

## XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT KHI MỔ LẤY THAI

### 1. GIỚI THIỆU

**1.1 Định nghĩa:** là tình trạng chảy máu  $\geq 1000\text{ml}$  khi mổ lấy thai

### 1.2 Nguyên nhân:

#### - Tone:

+ Đờ tử cung

#### - Trauma:

+ Chảy máu từ đường rạch cơ tử cung do tổn thương động mạch TC, hoặc ngoài đường rạch trong cơ trong thì bắt thai

+ Tổn thương âm đạo hoặc cổ tử cung khi thất bại với sanh thủ thuật, hoặc MLT sau CD kéo dài, hoặc những trường hợp MLT do đầu không lọt.

+ Vỡ tử cung

#### - Tissue:

+ Sốt nhau

+ Nhau tiền đạo

+ Các thể nhau cài răng lược

#### - Thrombin:

+ Bất thường đông cầm máu trong các bệnh cảnh: TSG nặng diễn tiến HELLP, giảm tiểu cầu vô căn, SXH do virus Dengue, hoặc dùng các thuốc kháng đông trường PT.

### 2. CHẨN ĐOÁN

Nhận định tình trạng máu mất  $> 1000\text{ml}$  trong lúc mổ và nhan chóng xác định nguyên nhân.

### 3. XỬ TRÍ BAN ĐẦU

#### - Hồi sức chung:

+ Bù dịch và các chế phẩm máu, TD sát huyết động

+ XN đánh giá lượng máu mất và chức năng đông máu, nhóm máu và phản ứng chéo, Fibrinogen tại thời điểm này giúp tiên đoán mức độ nặng và hướng dẫn điều trị tiếp theo. Fibrinogen  $< 200\text{ mg/dl}$  dự đoán tình trạng BHSS nặng. Tuy nhiên các xử trí sẽ không chờ vào kết quả này.

#### - Sản khoa:

+ Xoa đáy TC và sử dụng các thuốc co TC

+ Kiểm tra lòng TC

+ Chảy máu từ vết rạch trên cơ TC được kiểm soát bằng khâu phục hồi, chú ý bộc lộ rõ đỉnh vết cắt 2 bên, chú ý niệu quản.

+ Khâu phục hồi các vết rách ngoài đường rạch cơ TC (nếu có)

#### **4. CAN THIỆP LÚC PHẪU THUẬT**

Sau khi thực hiện các can thiệp ban đầu mà vẫn chưa kiểm soát được tình hình chảy máu, những phương pháp can thiệp tiếp theo sẽ được thực hiện và không nhất thiết phải theo thứ tự để tránh mất thời gian thực hiện một hay nhiều chiều phương pháp nào đó thay vì cắt TC.

Quyết định thực hiện các can thiệp tùy thuộc vào nhận định của PTV và tình thần hội chẩn ngay lúc đó.

##### **4.1 Thất ĐM tử cung hoặc bó mạch tử cung – buồng trứng**

ĐM tử cung là lựa chọn đầu tiên để kiểm soát cầm máu, dễ thực hiện (mũi khâu O’Leary). Chỉ định khi chảy máu do rách trên tử cung hoặc khi làm giảm lượng máu mất tạm thời từ những nguyên nhân khác. Thất đồng thời 2 ĐM này giúp kiểm soát chảy máu trong 90% trường hợp. Chưa có bằng chứng hoại tử TC và suy tuần hoàn nhau thai ở thai kỳ sau.

**4.2 Khâu ép TC:** kiểm soát chảy máu trong đờ TC, B-Lynch thường được thực hiện nhất

**4.3 Thất ĐM hạ vị:** giảm lượng máu đến TC, khó thực hiện đặc biệt khi TC lớn, đường mổ ngang, vùng chậu đầy máu, kinh nghiệm phẫu thuật sau phúc mạc ít.

**4.4 Cắt TC:** là can thiệp cuối cùng khi đứng trước nguy cơ tử vong.

#### **5. XUẤT HUYẾT SAU MỔ LẤY THAI**

- Xuất huyết sau mổ lấy thai có thể do không được đánh giá trước khi đóng bụng và trước khi chuyển bệnh nhân ra khỏi phòng mổ. Các biểu hiện: chảy máu từ âm đạo nhiều, mạch nhanh, huyết áp tụt, hoặc thiếu niệu – vô niệu.

- Kiểm tra các thành âm đạo, cổ tử cung nếu máy chảy ra từ âm đạo

- Siêu âm tại giường gợi ý nguyên nhân nếu có biểu hiện mất máu trên lâm sàng nhưng không thấy máu ra từ âm đạo, có thể ghi nhận tình trạng xuất huyết nội hoặc khối máu tụ.

- Mở bụng nếu máu vẫn chảy và chưa xác định được nguyên nhân, hoặc khi đã xác định được nguyên nhân nhưng không thể kiểm soát bằng các điều trị bảo tồn.