

# BẢNG HUYẾT SAU SANH

*Bs. Phạm Thanh Hải  
Bv Từ Dũ*

## Tóm tắt

**Dịch tễ:** theo WHO tỷ lệ BHSS thấp nhất tại Qatar (0,55%) và cao nhất tại Honduras (17,5%), tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2006 tỷ lệ BHSS là 0,38%. BHSS là nguyên nhân hàng đầu làm gia tăng tỷ lệ tử vong mẹ: Châu Phi (25%) Indonesia (43%); Philippines (53%) Guatemala (53%) tại các nước phát triển thấp hơn: Vương quốc Anh (16%); tại Mỹ giai đoạn 1987 – 1990 là 28,7%, giai đoạn 1991 – 1999 là 17%; tại Pháp là 13%. **Nguyên Nhân:** 1. *Đờ tử cung* 70% (các yếu tố nguy cơ gây đờ tử cung như sau: Đa thai (OR=2,4), Người Tây Ban Nha (OR=2,21), Giục sanh > 18g (OR=2,23), Thai > 4500g (OR=2,05), Nhiễm trùng ối (OR=1,8), Mẹ tiểu đường (OR=7,6), Chuyển dạ kéo dài (OR=4,0)). 2. *Bất thường của bánh nhau* 10% (Sốt nhau, Nhau cài răng lược). 3. *Chấn thương sinh dục* 20%. 4. *Rối loạn đông máu* 1%. **Yếu Tố Nguy Cơ:** 1. *Tuổi* (OR = 1,5); 2. *Chủng tộc:* Châu Á OR = 1,73, Tây Ban Nha OR = 1,66; 3. *BMI* (OR= 1,5); 4. *Số lần sanh > 5 lần;* 5. *Bệnh lý nội khoa:* hội chứng Marfans, Ehlers-Danlos, bệnh von WilleBrand, Hemophilia . . . 6. *Thai quá ngày* (OR = 1,37); 7. *Thai phì đại* (OR = 2,01); 8. *Đa thai* (OR 1,8 – 4,4). 9. *U xơ tử cung* (OR= 1,9); 10. *Chảy máu trong thai kỳ;* 11. *Tiền căn BHSS* (OR= 2,2); 12. *Tiền căn mổ lấy thai* (OR=3,1); 13. *Giục sanh* (OR từ 1,5 – 5,5); 14. *Thời gian chuyển dạ kéo dài* (OR=1,6); 15. *Giảm đau* (OR=1,3); 16. *Sanh kèm hay hút* (OR = 1,66); 17. *Nhiễm trùng ối* (OR = 1,3). **Dự Phòng:** 1. *Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ* phòng ngừa đờ tử cung (mất > 500ml với RR = 0,38 – 95% CI: 0,32 – 0,46; mất > 1000ml với RR = 0,33 – 95% CI: 0,21 – 0,51). 2. *Misoprostol:* WHO khuyến cáo sử dụng 600µg uống để dự phòng BHSS. **Điều Trị:** Thuốc gò tử cung (đờ tử cung), Chèn lòng tử cung, Thuyên tắc động mạch, Mũi may B-Lynch, Thắt động mạch tử cung, Thắt động mạch hạ vị, Cắt tử cung

