều kiện thường dẫn đến đờ tử cung bao gồm tình trạng tử cung căng quá mức (đa ối, đa thai), chuyển dạ bất thường (chuyển dạ quá nhanh, chuyển dạ kéo dài, tăng co với oxytocin), u xơ tử cung, hay sử dụng magnesium sulfate cũng làm cho tử cung kém co hồi.

Tử cung bị đờ mềm nhão, không co hồi, không có khối cầu an toàn hoặc tử cung chỉ co hồi khi được xoa bóp và trở lại mềm nhão ngay sau đó.

Chẩn đoán đờ tử cung chủ yếu dựa vào lâm sàng. Thông thường sau sanh ta sẽ sờ thấy tử cung co hồi tốt, chắc, cảm nhận được “khối cầu an toàn”. Ngược lại khi đờ tử cung xuất hiện, ta sẽ thấy tử cung mềm nhão, không co hồi, không có khối cầu như mô tả, cổ tử cung thường mở rộng, hoặc tử cung chỉ co hồi khi được xoa bóp và trở lại mềm nhão ngay sau đó.

BHSS không chỉ có nguyên nhân là đờ tử cung, do đó nếu khám thấy tử cung co hồi tốt thì ngay tức khắc cần tìm kiếm những nguyên nhân khác gây ra tình trạng chảy.

Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ giúp làm giảm lượng máu mất sau sinh. Về dự phòng đờ tử cung, xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ có làm giảm tỷ lệ BHSS do đờ tử cung. Theo đó, oxytocin được sử dụng sau khi đã sổ vai trước của thai nhi, kéo dây rốn nhẹ nhàng có kiểm soát và xoa đáy tử cung sau sanh là những điểm chính yếu của việc xử trí tích cực này. Một số bác sĩ lâm sàng chỉ sử dụng oxytocin sau khi sổ nhau nhằm tránh hiện tượng bánh nhau bị cầm tù nhưng không có bằng chứng nào chứng tỏ điều này là có lợi.

Việc cho bú mẹ sớm sau sanh cũng làm tử cung co hồi tốt hơn và qua đó làm giảm mất máu sau sanh.

Khi đã chẩn đoán đờ tử cung, việc điều trị tiếp theo phải được cá thể hóa trên từng trường hợp cụ thể phụ thuộc vào lượng máu mất, mức độ đờ tử cung, tình trạng của sản phụ, mong muốn có thêm con sau này...

**Luôn thực hiện xoa bóp tử cung bằng tay.**

Việc xoa bóp tử cung bằng tay cho thấy hiệu quả trong việc giúp tử cung co hồi tốt, do đó nên được thực hiện

trong khi chờ đợi những xử trí tiếp theo bằng thuốc hoặc thủ thuật, phẫu thuật.

Thuốc giúp co hồi tử cung: oxytocin, methylergonovine, 15-methylprostaglandine F<sub>2α</sub>, misoprostol, dinoprostone.

Chú ý rằng các tác nhân gây co tử cung chỉ hiệu quả trong trường hợp đờ tử cung.

Những thuốc này có thể được sử dụng riêng lẻ hoặc phối hợp với nhau một cách hợp lý.

Oxytocin được sử dụng khá rộng rãi trong dự phòng BHSS như đã đề cập, trong trường hợp đờ tử cung thì oxytocin thường được tăng liều lượng và phối hợp với các tác nhân gây co hồi tử cung khác.

Methylergonovine là một tác nhân gây co hồi tử cung mạnh, đạt hiệu quả trong vài phút. Đường sử dụng luôn luôn là tiêm bắp vì tiêm mạch có thể gây ra tình trạng tăng huyết áp nguy hiểm, và cũng vì lý do đó nó không được sử dụng trên những sản phụ bị rối loạn tăng huyết áp.

