



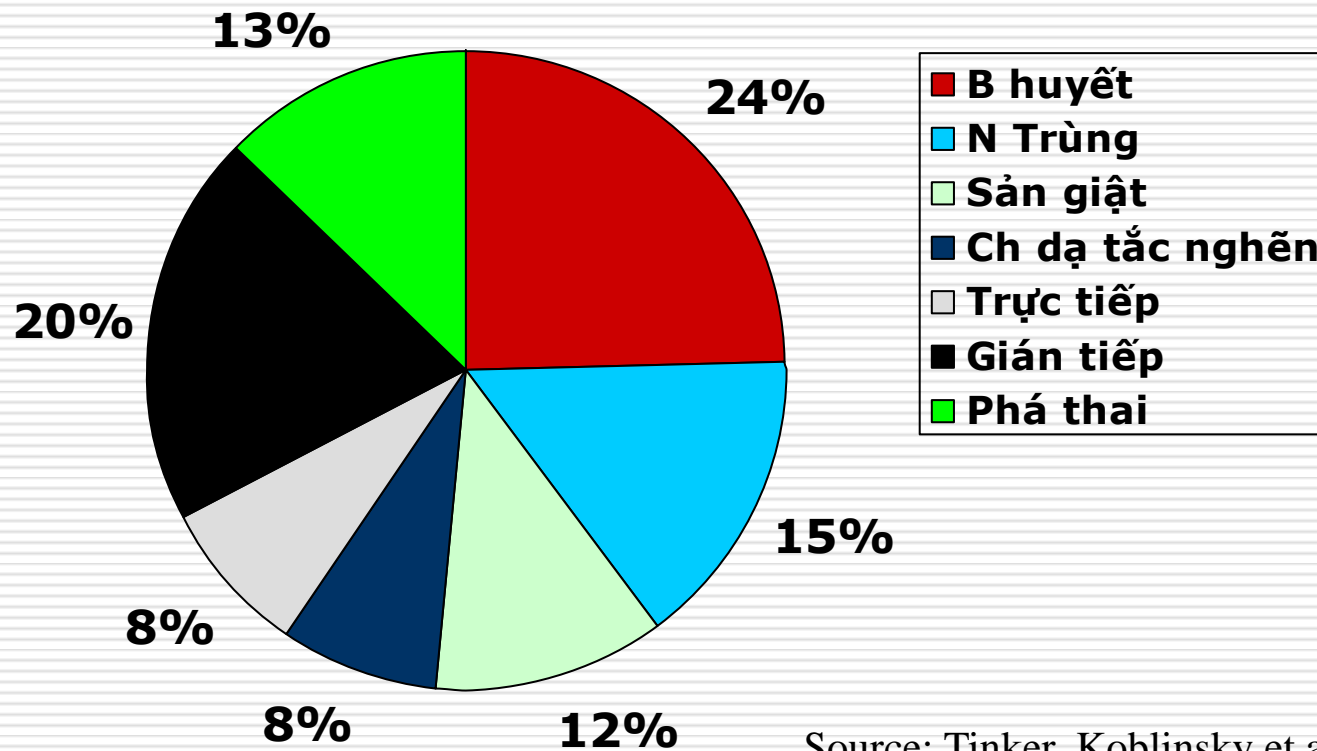
Bảng Huyết Sau Sinh

Định Nghĩa, Xếp Loại & Những Chạm Bẫy Trong Đánh Giá Lượng Máu Mất

*Bác sĩ Trịnh Hữu Thọ
Giám Đốc Trung Tâm CSSKSS An Giang*

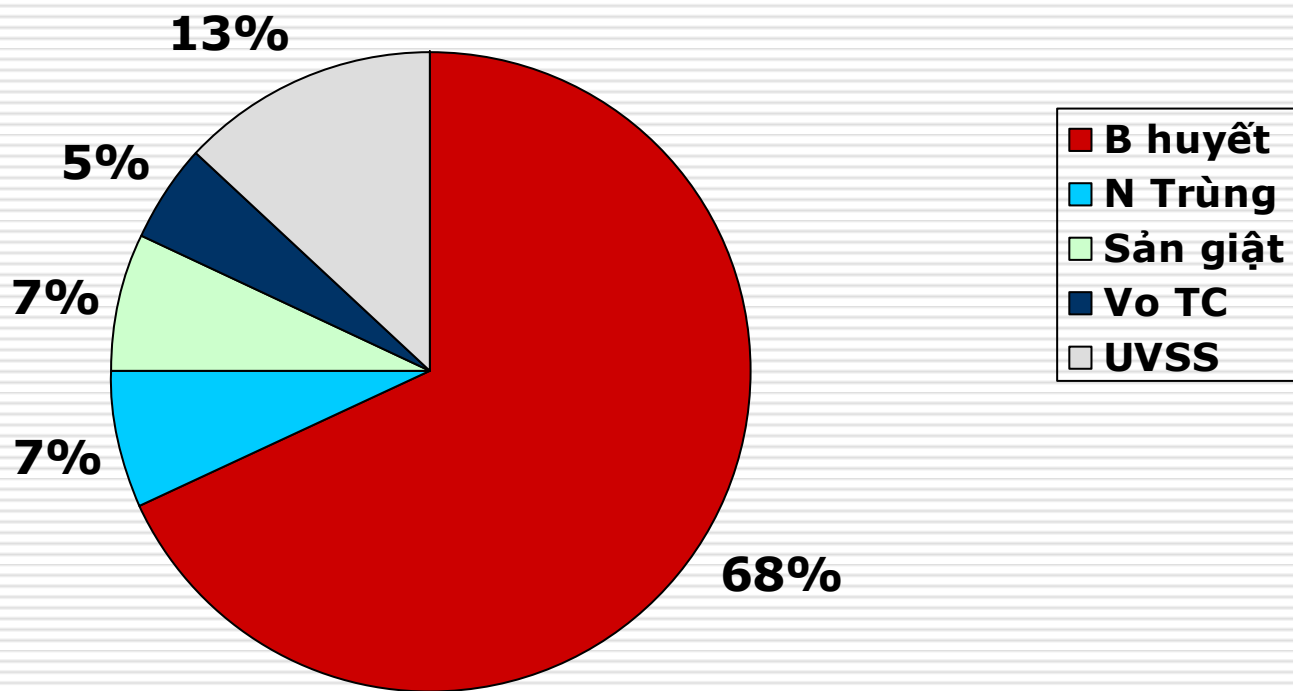


Nguyên Nhân Tử Vong Mẹ Trên Thế Giới



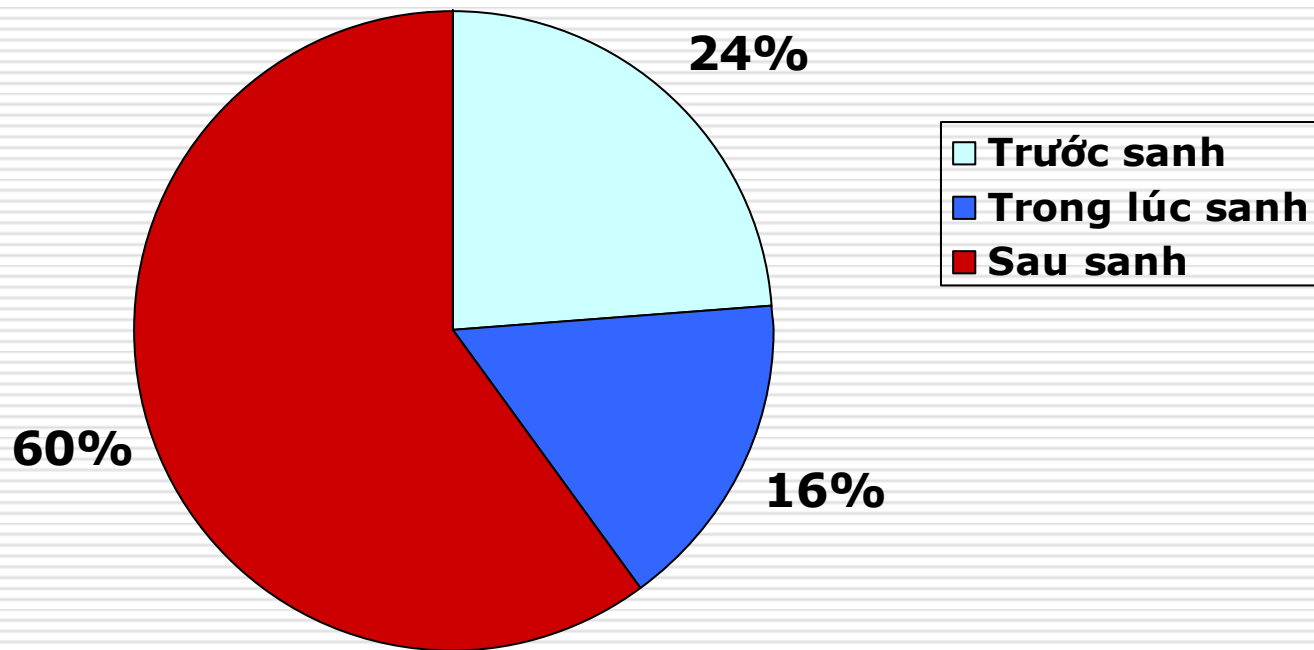
Source: Tinker, Koblinsky et al. 1993

Nguyên Nhân Tử Vong Mẹ Việt Nam



Source: VSKSS – BHYT 2005

Thời Điểm Xảy Ra Tử Vong Mẹ



Tử Vong Do Băng Huyết Theo Vùng

	Châu Phi	Châu Á	CMLT & Caribbean	Các nước PT
Dữ liệu	8	11	10	5
Chết mẹ	4.508	16.089	11.777	2.823
Chảy máu	33,9%	30,8%	20,8%	13,4%