## POSTPARTUM HEMORRHAGE

### Summary

**Epidemiology:** WHO: the prevalence ranged from a low of 0,55% of deliveries in Qatar to a high of 17,5% in Honduras. In Từ Dũ hospital (2006), the prevalence is 0,38%. PPH is a significant cause of maternal mortality: Africa (25%); Indonesia (43%); Philippines (53%); Guatemala (53%); United Kingdom (16%); France (13%). **Causes of PPH:** 1. *Uterine atony* 70% (risk factors of uterine atony: multiple gestation (OR=2,4), Hispanic race (OR=2,21), augmented labor > 18g (OR=2,23), infant birth weight > 4500g (OR=2,05), Chorioamnionitis (OR=1,8), gestational diabetes (OR=7,6), prolonged second stage of labor (OR=4,0)). 2. *Tissue* 10% (retained placentas, placental accreta). 3. *Trauma* 20%. 4. *Thrombin* 1%. **Risk factors:** 1. *Age* (OR = 1,5); 2. *Ethnicity:* Asian OR = 1,73, Hispanic race OR = 1,66; 3. *BMI* (OR= 1,5); 4. *Parity > 5 times;* 5. *Other medical conditions* : Marfans syndrome, Ehlers-Danlos syndrome, von WilleBrand's disease, Hemophilia disease. . . 6. *Prolonged pregnancy* (OR = 1,37); 7. *Fetal macrosomia* (OR = 2,01); 8. *Multiple gestation* (OR 1,8 – 4,4). 9. *Fibroids* (OR= 1,9); 10. *Antepartum hemorrhage;* 11. *Previous history of PPH* (OR= 2,2); 12. *Previous Cesarean delivery* (OR=3,1); 13. *Induction of labor* (OR từ 1,5 – 5,5); 14. *Duration of labor* (OR=1,6); 15. *Analgesia* (OR=1,3); 16. *Forceps or Ventouse delivery* (OR = 1,66); 17. *Chorioamnionitis* (OR = 1,3). **Prevention:** 1. *Active management of the third stage of labor:* the incidence of PPH both at the 500ml (RR = 0,38 – 95% CI: 0,32 – 0,46); and 1000ml (RR = 0,33 – 95% CI: 0,21 – 0,51) levels was significantly decreased in the active managed group compared to the control group. 2. *Misoprostol:* WHO recommend oral 600µg misoprostol to prevent PPH. **Treatment:** Medical uterotonic therapy, Internal uterine tamponade, Embolization, the B-Lynch technique, Uterine

artery ligation, Hypogastric artery ligation, Hysterectomy.

## Tầm Quan Trọng

Băng huyết sau sanh (BHSS) là một tai biến nguy hiểm ảnh hưởng nặng nề đến sức khỏe bà mẹ và là tai biến thường gặp nhất trong 5 tai biến sản khoa.

Nghiên cứu của WHO<sup>[6]</sup> về BHSS trên 50 nước trên thế giới cho thấy tỷ lệ BHSS thấp nhất tại Qatar (0,55%) và cao nhất tại Honduras (17,5%). Tại Việt Nam, trong những năm 1986 – 1990, tử vong do BHSS chiếm 27,5% tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ Sơ sinh. Tỷ lệ này giảm nhanh trong giai đoạn 1996 – 2001 còn 1,3% với tỷ lệ BHSS là 0,54% các thai phụ<sup>[1]</sup>. Tại Bệnh viện Hùng Vương tỷ lệ BHSS là 1,5% thai phụ đến sanh<sup>[4]</sup>. Tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2006, có 164 trường hợp BHSS trong số 44.675 thai phụ sinh chiếm tỷ lệ 0,38%<sup>[3]</sup>.

Có nhiều nghiên cứu và báo cáo kết luận rằng BHSS là nguyên nhân hàng đầu làm gia tăng tỷ lệ tử vong mẹ.

Tại Mỹ, tỷ lệ tử vong mẹ vào khoảng 7 – 10 / 100.000 trẻ sinh sống, trong đó có khoảng 8% tử vong do BHSS (Berg, 1996). Ở những nước công nghiệp, BHSS luôn ở trong 3 nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ cùng với thuyên tắc ối và rối loạn huyết áp trong thai kỳ.

Nghiên cứu WHO về tử vong mẹ tại Châu Phi<sup>[14]</sup> đưa ra các nguyên nhân tử vong mẹ như sau: vỡ tử cung (8%); rối loạn huyết áp (12%), sảy thai (13%); nhiễm trùng (15%); BHSS (25%). Tại một số nước khác tỷ lệ tử vong mẹ do BHSS chiếm tỷ lệ còn cao hơn<sup>[6]</sup>: Indonesia (43%); Philippines (53%) và Guatemala (53%).