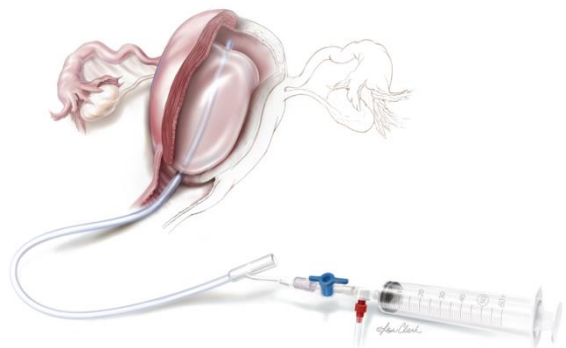
15 methyl prostaglandine F<sub>2α</sub> có thể sử dụng tiêm bắp hoặc tiêm trực tiếp vào cơ tử cung và hết sức thận trọng hoặc không nên dùng ở những sản phụ bị các rối loạn về tim, phổi, gan và thận.

Misoprostol và dinoprostone đặt hậu môn cũng giúp làm co hồi tử cung hiệu quả.

Khi tử cung gò chắc thì các tác nhân này tỏ ra không còn hiệu quả nữa khi đó các nguyên nhân khác gây ra BHSS cần được kiểm tra cẩn thận.

Trong đờ tử cung, khi xoa bóp tử cung và thuốc co hồi không có tác dụng thì phải nghĩ tới các biện pháp khác.

Đặt bóng chèn lòng tử cung có thể xem xét như là một biện pháp tạm thời, mang tính tri hoãn cho sản phụ.



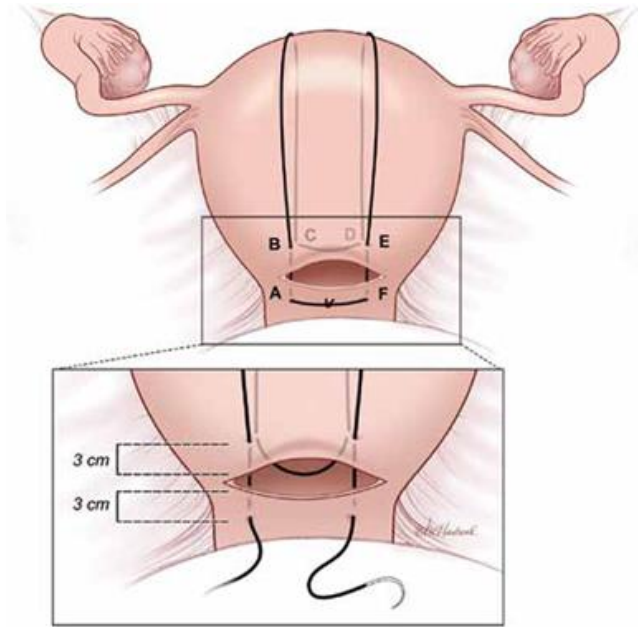
**Hình 1:** Bóng chèn buồng tử cung

Bóng phải được đặt cao, chèn hoàn toàn các mạch máu bị hở. Bóng sẽ không hiệu quả nếu bị tụt, bơm không đủ thể tích chèn. Bóng chèn cũng rất hiệu quả trong nhau tiền đạo, khi không có sự siết mạch máu do không có cơ đan chéo ở đoạn dưới.



Phẫu thuật điều trị đờ tử cung bao gồm may chèn ép tử cung (mũi B-Lynch), thắt động tử cung, động mạch tử cung- buồng trứng, động mạch chậu trong, thuyên tắc chọn lọc động mạch tử cung hoặc cắt tử cung.

Kỹ thuật may chèn ép tử cung cho thấy hiệu quả cao, làm giảm tỷ lệ cắt tử cung hoặc thắt động mạch chậu trong qua đó làm giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong cho sản phụ. Một ưu điểm nữa của việc may chèn ép tử cung là thực hiện nhanh cũng như duy trì khả năng sinh sản cho sản phụ.



Hình 2a: Kỹ thuật thực hiện mũi khâu B-Lynch



Hình 2b: Tử cung sau khi thực hiện xong mũi khâu B-Lynch

## TỒN THƯƠNG ĐƯỜNG SANH VÀ TỤ MÁU

Tổn thương sinh dục cần được xử lý ngoại khoa tức thì.