Cao HA	9,1%	9,1%	25,7%	16,1%
Nhiễm khuẩn	9,7%	11,6%	7,7%	2,1%

Source: Khan et al. 2006.

Nguy Cơ Chết Mẹ Liên Quan Đến Mang Thai & Sinh Đẻ

Vùng	Nguy cơ tử vong
Các nước đang phát triển	1/48
Châu Phi	1/16
Châu Á	1/65
Châu mỹ LT & Caribbean	1/130
Các nước phát triển	1/1.800
Châu Âu	1/1.400
Bắc Mỹ	1/3.700

Biến Chứng Và Thời Gian Tử Vong

Biến chứng	Thời gian từ lúc xảy ra đến khi tử vong
BHSS nặng	2 giờ
Chảy máu trước sanh	12 giờ
Vỡ tử cung	1 ngày
Sản giật	2 ngày
Chuyển dạ tắc ngẽn	3 ngày
Nhiễm khuẩn	6 ngày

Định nghĩa

- ❑ BHSS áp dụng cho thai ≥ 20 tuần
- ❑ Theo WHO (1990): "*Bất kỳ trường hợp mất máu nào từ đường sinh dục trong suốt cuộc đẻ trên 500 ml máu*"
- ❑ *Lượng máu mất trung bình sanh bằng đường âm đạo: 300-500ml, mổ lấy thai: 1000ml.*
- ❑ *5% sanh đường AĐ mất >500 ml.*

Xếp loại

Theo kinh điển:

- ❑ BHSS sớm (nguyên phát): chảy máu xảy ra trong 24 giờ đầu sau sanh
- ❑ BHSS muộn (thứ phát): chảy máu từ 24g đến 12 tuần đầu sau sanh
 - *BHSS thứ phát chỉ chiếm 1-3% cuộc đẻ*

Lượng máu mất cả 2 trường hợp đều được đánh giá không đúng mức

Xếp loại

Theo lượng máu mất (*ICD-10-AM*)

BHSS là khi mất $\geq 500\text{ml}$ máu (sinh bằng đường âm đạo) và $\geq 750\text{ml}$ (mổ lấy thai).