Duthie<sup>[19]</sup> khảo sát các trường hợp tử vong mẹ tại Châu Á cho thấy tỷ lệ tử vong mẹ do BHSS tại Nhật Bản (1986 – 1990) là 39%; tại Hồng Kông (1961 – 1985) là 34%; tại Ấn Độ (1993 – 1998) là 27,65%; tại Indonesia (1995 – 1999) là 41%; tại Ả rập Saudi (1983 – 2002) là 43,75%; tại Sri Lanka là 20% và Bangladesh là 27,9%.

Tỷ lệ này tại các nước phát triển thấp hơn<sup>[17]</sup>: Vương quốc Anh (16%); tại Mỹ giai đoạn 1987 – 1990 là 28,7%, giai đoạn 1991 – 1999 là 17%; tại Pháp là 13%.

## Định Nghĩa<sup>[7]</sup>

Chảy máu từ đường sinh dục > 500ml trong vòng 24 giờ sau sổ thai.

Độ	Lượng máu mất	% máu mất
1	900	15
2	1200 – 1500	20 – 25
3	1800 – 2100	30 – 35
4	2400	40

## Nguyên Nhân<sup>[17]</sup>

### Đờ tử cung

Đờ tử cung là nguyên nhân hàng đầu gây nên BHSS, nó có thể xảy ra sau sanh thường hay sanh thủ thuật. Tỷ lệ đờ tử cung sau mổ lấy thai là 6%. Một nghiên cứu đoàn hệ sau khi phân tích hồi qui đa biến đưa ra các yếu tố nguy cơ gây đờ tử cung như sau:

Yếu tố	OR	Khoảng tin cậy 95%
Đa thai	2,4	1,95 – 2,93
Người Tây Ban Nha	2,21	1,9 – 2,57
Giục sanh > 18g	2,23	1,92 – 2,6
Thai > 4500g	2,05	1,53 – 2,69
Nhiễm trùng ối	1,8	1,55 – 2,09
Mẹ tiểu đường	7,6	6,9 – 9,0

## **Bất thường của bánh nhau**

### *Sốt nhau*

Sốt nhau xuất hiện với tỷ lệ 0,5 – 3% các cuộc chuyển dạ và nó là nguyên nhân chiếm 10% các trường hợp BHSS. Nghiên cứu tại Aberdeen trên 36000 thai phụ thấy rằng tỷ lệ BHSS sau sanh ngã âm đạo ở nhóm sốt nhau là 21,3% trong khi ở nhóm chứng là 3,5%.

Nghiên cứu đoàn hệ ở Hà Lan nhận thấy sốt nhau có liên quan mật thiết với máu mất sau sanh > 500ml (OR = 7,83; CI 95% 3,78 – 16,22); máu mất sau sanh > 1000ml (OR = 11,73; CI 95% 5,67 – 24,1) và truyền máu sau sanh (OR = 21,7; CI 95% 8,9 – 53,2).

### *Nhau cài răng lược*

Nhau cài răng lược chiếm tỷ lệ 0,001 – 0,05% thai kỳ và có liên quan mật thiết với sự gia tăng của số lần mổ lấy thai (OR = 4,11; CI 95% 0,83 – 19,34).

Zaki và cộng sự nghiên cứu thấy BHSS xuất hiện trong 91,7% các trường hợp nhau cài răng lược nhiều hơn so với nhóm nhau tiền đạo 18,4% (OR = 48,9; CI 95% 5,93 – 403,25); hơn 50% các trường hợp nhau cài răng lược phải cắt tử cung cấp cứu so với nhóm nhau tiền đạo là 2% (OR = 48; CI 95% 7,93 – 290,48).