Tổn thương đường sinh dục dưới gây BHSS thường ít gặp hơn so với đờ tử cung, tuy nhiên nó cũng có thể nặng nề và đòi hỏi cần phải sửa chữa ngay lập tức.

Các yếu tố nguy cơ gây ra tổn thương đường sinh dục thường gặp là giúp sanh bằng dụng cụ, sanh ngôi mông, sanh nhanh, thai to, ngôi chằm kiểu thê sau. Để giảm thiểu mất máu do tổn thương đường sinh dục, các sản phụ có

các yếu tố nguy cơ kể trên nên được kiểm tra đường sinh dục dưới một cách cẩn thận sau sanh.

Việc kiểm tra đường sanh bằng dụng cụ rất cần thiết đối với các sản phụ mất máu nhiều sau sanh nhưng khám thấy một tử cung co hồi rất tốt.

Khi kiểm tra âm đạo, cổ tử cung thường cần thêm một người phụ sẽ giúp bộc lộ vùng tổn thương rõ ràng hơn và giúp việc khâu phục hồi sau đó cũng trở nên dễ dàng hơn.

Lưu ý những trường hợp tổn thương quanh niệu đạo sẽ làm phù nề mô xung quanh, hẹp niệu đạo dẫn tới nước tiểu bị ứ đọng. Vì thế, sau khi khâu phục hồi tầng sinh môn nên thực hiện việc lưu thông tiểu 12-24 giờ theo khuyến cáo.

Khối máu tụ có thể xuất hiện mọi nơi trong đường sinh dục dưới do sang chấn trong quá trình sanh gây ra như ở âm hộ, âm đạo, vết cắt tầng sinh môn, vết rách ở đáy chậu... đôi khi khối máu tụ xảy ra không kèm theo tổn thương niêm mạc âm đạo nên dễ bị bỏ sót khi thăm khám.

Tìm ra được điểm chảy máu là chìa khóa cho việc điều trị khối máu tụ.

Những khối máu tụ dưới 5 cm đường kính và không phát triển lớn ra thêm có thể chưa cần can thiệp, theo dõi sát kích thước của khối máu tụ, sinh hiệu của sản phụ, lượng nước tiểu là cần thiết.

Khi khối máu tụ này lớn ra thì cần thiết can thiệp bằng ngoại khoa.

Nếu khối máu tụ ở vị trí vết cắt tầng sinh môn thì cần tháo bỏ chỉ khâu cũ, tìm điểm chảy máu và cột/may cầm máu vị trí này.

Nếu khối máu tụ không nằm ở vị trí vết cắt tầng sinh môn thì cũng nên mở khối máu tụ này ra và tìm điểm chảy máu.

Trong trường hợp không tìm thấy điểm chảy máu thì mũi khâu cần lấy hết niêm mạc âm đạo để cầm máu.

Dẫn lưu hoặc chèn ép âm đạo có thể được sử dụng cho việc ngăn chặn tụ máu sau đó.

Các tụ máu lượng lớn có thể bóc tách, len lõi giữa các lớp mô, đặc biệt là hố ngồi trực tràng làm cho chẩn đoán trở nên khó khăn. Khi đó việc theo dõi sát tình trạng huyết động của sản phụ có thể giúp ích phát hiện những trường hợp chảy máu kín đáo này.

