CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ
BĂNG HUYẾT SAU SINH

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Băng huyết sau sinh (BHSS) là tình trạng máu mất ≥ 500 ml khi sinh ngả âm đạo hoặc mất máu ≥ 1.000 ml khi mổ lấy thai

Hiện nay, băng huuyết sau sinh còn được định nghĩa là khi chảy máu từ đường sinh dục với số lượng từ 500ml trở lên trong vòng 24 giờ sau khi sổ thai hoặc mổ sinh **VÀ** có ảnh hưởng đến tổng trạng, tri giác và sinh hiệu của sản phụ.

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

- 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.

1.2. Tần suất

Băng huyết sau sinh nguyên phát chiếm 4- 6% tổng số ca sinh, trong đó đờ tử cung là nguyên nhân thường gặp nhất chiếm khoảng 80%

Ước tính mỗi năm trên thế giới có khoảng 140.000 trường hợp tử vong vì băng huyết sau sinh nặng.

II. TRIỆU CHỨNG

2.1. Về mặt sinh lý, chảy máu sau sinh được kiểm soát một cách tự nhiên

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

2.2 Nguyên nhân- yếu tố nguy cơ

	Nguyên nhân	Yếu tố nguy cơ
Đờ tử cung	• Tử cung căng quá mức • Chuyển dạ kéo dài • U xơ tử cung • Lộn tử cung • Nhiễm trùng hoặc do dùng thuốc tăng co kéo dài • Tiền căn băng huyết sau sinh	• 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/có bóc nhân xơ lúc mổ • Kéo dây rốn quá mức • Dây rốn ngắn • Nhau bám đáy tử cung
Tổn thương đường sinh dục	• Cắt tầng sinh môn • Tổn thương âm đạo • Rách cổ tử cung • Vỡ tử cung	• Sinh giúp • Sinh nhanh

	Nguyên nhân	Yếu tố nguy cơ
Sót mô	• 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	• 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 • Giảm tiểu cầu • Thiếu máu/Suy tủy	• Mảng bầm/chấm xuất huyết • Nhau bong non • Sốt/nhiễm trùng huyết • Đang điều trị bệnh lý huyết khối • Sốt xuất huyết

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	HA	Mạch (lần/phút)	Hô hấp	Ý thức
I	50-1000 (10-15%)	0.6-0.9	Bình thường	<100	Bình thường	Bình thường
II	100-1500 (15-20%)	1	HATT>90	>100	Nhịp thở tăng	Lo lắng
III	1500-2000 (25-35%)	1.5	HATT<90	>120	Khó thở	Vật vả
IV	2000-3000 (35-45%)	>2	HATT<70	>120	Suy hô hấp nặng	Lơ mơ, hôn mê

HATT: Huyết áp tâm thu

Shock Index (si) = Mạch / HATT (giá trị bình thường 0,5 - 0,8)

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

Triệu chứng chính	Nguyên nhân
Tử cung mềm nhão	Đờ tử cung
Chảy máu nhiều hoặc choáng ngay sau sinh, TC gò tố	Tổn thương đường sinh dục Vỡ TC (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 để đánh giá tình trạng mất máu
- Chức năng đông máu đánh giá tình trạng rối loạn đông máu
- Nhóm máu
- Các xét nghiệm khác tùy tình trạng bệnh nhân

VI. XỬ TRÍ

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 một biện pháp can thiệp không hiệu quả phải lập tức thực hiện biện pháp tiếp theo.

Nguyên tắc CRMIA

- 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 cấp cứu nội khoa tích cực

Nguyên tắc:

- CAB (C (Circulation, compressions)- A (Airway) - B (Breathing)
- 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 đạt mục tiêu huyết áp trung bình từ 50 - 60 mmHg. Lưu ý: glucose 5% không dùng để hồi sức.
    - Mắc monitor theo dõi sinh hiệu;
    - Đánh giá lượng máu mất qua túi hứng máu, búi/gạc, tấm lớt.

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
Acetat Ringer	1/4	Tác dụng tương đương NS trên huyết động và chuyển hóa oxy
Cao phân tử	1/1	Dùng tạm khi HA tụt, có chỉ định truyền máu nhưng chưa có máu
Máu và các chế phẩm của máu		Truyền máu khi: • Mất máu > 25%: độ 2 - 3 (> 1.500 mL), 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 hồng cầu đậm đặc : 1 huyết tương tươi đông lạnh : 1 kết tủa lạnh • Cân nhắc truyền máu trong trường hợp thay đổi huyết động học, hoặc máu vẫn tiếp tục chảy. Truyền tiểu cầu khi < 50 k/mm^a

4.3 Xác định nguyên nhân

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	-20UI pha 500ml LR hoặc NaCl0,9% TTM 60giọt/phút - TB 2 ống	10UI pha 500ml dd đẳng trương TTM 40 giọt/ phút	40UI (8 ống) Không quá 3000ml dịch chứa Oxytocin	Không tiêm mạch nhanh vì gây tụt HA
Ergometrin	0,2mg TB	Lặp lại: -mỗi 15phút, hoặc -mỗi 2-4 giờ	5 liều Tổng cộng 1,0mg	Tiền sản giật Cao HA Bệnh lý tim Xơ cứng bì Hội chứng Raynauld
Misoprostol (PG E1)	600mg nhét hậu môn hoặc ngậm dưới lưỡi	Không khuyến cáo lặp lại	Không quá 800mg	Dùng được cho cao HA và hen phế quản