## **Chấn thương sinh dục**

Chấn thương sinh dục chiếm khoảng 20% các trường hợp BHSS. Nghiên cứu tại Hà Lan cho thấy chấn thương sinh dục là tác nhân gây máu mất > 1000ml sau sanh với OR = 1,82; CI 95% 1,01 – 3,28.

## **Rối loạn đông máu**

Rối loạn đông máu chiếm tỷ lệ 1% trong các trường hợp BHSS. Nguyên nhân có thể do nhau bong non, sốc nhiễm trùng, thai lưu, thuyên tắc ối, sảy thai trên người có bệnh lý về máu.

## **Yếu Tố Nguy Cơ<sup>[17]</sup>**

### **Trong thai kỳ**

#### *Tuổi*

Tuổi càng lớn càng có nguy cơ BHSS. Phân tích đa trung tâm tại Nhật Bản thấy tuổi  $\geq 35$  là yếu tố nguy cơ chảy máu sau sanh (OR = 1,5; CI 95% 1,2 – 1,9) và sau mổ (OR = 1,8; CI 95% 1,2 – 2,7). Nghiên cứu tại Nigeria cũng cho kết quả tương tự.

#### *Chủng tộc*

Nhiều nghiên cứu cho thấy người Châu Á có nguy cơ BHSS cao (OR = 1,73; CI 95% 1,2 – 2,49). Tương tự như vậy đối với người Tây Ban Nha (OR = 1,66; CI 95% 1,02 – 2,69).

#### *BMI*

Béo phì gia tăng biến chứng chảy máu trong sanh và sau sanh. Khi BMI > 30 có nguy cơ băng huyết cao gấp 1,5 lần BMI 20 – 30 (CI 95% 1,2 – 1,8).

#### *Số lần sanh*

Nghiên cứu tại Úc sau khi phân tích hồi qui đa biến nhận thấy có sự liên quan mật thiết giữa tình trạng sanh nhiều (> 5 lần) và tình trạng máu mất sau sanh > 500ml.

#### *Bệnh lý nội khoa*

Tỷ lệ BHSS ở nhóm tiểu đường type II là 34% so với nhóm không tiểu đường là 6%. Một số bệnh lý có liên quan đến BHSS như: hội chứng Marfans, Ehlers-Danlos, bệnh von WilleBrand, Hemophilia . . .

#### *Thai quá ngày*

Thai quá 42 tuần tuổi có liên quan đến tình trạng BHSS (OR = 1,37; CI 95% 1,28 – 1,46).

#### *Thai phì đại*

Nhiều nghiên cứu trên thế giới chứng minh mối liên quan giữa thai phì đại và BHSS. Tại Anh thai > 4000g liên quan với OR = 2,01; CI 95% 1,93 – 2,1. Tại Mỹ, thai 4000g – 4499g liên quan với

OR = 1,69; CI 95% 1,58 – 1,82; thai 4500g – 4999g liên quan với OR = 2,15; CI 95% 1,86 – 2,48.

### Đa thai

Đa thai được chứng minh là yếu tố nguy cơ BHSS qua nhiều nghiên cứu:

Tác giả	OR (RR)	Khoảng tin cậy 95%
Walker	1,88	1,81 – 1,95
Nghiên cứu tại Hà Lan	2,6	1,06 – 6,39
Magann	2,2	1,5 – 3,2
Stones	4,46	3,01 – 6,61

### U xơ tử cung

Tại Nhật Bản chứng minh phụ nữ có u xơ tử cung là yếu tố nguy cơ của BHSS

	OR	Khoảng tin cậy 95%
Sau sanh	1,9	1,2 – 3,1
Sau mổ	3,6	2,0 – 6,3

### Chảy máu trong thai kỳ

	OR	Khoảng tin cậy 95%
Nghiên cứu Stones		
Nhau bong non	12,6	7,61 – 20,9
Nhau tiền đạo chảy máu	13,1	7,47 – 23
Nhau tiền đạo không chảy máu	11,3	3,36 – 38,1
Nghiên cứu Ohkuchi		
Nhau bám thấp	4,4	2,2 – 8,6
Nhau tiền đạo	6,3	4,0 – 9,9