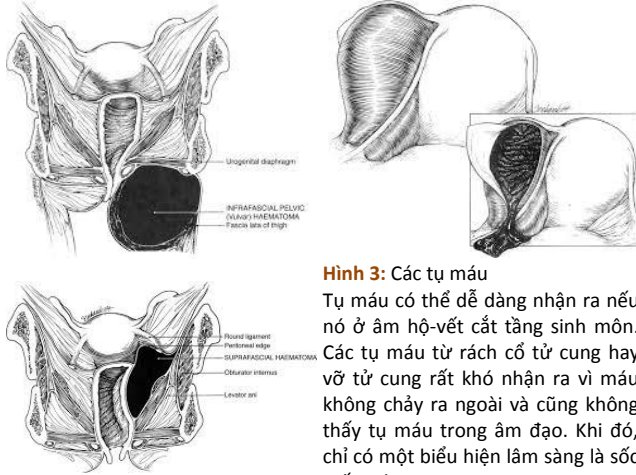
Vỡ tử cung phức tạp thường phải cắt tử cung để cứu mẹ.

Cần phân biệt hai dạng vỡ tử cung là vỡ tử cung hoàn toàn và vỡ tử cung dưới phúc mạc do tiền lượng trên lâm sàng là rất khác nhau. Vỡ tử cung hoàn toàn thường kèm theo tỷ lệ bệnh suất và tử vong cao hơn hẳn dạng còn lại. Vỡ tử cung có thể xuất hiện ở sẹo mổ lấy thai lần trước hoặc lên quan với chấn thương, thủ thuật bóc nhau bằng tay một cách thô bạo, hoặc xảy ra một cách tự phát.

Vỡ tử cung có thể dự phòng được. Ở những trường hợp có nguy cơ ta cần theo dõi sát huyết động của người mẹ, tình trạng đau bụng cấp, thay đổi hình dạng bụng, thay đổi ngôi thai, biểu đồ tim thai là những dấu hiệu giúp phát hiện và can thiệp sớm các trường hợp vỡ tử cung trên lâm sàng.

Điều trị vỡ tử cung là phẫu thuật, khâu lại đường vỡ bảo tồn tử cung khi có thể. Việc điều trị phụ thuộc nhiều vào vị trí vỡ, mức độ vỡ, tình trạng lâm sàng cũng như mong

muốn sinh sản của bệnh nhân. Ngoài ra, cần xem xét cẩn thận sự tổn thương các cơ quan lân cận như bàng quang, niệu quản, dây chằng tròn, mạch máu ở chu cung có hay không? Khi tình trạng bệnh nhân là nguy kịch do đường vỡ phức tạp thì cắt tử cung là biện pháp được chọn lựa bất chấp mong muốn bảo tồn tử cung của bệnh nhân.



Tụ máu có thể dễ dàng nhận ra nếu nó ở âm hộ-vết cắt tầng sinh môn. Các tụ máu từ rách cổ tử cung hay vỡ tử cung rất khó nhận ra vì máu không chảy ra ngoài và cũng không thấy tụ máu trong âm đạo. Khi đó, chỉ có một biểu hiện lâm sàng là sốc mất máu.

### SÓT MÔ NHAU

Sốt mô nhau đôi khi gây ra chảy máu ồ ạt.

Thông thường, sau khi sanh sự co hồi của tử cung sẽ làm cho bánh nhau bong tróc và tổng xuất ra ngoài. Khi quá trình bong nhau hoặc tổng xuất bánh nhau diễn ra không hoàn toàn sẽ dẫn tới sốt nhau.

Những yếu tố nguy cơ có thể kể ra bao gồm tiền căn mổ lấy thai, u xơ tử cung, tiền căn hút nạo lòng tử cung, bánh nhau phụ... Mô nhau bị sót trong tử cung sẽ làm cho tử cung co hồi kém, đờ tử cung và chảy máu ồ ạt.

Việc cần thiết sau khi sổ nhau là kiểm tra kỹ bánh nhau để đảm bảo không bị sót mô nhau trong lòng tử cung.

Khi kiểm tra thấy thiếu múi nhau hoặc khi chảy máu nhiều nghi sót nhau nên tiến hành soát lòng tử cung bằng tay.

Siêu âm có thể được sử dụng trong các trường hợp khó khăn. Khi cần hút nạo để lấy hết mô nhau bị sót cần tiến hành cẩn thận tránh thủng tử cung cũng như những biến chứng về sau như dính lòng tử cung làm ảnh hưởng đến chu kỳ kinh và khả năng sinh sản về sau.