Theo sự thay đổi Hct (*Hiệp hội SPK Hoa Kỳ*)

BHSS là khi giảm 10% Hct so với trước sanh.

Theo sự mất máu nhanh hay chậm

Chảy máu nặng khi mất $> 150\text{ml/phút}$ ($> 50\%$ thể tích/20phút) hay đột ngột mất $> 1.500-2.000\text{ml}$ (đờ tử cung mất 25-35% thể tích máu)

Xếp loại (theo Benedetti)

Nhóm	Lượng máu mất (ml)	%
1	900	15
2	1.200 - 1.500	20 - 25
3	1.800 - 2.100	30 - 35
4	2.400	40

Nhóm 1: PN 60 kg có 6.000 ml máu ở tuổi thai 30 tuần. Khi mất < 900 ml máu thì hiếm khi biểu hiện lâm sàng.

Nhóm 2: M & HH nhanh, có thể ghi nhận được sự thay đổi HA, nhưng đầu chi chưa lạnh.

Nhóm 3: Tụt huyết áp rõ rệt, nhịp tim nhanh (120-160l/p), đầu chi lạnh.

Nhóm 4: Trụy mạch, tụt huyết áp, mạch khó bắt có thể trụy tuần hoàn và gây ngưng tim và tử vong.



Xếp Loại Theo Nguyên Nhân

□ Nguyên phát (4 T)

Tonus: đờ tử cung chiếm 75-90%

Tissue: sót nhau, mô

Trauma: tổn thương sinh dục

Thrombin: rối loạn đông máu

□ Thứ phát

Xếp Loại Theo Dấu Hiệu LS

Lượng máu mất		Huyết áp (mmHg)	Dấu hiệu & triệu chứng
%	ml		
10 – 15	500 – 1000	Bình thường	Hồi hộp, chóng mặt, nhịp tim nhanh.
15 – 25	1000 – 1500	Giảm nhẹ	Mệt lã người, toát mồ hôi, tim nhanh.
25 – 35	1500 – 2000	70 – 80	Vật vã, tái nhợt, thiếu niệu.
35 – 45	2000 – 3000	50 – 70	Trụy mạch, thở hức, vô niệu.

Xếp Loại (Thực Hành LS ở bệnh viện)

Xếp loại BHSS	Ước lượng máu mất (ml)	Thể tích máu mất (%)	Dấu hiệu & Triệu chứng
0 (bình thường)	< 500	< 10	Không
	Đường báo động		
1	500 – 1.000	15	Rất ít
	Đường hành động		
2	1.200 – 1.500	20 - 25	Nước tiểu ↓ Mạch ↑ Hô hấp ↑ Hạ HA tư thế Mạch nhẹ
3	1.800 – 2.100	30 - 35	Hạ HA Tim nhanh Toát mồ hôi lạnh Thở nhanh
4	> 2.400	> 40	Choáng nặng



(1) Cân theo dõi kỹ ± điều trị thay thế (truyền dịch); (2) Điều trị thay thế (truyền dịch) và thuốc co hồi tử cung
 (3) Điều trị khẩn cấp; (4) Xử trí tích cực chuẩn (50% sẽ tử vong nếu không được điều trị tích cực và kịp thời).

Sự đáp ứng sinh lý trong thai kỳ

- ❑ Trong tam cá nguyệt 3 để chuẩn bị cho việc mất máu trong sinh đẻ cơ thể tăng 42% thể tích huyết tương và 24% thể tích hồng cầu.
- ❑ Tiền sản giật nặng thể tích huyết tương và hồng cầu không khác người không mang thai (hiện tượng cô đặc máu).