	Liều dùng	Duy trì	Liều tối đa	Thận trọng Chống chỉ định
Carboprost	TB hoặc tiêm cơ TC 0,25mg	Lặp lại 0,25mg mỗi 15-90 phút	8 liều (tổng cộng 2mg)	Không tiêm mạch nhanh Có thể dùng khi cao HA CCĐ : hen PQ
Carbetocin	100mcgTMC	Không khuyến cáo lặp lại	100mcg	Không tiêm mạch nhanh vì gây tụt HA

Dùng thuốc cầm máu

Tranexamic axit : 1g TMC hoặc truyền TM. Có thể lặp lại 1g sau 30 phút

Khuyến cáo của WHO

- Các thủ thuật: xoa đáy tử cung liên tục, ép tử cung bằng 2 tay, chèn động mạch chủ bụng bên ngoài, chèn buồng tử cung bằng sonde Foley, bóng đơn hoặc bóng đôi nên thực hiện sau khi thất bại với thuốc co hồi tử cung.
- Thuyên tắc mạch động mạch tử cung (Uterine Artery Emboliza-tion) khi thất bại với các biện pháp ít xâm lấn mà huyết động vẫn còn ổn định, tỉ 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, - buồng trứng, 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 tử cung để cầm máu (B-Lynch) hiệu quả tương đương bóng chèn tử cung với tỉ lệ thành công khoảng 80%
- Cắt tử cung: khi tất cả biện pháp bảo tồn thất bại.

4.3.2 Xử trí những nguyên nhân khác: theo lưu đồ Phụ lục 1

V. HẬU QUẢ VÀ BIẾN CHỨNG

- Tử vong mẹ: là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ sau sinh.
- Tổn thương tạng: bàng quang, niệu quản, ruột, bó mạch hạ vị và vùng chậu khi xử trí.
- Phải cắt tử cung: do thất bại với các điều trị bảo tồn.
- Hội chứng Sheehan: là hoại tử một phần hoặc toàn bộ thùy trước tuyên yên gây suy tuyến yên, biểu hiện bằng dấu hiệu vô kinh, rụng kông, rụng tóc, suy tuyến giáp, suy tuyến thượng thận, mất sữa.
- Biến chứng khác: sự mất máu nhiều gây ảnh hưởng tới sức khỏevà 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

6.1 Xác định nguy cơ

Không phải "Đa số" sản phụ được có nguy cơ đều bị băng huyết sau sinh, chỉ có một số ít bị băng huyết sau sinh (ngoại trừ nhau bất thường). Ngược lại, "Nhiều" trường hợp không có yếu tố nguy cơ băng huyết sau sinh nhưng lại bị băng huyết sau sinh.

6.2 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 băng huyết sau sinh
- Oxytocin là thuốc đầu tay được lựa chọn
- Nếu không có sẵn oxytocin thì nên sử dụng ergometrine hoặc misoprostol.

6.3 *Dùng Carbetocin để đề phòng băng huyết khi bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ.*

TÀI LIỆU KHAM KHẢO

1. Chảy máu sau sinh, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa - Bộ Y tế 2015, Tr 103.
2. Xử trí băng huyết sau sinh, Hướng dẫn điều tri sản phụ khoa 2024, Bệnh viện Hùng Vương, tập 1, Tr 583-592.
3. Băng huyết sau sinh, Phác đồ điều trị sản phụ khoa 2022, Bệnh viện Từ Dũ, Tr 65-70.

PHỤ LỤC 1 : LƯU ĐỒ XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT SAU SINH

Bước 1 : Tiếp cận và xử trí ban đầu

Hồi sức

• Đường truyền tĩnh mạch với dung dịch tinh thể

• Oxy qua mask

• Sinh hiệu

Nguyên nhân

• Soát lòng tử cung

• Kiểm tra sinh dục

• Kiểm tra lại tiền căn đông máu

• Quan sát cục máu đông

Cận lâm sàng

• Công thức máu

• Đông máu

• Nhóm máu

• Siêu âm

Bước 2 : Điều trị nguyên nhân

• Xoa đáy tử cung

• Chèn ép tử cung

• Thuốc gò tử cung

• Chèn bóng

• Lẩy nhau và mô sót
• Nạo lòng tử cung

• Xử lý lộn tử cung
• May rách đường sinh dục
• Xác định vỡ tử cung

• Điều chỉnh rối loạn đông máu
• Bổ sung yếu tố đông máu

Bước 3 : Tình hình băng huyết không cải thiện

Hội chẩn
• BS thường trú
• BS gây mê hồi sức
• BS huyết học (*/-)

Kiểm soát tại chỗ
• Chèn ép tử cung
• +/-Thuyên tắc động mạch

Huyết áp và đông máu
• Truyền dung dịch tinh thể
• Chế phẩm máu

Bước 4 : Can thiệp ngoại khoa

- May cầm máu nếu có tổn thương: vớ tử cung, khối máu tự,...
- May ép tử cung bằng B-Lynch

Thắt động mạch
• Tử cung
• Buồng trứng
• Hạ vị (chậu trong)

Cắt tử cung

Bước 5 : Chảy máu sau cắt tử cung

Chèn gạc ổ bụng

Thuyên tắc động mạch