

SỐC TRONG SẢN KHOA

Trong thực hành lâm sàng, sốc sản khoa là một tình trạng cấp cứu có thể ảnh hưởng đến tính mạng của sản phụ cần được phát hiện sớm và xử trí kịp thời.

1. Định nghĩa.

Sốc là một tình trạng suy sụp tuần hoàn do nhiều nguyên nhân khác nhau, làm giảm hoặc ngừng cung cấp máu, oxy đến nuôi dưỡng các cơ quan đặc biệt là các cơ quan quan trọng như tim, phổi, não. Đây là tình trạng nguy hiểm đòi hỏi nhân viên y tế phải có thái độ xử trí kịp thời và tích cực mới có khả năng cứu sống người bệnh.

Trong sản khoa sốc thường gặp là sốc do mất máu (băng huyết sau đẻ, sảy thai băng huyết, chửa ngoài tử cung vỡ...) hoặc do nhiễm khuẩn (nhiễm khuẩn hậu sản, phá thai nhiễm khuẩn...).

2. Biểu hiện lâm sàng.

- Mạch nhanh nhỏ (mạch thường nhanh > 110 lần/phút), có khi không đều, mạch ngoại biên không bắt được.
- Huyết áp tụt < 90/60 mmHg.
- Da xanh tái (quanh môi, mi mắt và lòng bàn tay).
- Vã mồ hôi.
- Tay chân lạnh do co mạch ngoại vi.
- Nhịp thở nhanh nông (nhịp thở thường trên 30 lần/phút).
- Lơ mơ, vật vã hoặc hôn mê.
- Thiếu niệu hoặc vô niệu.
- Tùy từng nguyên nhân gây sốc mà có biểu hiện lâm sàng khác nhau.

3. Xử trí.

3.1 Xử trí ban đầu.

Trước một trường hợp sốc, xử trí tích cực ban đầu là rất quan trọng nhằm cứu người bệnh qua cơn nguy kịch.

- Kêu gọi mọi người đến giúp đỡ, cùng cấp cứu người bệnh.
- Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn: mạch huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ.
- Đảm bảo thông thoáng đường thở bằng cách cho người bệnh nằm tư thế đầu ngửa thấp (hoặc quay về một bên nếu người bệnh nôn).
- Hút đờm dãi nếu người bệnh tiết nhiều đờm dãi và cho người bệnh thở oxy qua mũi với tốc độ 6-8 lít/phút. Tại tuyến xã nếu không có bình oxy có thể cho người bệnh thở oxy qua túi đựng oxy, tốt nhất nên cho oxy đi qua một bình chứa nước để đảm bảo đủ độ ẩm.
- Bù khối lượng tuần hoàn bằng truyền tĩnh mạch tốc độ nhanh dung dịch đẳng trương (Ringer lactat), không nên dùng các dung dịch đường để bồi phụ lại khối lượng tuần hoàn. Trong trường hợp nguy cấp cần lập nhiều đường truyền cùng một lúc. Tốc độ truyền có thể tới 1 lít dịch trong 15-20 phút, trong giờ đầu tiên phải truyền được 2 lít dịch. Cố gắng bồi phụ dịch với tốc độ nhanh trong trường hợp sốc do chảy máu, khối lượng dịch bù vào cần gấp 2-3 lần khối lượng máu đã mất.
- Trong trường hợp băng huyết phải bằng mọi cách cầm máu ngay lập tức và cân nhắc truyền máu cho người bệnh. Việc quyết định truyền máu hay không chủ yếu dựa vào lâm sàng và xét nghiệm hemoglobin < 50g/lít. Nên tiến hành thử máu tại giường bệnh.

- Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn 15 phút/lần.
- Xét nghiệm công thức máu, chức năng gan thận, các yếu tố đông máu...
- Trong trường hợp sốc do nhiễm khuẩn cần cấy máu, cấy sản dịch tìm nguyên nhân gây bệnh sau đó dùng ngay kháng sinh phổ rộng và kết hợp kháng sinh, khi đã có kháng sinh đồ thì dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

3.2. Xử trí theo nguyên nhân gây sốc.

Sau khi điều trị ban đầu người bệnh đã ổn định thì tiến hành xác định nguyên nhân gây sốc.