### Tiền căn bản thân

Tiền căn	OR	Khoảng tin cậy 95%
Tiền căn BHSS	2,2	1,7 – 2,9
Tiền căn mổ lấy thai	3,1	2,1 – 4,4

### Trong chuyển dạ

#### Giục sanh

Sử dụng Oxytocin tăng co trong chuyển dạ là một yếu tố nguy cơ gây BHSS

Tác giả	OR	Khoảng tin cậy 95%
Magann	1,5	1,2 – 1,7
Bais	1,74	1,06 – 2,87
Thư viện Cochrane	5,5	1,26 – 24,07

Một phân tích meta về mối tương quan giữa sử dụng misoprostol giục sanh trong chuyển dạ và tình trạng BHSS thấy rằng không có sự khác biệt khi so sánh giữa các nhóm. So sánh với placebo (2 nghiên cứu 107 thai phụ, RR = 0,98 – 95% CI 0,73 – 1,31); so với postaglandin đặt âm đạo (5 nghiên cứu 1002 thai phụ, RR = 0,88 – 95% CI 0,63 – 1,22); so với oxytocin (2 nghiên cứu 245 thai phụ, RR = 0,51 – 95% CI 0,16 – 1,66).

#### Thời gian chuyển dạ

Magann và cộng sự nếu chuyển dạ giai đoạn 1 ở người con so > 20 giờ, ở người con rạ > 14 giờ hay trong giai đoạn hoạt động con so CTC mở < 1,2 cm/giờ, con rạ < 1,4 cm/giờ có liên quan đến BHSS với OR 1,6 nhưng 95% CI mở rộng chứa giá trị 1.

#### Giảm đau

Nghiên cứu bệnh chứng tìm mối tương quan giữa giảm đau trong chuyển dạ và BHSS thấy rằng giảm đau trong chuyển dạ có tương quan với OR = 1,3 nhưng 95% CI mở rộng chứa giá trị 1.

### *Phương pháp sanh*

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về BHSS trong sanh thường hay mổ lấy thai (RR = 0,8, 95% CI 0,4 – 4,4). Sanh kèm hay hút là một yếu tố nguy cơ của BHSS với OR = 1,66 – 95% CI 1,06 – 2,6. Sanh kèm sau sanh hút thất bại càng tăng yếu tố nguy cơ với OR = 1,9 – 95% CI 1,1 – 3,2.

### *Nhiễm trùng ối*

Nhiều nghiên cứu chứng minh rằng nhiễm trùng ối là một trong những yếu tố nguy cơ gây BHSS với OR = 1,3 (95% CI 1,1 – 1,7) sau sanh thường; và OR = 2,69 (95% CI 1,44 – 5,03) sau sanh mổ.

### **Dự Phòng**

#### **Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ<sup>[21]</sup>**

Kỹ thuật: tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin ngay sau sổ thai, kẹp dây rốn sớm. Chờ tử cung gò, căng dây rốn có kiểm soát tay còn lại đặt trên xương vệ đẩy ngược lại với lực kéo, kéo không quá 30 giây nếu nhau chưa bong chờ cơn sau.

Thư viện Cochrane tổng kết 5 thử nghiệm lâm sàng về xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ phòng ngừa đờc BHSS (mất > 500ml với RR = 0,38 – 95% CI: 0,32 – 0,46; mất > 1000ml với RR = 0,33 – 95% CI: 0,21 – 0,51). Hơn nữa xử trí tích cực còn giảm nguy cơ truyền máu sau sanh (RR = 0,34 – 95% CI: 0,22 – 0,53) và rút ngắn thời gian giai đoạn 3 của chuyển dạ (RR = 0,15 – 95% CI: 0,12 – 0,19).