Sốt nhau đôi khi gây ra bởi bất thường của bánh nhau bám vào thành tử cung, khi đó bánh nhau có thể bám tới bề mặt của cơ tử cung, hoặc bám vào cơ tử cung hoặc đôi khi bám xuyên qua hết lớp cơ của tử cung.

Nếu sự bất thường này xảy ra ở toàn bộ bề mặt bánh nhau thì toàn bộ nhau sẽ bị cầm tù, không thể bong tróc được.

Khi sự bám bất thường chỉ xảy ra ở một phần thì bánh nhau sẽ bong tróc một phần và phần còn lại nằm trong tử cung. Những trường hợp này có thể dẫn đến chảy máu ồ ạt đe dọa nghiêm trọng sinh mạng của sản phụ. Những

trường hợp này thông thường cần phải cắt tử cung, tuy nhiên trong một số trường hợp cụ thể, chỉ sót một phần bánh nhau thì các biện pháp nhằm lấy hết mô nhau sót như hút nạo lòng tử cung, khâu chèn ép, thắt động mạch tử cung có thể được xem xét cẩn thận nhằm bảo tồn chức năng sinh sản cho người phụ nữ về sau.

### RỐI LOẠN ĐỒNG MÁU

Rối loạn đông máu có thể do bệnh lý nền trước đó nhưng cũng có thể là hậu quả của một biến chứng sản khoa.

Bất kỳ một tình trạng rối loạn đông máu bẩm sinh hay mắc phải nào cũng có thể đưa đến BHSS.

Về sản khoa, nhau bong non, thuyên tắc ối, nhiễm trùng, tiền sản giật nặng là những biến chứng có liên quan đến tình trạng rối loạn đông máu nội mạch.

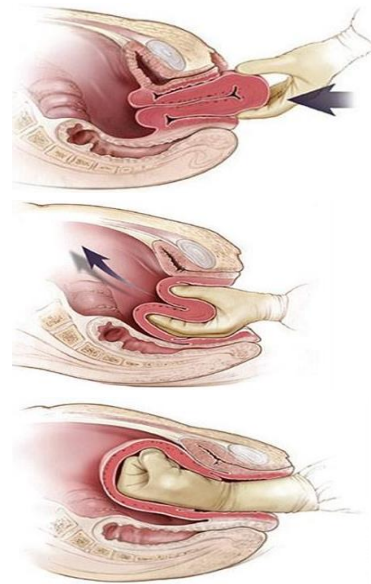
Thuyên tắc ối là biến chứng có tỉ lệ tử vong rất cao. Điều trị cần tập trung vào việc bồi hoàn thành phần đông máu nào bị khiếm khuyết. Cần lưu ý tình trạng chảy máu lượng lớn bản thân nó cũng có thể gây ra rối loạn đông máu và tạo thành một vòng xoắn bệnh lý nguy hiểm.

### LỘN TỬ CUNG

Lộn tử cung là một tình trạng hiếm gặp. Đáy tử cung bị lộn ngược ra ngoài qua cổ tử cung vào trong âm đạo. Thỉnh thoảng, tử cung bị lộn ngược ra ngoài âm hộ.

Chảy máu do lộn tử cung có đặc điểm là đột ngột và thường nghiêm trọng.

Điều trị bằng cách dùng tay trả tử cung về lại vị trí bình thường, việc này được tiến hành tại phòng mổ, với các tác gây làm mềm tử cung như ngâm nitroglycerine dưới lưỡi, terbutaline, magnesium sulfate và gây mê toàn thân.



Hình 4: Lộn tử cung và kỹ thuật đưa tử cung trở về vị trí bình thường. Thao tác này phải thực hiện dưới gây mê, tại phòng mổ và có dùng thuốc làm mềm cơ tử cung.

Nếu thất bại, phẫu thuật là cần thiết.

### TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 8<sup>th</sup> edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.
2. The World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. 2012.