Sự đáp ứng sinh lý trong thai kỳ

- ❑ Cuộc sinh được xem là có tai biến khi lượng máu mất:
 - >500 ml (sinh đường âm đạo)
 - >1000 ml (mổ lấy thai)
 - 1.500 ml (mổ lấy thai lần hai+cắt TC)
 - ≥ 3.500 ml (mổ cắt TC cấp cứu)
- ❑ Cắt tầng sinh môn mất máu thêm khoảng 154 ml

Chẩn Đoán BHSS (PP lâm sàng)

	I	II	III	IV
% máu mất	15	20 – 25	30 – 35	40
M (nhịp/ph)	BT	100	120	140
HA _{max} (mmHg)	BT	BT	70 – 80	60
HAđmtb(mmHg)	80 – 90	80 – 90	50 – 70	50
Tưới máu mô cơ thể	Hạ HA tư thế	Co mạch ngoại vi	Nhợt nhạt, vật vã, thiếu niệu	Trụy mạch, vô niệu, thờ hờ

Chẩn Đoán BHSS (PP lâm sàng)

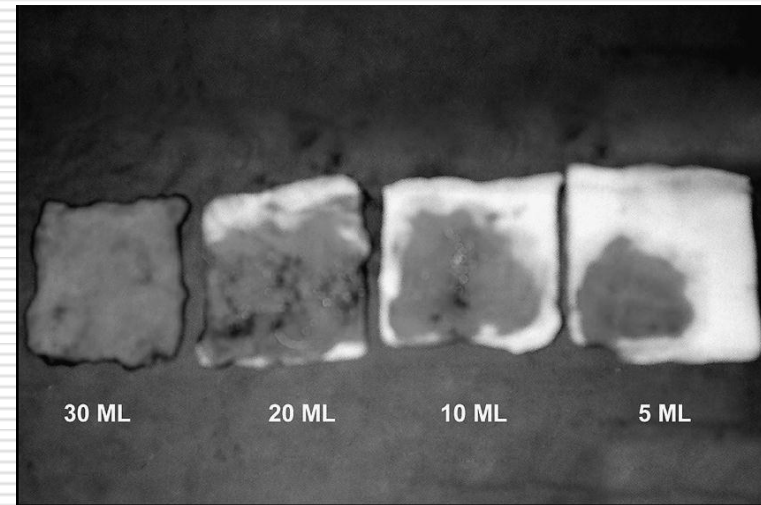
- ❑ Khi $HA_{\max} < 100$ mmHg và $M > 100$ lần/p là dấu hiệu trễ biểu hiện mất bù.
- ❑ Hct và Hb không phản ánh chính xác tình trạng mất máu cấp.
- ❑ BHSS độ III nếu không can thiệp kịp thời sẽ sốc không hồi phục.
- ❑ Phát hiện BHSS độ I và II là rất cần thiết

Chẩn Đoán BHSS (PP định lượng bằng mắt thường)

- ❑ Mang tính chủ quan
- ❑ Một báo cáo của 32.799 ca sanh ở nhiều BV ở Anh Quốc từ 1963-1972 tỷ lệ BHSS là 0,47%, trong khi đó thực tế nhiều nghiên cứu thì tỷ lệ này là 2-11%.
- ❑ Sự sai lệch giữa ước lượng bằng mắt thường và PP định lượng máu mất lên đến 45% (Newton et al, 1961)

Chẩn Đoán BHSS (PP định lượng bằng mắt thường)

- ❑ Có cải thiện bằng chuẩn hoá và huấn luyện nhân viên, sử dụng những vật chứa có ghi sẵn định mức



Chẩn Đoán BHSS (PP định lượng bằng mắt thường)