Tại Việt Nam<sup>[5]</sup>, nghiên cứu Bùi Thị Phương (Hà Nội) và Cao Văn Nhựt cũng có kết quả tương tự.

#### **Misoprostol<sup>[8],[16]</sup>**

Có nhiều thử nghiệm ngẫu nhiên lẫn không ngẫu nhiên trên thế giới chứng minh Misoprostol có hiệu quả trong dự phòng BHSS.

Tác giả	Tên đề tài	Nhóm NC	Liều	Đường dùng	Nhóm chứng	Thuốc chứng
Channdhiok	Misoprostol uống trong dự phòng BHSS	600	600µg	Uống	600	Phác đồ phòng ngừa chuẩn
Zachariah	Misoprostol uống trong giai đoạn III chuyển dạ	730	400µg	Uống	[1] 617 [2] 676	[1] Oxytocin [2] Ergotamin
Ozkaya	Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng: misoprostol trong dự phòng BHSS	[1] 50 [2] 50	400µg	[1] Hậu môn [2] Uống	50	Giả dược
Hoj	Hiệu quả misoprostol trong dự phòng BHSS: thử nghiệm lâm sàng mù đôi	330	600µg	Dưới lưỡi	331	Giả dược
Oboro	Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng so sánh misoprostol và oxytocin trong xử trí tích cực gđIII	247	600µg	Uống	249	Oxytocin
Quiroga	Misoprostol đặt âm đạo trong dự phòng BHSS	208	800µg	Âm đạo	192	Phác đồ phòng ngừa chuẩn
Karkanis	Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng so sánh misoprostol và oxytocin trong xử trí tích cực gđIII	110	400µg	Hậu môn	113	Oxytocin
Kundodyiwa	Oxytocin và misoprostol trong giai đoạn III chuyển dạ	243	400µg	Uống	256	Oxytocin
Gerstenfeld	Misoprostol đặt trực tràng và oxytocin TM trong dự phòng BHSS	159	400µg	Hậu môn	166	Oxytocin
Gulmezoglu	WHO TNLS ngẫu nhiên đa trung tâm misoprostol trong dự phòng BHSS	9264	600µg	Uống	9266	Oxytocin
Bugalho	Misoprostol trong dự phòng BHSS	324	400µg	Hậu môn	339	Oxytocin
Ng PS	TNLS đa trung tâm về misoprostol và syntometrine trong gđ III chuyển dạ	1026	600µg	Uống	1032	Syntometrine
Hofmeyr	TNLS ngẫu nhiên sử dụng misoprostol trong gđ III chuyển dạ	250	400µg	Uống	250	Giả dược
El-Refaey	Misoprostol uống trong dự phòng BHSS	237	600µg	Uống	0	0

## Điều Trị Thuốc gò tử cung (dò tử cung)<sup>[10]</sup>

Thuốc	Liều dùng	Ghi chú
Oxytocin	10 đơn vị TB 20 đơn vị pha trong 500ml LR truyền TM.	Hạ huyết áp nếu tiêm TM trực tiếp. Ngộ độc nước
Ergometrine	0,25mg TB hay TM	Chống chỉ định trong tăng HA
Carboprost (15 methyl PGF <sub>2α</sub> )	0,25mg TB hay tiêm vào cơ tử cung. Có thể lập lại mỗi 15'. Tối đa 2mg.	Cẩn thận ở bệnh nhân suyễn, tăng HA, bệnh tim mạch.
Misoprostol	600 – 1000 g đặt vào các khoang	Rối loạn tiêu hóa, lạnh run, sốt
Tranexamic acid	1g TM mỗi 8 giờ	Tăng nguy cơ huyết khối

Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên mù đơn tại Nam Phi<sup>[13]</sup> so sánh Misoprostol 800µg đặt trực tràng với các thuốc co tử cung khác (oxytocin và ergotamine) trong điều trị băng huyết sau sanh có kết đáng khích lệ: tỷ lệ không kiểm soát máu chảy sau 20' ở nhóm Misoprostol 800µg là 6% so với nhóm điều trị chuẩn là 34% (RR 0.18, 95% CI 0.04 – 0.67). Tuy nhiên tỷ lệ cần những can thiệp sau đó không khác nhau ở hai nhóm. Mặt khác nghiên cứu này tiềm ẩn nhiều sai số do không thực hiện mù đôi hay mù ba. Misoprostol thuận lợi là do bảo quản đơn giản, không cần tủ lạnh. Khác với ergotamine không được dùng trong các trường hợp tăng huyết áp, Misoprostol an toàn sử dụng cho các bệnh nhân tiền sản giật. Tuy nhiên cần phải có thêm nhiều nghiên cứu để xem liệu misoprostol có là lựa chọn đầu tiên cho các trường hợp băng huyết sau sanh do dò tử cung hay không.

### Chèn lòng tử cung (Internal Uterine Tamponade)<sup>[9]</sup>

Chèn ép lòng tử cung sẽ gây tăng áp lực trong buồng tử cung do đó sẽ giảm được lượng máu chảy. Có hai phương pháp chèn ép lòng tử cung:

Phương pháp 1 sử dụng các balloon đặt vào buồng tử cung, khi balloon được bơm căng thì nó sẽ gia tăng áp lực trong lòng tử cung. Nếu không có tổn thương đường sinh dục thì lượng máu chảy sẽ được kiểm soát do áp lực trong buồng tử cung lớn áp lực trong cách mạch máu. S. Ferrazzani<sup>[18]</sup> nghiên cứu trên 13 trường hợp với tỷ lệ thành công là 12/13, một trường hợp tái chảy máu sau 3 giờ.

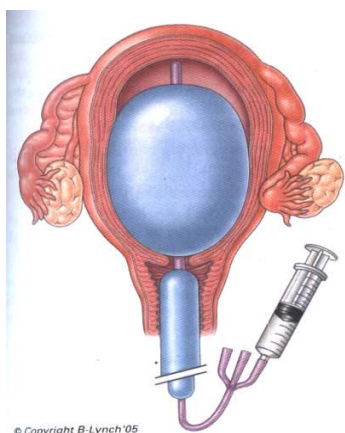


Figure 1 Sengstaken-Blakemore tube

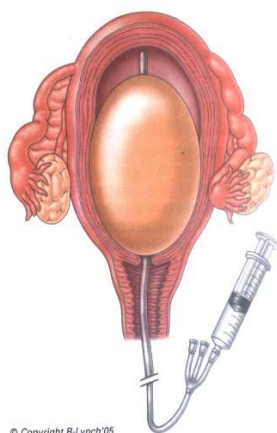


Figure 3 Bakri balloon

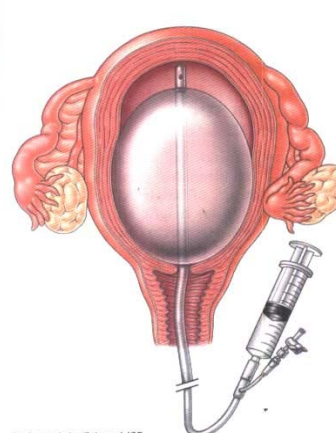


Figure 2 Rüşch hydrostatic balloon catheter

Phương pháp 2 là dùng những túi có chứa nhiều gạc cuộn lại ép chặt vào buồng tử cung tạo áp lực trực tiếp lên các hồ huyết hay các bề mặt chảy máu trong lòng tử cung. G.A Dildy<sup>[11]</sup> tổng hợp tỷ lệ thành công khi áp dụng phương pháp này như sau

