

ĐIỀU TRỊ SỐC GIẢM THỂ TÍCH TRONG CẤP CỨU SẢN PHỤ KHOA

1. ĐỊNH NGHĨA:

Choáng giảm thể tích là tình trạng giảm tưới máu mô, xảy ra khi thể tích nội mạch bị giảm do mất 1 lượng dịch mà cơ thể không thể hồi phục được. Hậu quả nếu kéo dài sẽ dẫn đến thiếu oxy toàn thân và rối loạn các quá trình sinh hóa thiết yếu. Những bất thường này nhanh chóng trở nên không hồi phục và cuối cùng làm chết tế bào, tổn thương cơ quan đích, rối loạn đa cơ quan và dẫn đến tử vong.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1 Triệu chứng chẩn đoán: dựa trên mức độ và bù thể tích tuần hoàn trong sốc mất máu

Phân độ nặng chảy máu theo ACS/ATLS	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
Máu mất (ml)	< 750	750 – 1500	1500 – 2000	> 2000
Lượng máu mất (% tổng lượng máu)	< 15%	15 – 30 %	30 – 40 %	> 40%
Mạch (mỗi phút)	< 100	> 100	> 120	> 140
Huyết áp (mmHg)	Bình thường	Bình thường	Giảm	Giảm
Nhịp thở (mỗi phút)	14 – 20	20 – 30	30 – 40	> 40
Lượng nước tiểu (ml/giờ)	> 30	20 – 30	5 – 15	Không đáng kể
Đầu chi	Bình thường	Tái nhạt	Tái nhạt	Tái nhạt và lạnh
Da niêm	Bình thường	Tái nhạt	Tái nhạt	Xanh tái
Hệ thần kinh trung ương (tình trạng tâm thần)	Lo lắng ít	Lo lắng trung bình	Lo lắng, lú lẫn	Mê
Bù dịch	Tinh thể	Tinh thể	Tinh thể và máu	Tinh thể và máu

* Giá trị tính cho 1 người trưởng thành 70 kg (tại thời điểm mất máu và loại trừ trường hợp có thiếu máu trước đó)

2.2 Cận lâm sàng:

- Giảm hồng cầu, giảm Hct
- Giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu (PT, APTT, Fibrinogen, INR) → nếu mất máu nhiều

- D - Dimer —♦ nếu nghi ngờ DIC
- Rối loạn điện giải
- Rối loạn kiềm toan. Toan chuyển là chủ yếu. Khởi đầu, bệnh nhân choáng giảm thể tích có thể nhiễm kiềm hô hấp, nhưng khi choáng tiến triển, trạng nhiễm toan chuyển hóa sẽ xuất hiện, phản ánh sự giảm đào thải lactate của gan, thận. Nếu choáng tiến triển đến suy tuần hoàn và sự thiếu oxy mô kéo dài thì sản xuất lactate sẽ gia tăng do quá trình chuyển hóa yếm khí và làm nặng thêm tình trạng toan máu.

3. XỬ TRÍ

3.1 Nguyên tắc xử trí

- Sớm, nhanh, tích cực, mục tiêu: tránh hội chứng suy đa dạng
- Chăm máu và bồi hoàn thể tích tuần hoàn là tối quan trọng
- Đảm bảo hô hấp là điều luôn luôn phải ghi nhớ. Đặt nội khí quản – thở máy cho sản phụ khi có nguy cơ suy hô hấp

3.2 Kiểm soát nguồn chảy máu

3.3 Tiến hành bồi hoàn đủ thể tích tuần hoàn

- Nằm đầu hơi thấp (15o), nâng hai chi dưới lên
- Đảm bảo các chức năng sống theo nguyên tắc CAB
 - + Circulation: Đặt ngay 2 đường truyền tĩnh mạch chi trên cỡ lớn 16G, 18G và / hoặc CVP để lấy máu làm xét nghiệm, truyền dịch, truyền máu, bảo đảm đường tuần hoàn sẵn sàng
 - + Airway: một đường dẫn khí thông suốt phải được xác lập để đảm bảo oxygen và sự trao đổi khí thích đáng
 - + Breathing: Một ambu bag hay máy thở ở một bệnh nhân không hô hấp tự nhiên đặt ống NKQ và thở máy nếu sản phụ rối loạn huyết động hoặc hôn mê.

Truyền nhanh ngay 1000ml dịch tinh thể (**Acetat Ringer hay Ringer Fundin**) trên mỗi đường truyền TM trong 30-60 phút, nếu không có dấu hiệu suy tim ứ huyết, nhằm đạt được HA mong muốn.