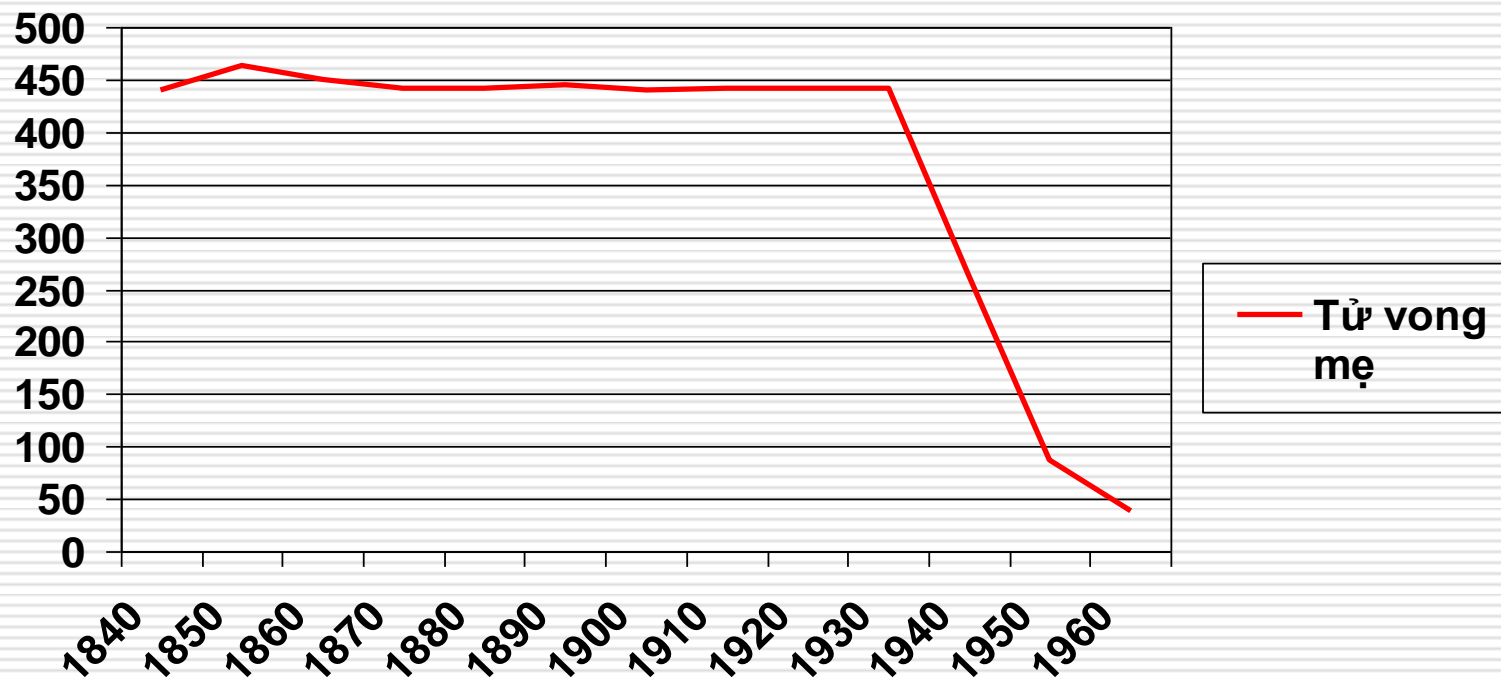


Theo dõi lượng máu mất bằng túi nhựa hình chữ V có chia độ sẵn (BRASSS-V)

Những Phương Pháp Khác

- ❑ PP phân tích trọng lượng (Gravimetric method): cân gạc trước và sau sanh.
- ❑ PP Acid hematin
- ❑ Đo lượng hồng cầu được đánh dấu (Measurement of tagged erythrocytes)

Tử Vong Mẹ: Anh Quốc 1840–1960



Cải thiện dinh dưỡng
& vệ sinh thai nghén

Khám thai

Cải thiện: đỡ đẻ, giải
phẫu, kháng sinh, ngân
hàng máu

Tài Liệu Tham Khảo

1. A. Coker and R.Oliver, Definitions and Classifications, *A textbook of Postpartum hemorrhage* 2006; 2: 11-16.

Xin Cám Ơn
Quý Vị Đại Biểu