3.2.1. Sốc do mất máu.

- Xác định nguyên nhân chảy máu và xử trí cầm máu ngay lập tức: có thể chảy máu do sảy thai, sảy thai trứng hoặc do thai ngoài tử cung vỡ. Cũng có thể chảy máu trong những tháng cuối thời kỳ thai nghén hay trong chuyển dạ như rau tiền đạo, rau bong non, vỡ tử cung, sang chấn đường sinh dục sau đẻ hay đỡ tử cung gây băng huyết. Trong các trường hợp này phải nhanh chóng hoặc bằng thuốc hoặc bằng thủ thuật hay phẫu thuật để cầm máu.
- Truyền máu càng sớm càng tốt bù đắp lại khối lượng tuần hoàn đã mất.

Tuyển xã.

- Gọi tuyến trên để được giúp đỡ, huy động tất cả nhân viên sẵn có tập trung chống sốc cho người bệnh.
- Tư vấn cho gia đình và chuyển tuyến trên, có nhân viên y tế đi kèm.
- Truyền dịch, thông tiểu trong khi chờ tuyến trên và trên đường chuyển tuyến.

Tuyển huyện trở lên.

- Bồi phụ đủ thể tích máu đã mất bằng truyền máu (nếu có điều kiện) hoặc dịch thay thế như Ringer lactat, huyết thanh mặn 0,9%.
- Cho thở oxy.
- Trợ tim mạch: dopamin truyền tĩnh mạch (ống 50mg, liều khởi đầu là <5mcg/kg/phút, tăng dần liều lượng có thể tới 20mcg/kg/phút).
- Chống rối loạn đông máu bằng dùng các thuốc chống tiêu fibrine và các chế phẩm máu.
- Điều trị nguyên nhân gây chảy máu.
- Đối với tuyến huyện nếu trong quá trình xử trí tình trạng bệnh nhân nặng thì cần chuyển tuyến tỉnh hoặc mời tuyến tỉnh hỗ trợ.

3.2.2. Sốc do nhiễm khuẩn và nhiễm độc.

Tuyển xã.

Tiêm bắp kháng sinh phối hợp liều cao (có thể ampicilin 1g và gentamycin 160 mg), hồi sức tích cực ban đầu và chuyển tuyến trên.

Tuyển huyện trở lên.

- Thở oxy, truyền dịch.
- Trợ tim.
- Kháng sinh liều cao phối hợp và theo kháng sinh đồ.
- Corticoid.
- Xử trí nguyên nhân nhiễm khuẩn: dẫn lưu ổ mủ, loại bỏ ổ nhiễm khuẩn (cắt tử cung).
- Đối tuyến huyện, nếu tình trạng bệnh nhân nặng cần chuyển tuyến tỉnh hoặc mời tuyến tỉnh hỗ trợ.

3.3. Đánh giá lại.

Sau khi đã điều trị tích cực trong khoảng 30 phút cần đánh giá lại xem người bệnh có đáp ứng với điều trị không:

- Mạch, huyết áp có ổn định không (mạch dần chậm lại, huyết áp tăng lên).
- Tình trạng tri giác của người bệnh cải thiện lên (người bệnh tỉnh táo lại hoặc bớt lú lẫn).
- Lượng nước tiểu cải thiện (lượng nước tiểu >30ml/giờ). Theo dõi lượng dịch vào và dịch ra.
- Nếu tình trạng người bệnh cải thiện thì tiếp tục điều trị duy trì, nâng huyết áp và cân bằng lượng nước vào và ra, đồng thời điều trị nguyên nhân gây sốc.
- Nếu tình trạng người bệnh không cải thiện thì phải tiếp tục điều trị tích cực, tiếp tục truyền dịch.
- Tiếp tục theo dõi truyền dịch.
- Làm các xét nghiệm cần thiết để tiên lượng và chẩn đoán nguyên nhân.
- Tiến hành xử trí theo nguyên nhân: xem xét cắt tử cung trong trường hợp sốc do nhiễm khuẩn hậu sản, thắt động mạch tử cung, động mạch hạ vị hoặc cắt tử cung trong sốc do chảy máu.