Đồng thời nên tiến hành XN: công thức máu, đông máu toàn bộ (PT, APTT, Fibrinogen, INR) khẩn.

• Nếu như sản phụ có tình trạng chảy máu đang tiếp diễn, tiến hành truyền máu đồng nhóm ngay dựa trên lâm sàng của sản phụ, cũng như số lượng máu nhìn thấy được (thường truyền hồng cầu lắng). Đích truyền là Hb > 9g/dl.

Mỗi đơn vị khối hồng cầu lắng có khả năng làm tăng nồng độ Hb lên 1g/dL và Hct thêm 3%

Điều chỉnh các bất thường đông máu hay giảm tiêu cầu khi được phát hiện qua xét nghiệm máu.

+ HTTĐL: được chỉ định phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng của sản phụ và điều

chính dựa trên PT hoặc APTT(nhiều hơn bình thường 1,5 lần). Liều khởi đầu có thể: 12-15 ml/kg cân nặng và nên chọn HTTĐL phù hợp nhóm máu ABO, truyền càng sớm càng tốt trong vòng 30 phút sau khi rã đông (30 -37°C) .

+ Tiêu cầu: chỉ định truyền tiêu cầu khi biết rõ có rối loạn chức năng tiêu cầu hoặc chảy máu vi mạch.

- Không truyền tiêu cầu khi tiêu cầu $\geq 100\ 000/\text{mm}$
- Chỉ định truyền tiêu cầu khi tiêu cầu $\leq 50\ 000/\text{mm}$
- Khi $50\ 000 < \text{tiêu cầu} < 100\ 000$, truyền tiêu cầu xác định bằng nguy cơ chảy máu.
- 1 đv TCĐĐ/ 10 kg
- 1 kist = 6 đv chứa tối thiểu 240×10^9 TC sẽ nâng TC lên $20-40 \times 10^9/\text{L}$ trong 2-3 ngày.
- Truyền ngay sau khi lấy khối máy lắ, nên hoàn thành trong vòng 20- 30 phút, phù hợp nhóm máu ABO.

+ Kết tủa lạnh: chỉ định

- Thiếu yếu tố VIII (Hemophilia A, Von Willebrand).
- Thiếu nhiều yếu tố đông máu: DIC
- Giảm fibrinogen (số lượng, chất lượng)
- Liều thường dùng: 2-4 đơn vị / 10 kg
- Nên truyền KTL theo nhóm máu ABO + Tối ưu hóa việc cầm máu:

Tranexamic acid 1 đến 2 g TMC

+ Vấn đề dùng thuốc vận mạch

- Sử dụng trong hai tình huống sau đây:

Dọa ngừng tim

Truyền đủ khối lượng dịch mà huyết động mạch vẫn còn thấp

- Thuốc dùng gồm: 1/ Dopamine ống 200mg/10ml pha với G 5% thành 50ml
—> Dd 0,4% bơm tiêm điện

Liều dùng:

- o 5 – 10 mcg/kg/ph tác dụng σ trên CLT, tuần hoàn nội tạng nhất là thận.
- o 10 - 15mcg/kg/ph tác dụng β , tăng co bóp cơ tim, tăng cung lượng tim.
- o 15 - 20mcg/kg/ph tác dụng α , tăng sức cản mạch máu ngoại biên làm ảnh hưởng co bóp cơ tim và tuần hoàn ở thận.

* Thuốc dùng gồm: 2/ Dobutamine ống 250mg/ 10ml pha với G 5% hay NaCl 0,9% thành 50ml bơm tiêm điện

- o Liều từ: 2 - 40mcg/kg/ph

Bắt đầu từ 2 - 3mcg/kg/ph, rồi tăng dần từ 3mcg/kg/ph trong mỗi 10 - 30ph cho tới khi đạt được huyết động mong muốn

oLiều bắt đầu: 10mcg/kg/ph khi tình trạng sốc nặng

Dung dịch pha nên dùng trong vòng 6 giờ ở nhiệt độ phòng

+ Các chỉ tiêu bù đắp TTTH có kết quả

- Giảm nhịp tim nhanh
- Huyết áp động mạch (HA tâm thu tăng, HA tâm trương bình thường, không có hiện tượng HA kẹt), HA động mạch bình thường: 100 - 110 mmHg
- Tình hình tri thức bệnh nhân cải thiện
- Triệu chứng ở da: Hồng ấm
- Lượng nước tiểu > 50ml/giờ
- Hct = 30%