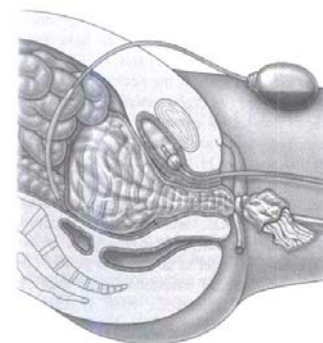


Figure 2 Diagram of the pelvic pressure pack *in situ*. Please see text for further explanation

Tác giả	Phụ khoa	Sản khoa
Parente, 1962	14/14	-
Burchell, 1968	8/8	-
Cassels, 1985	-	1/1
Robie, 1990	-	1/1
Hallak, 1991	-	1/1
Howard, 2002	-	1/1
Dildy	1/1	7/9
<b>Tổng cộng</b>	<b>23/23 (100%)</b>	<b>11/13 (85%)</b>

### Thuyên tắc động mạch

Thuyên tắc động mạch chọn lọc trong điều trị băng huyết sau sanh đã được mô tả cách nay hơn 30 năm<sup>[20]</sup> khi các phương pháp phẫu thuật khác không kiểm soát được sự chảy máu. Tỷ lệ thành công 97%. Khi mà thuyên tắc động mạch thành công không những bệnh nhân được cứu sống mà còn giữ được tử cung.

### Mũi may B-Lynch

Đây là mũi may đơn giản và đặc biệt hữu ích không những cầm máu tốt mà còn bảo tồn chức năng sinh sản cho người phụ nữ. Khả năng cầm máu có thể được đánh giá ngay sau khi tiến hành thủ thuật. Tuy nhiên mũi may B-lynch có một số khuyết điểm như phải có đường rạch ngang đoạn dưới, chỉ dùng phải đủ dài và thứ tự mũi may phức tạp. Để khắc phục khuyết điểm này, nhóm nghiên cứu của bác sĩ Hayman đã cải biên phương pháp B-Lynch theo hướng đơn giản hơn nhưng vẫn giữ được hiệu quả. Phương pháp Hayman bao gồm hai mũi may ngang đoạn dưới tử cung và hai mũi may dọc cột quanh thân tử cung để ngăn máu từ động mạch tử cung và động mạch thất lưng buồng trứng.

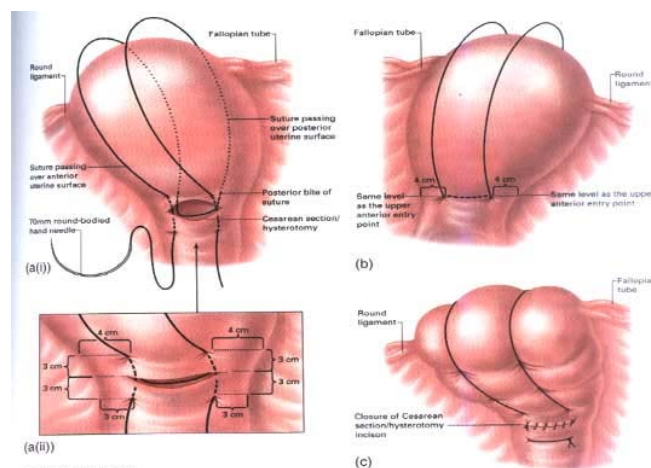


Figure 2a-c Summary of the application of the B-Lynch procedure

Giáo sư Christopher B-Lynch<sup>[15]</sup>, người sáng lập ra mũi may B-Lynch đã nghiên cứu trên 5 trường hợp với kết quả thành công cao.

Tuổi	28	22	23	35	30
Số thai	Đơn thai	Đơn thai	Song thai	Đơn thai	Đơn thai
Tuổi thai	39	43	37	38	40
Chẩn đoán	NBN - BHSS - DIC	BXĐC - Chuyển dạ KD	Sản giật - BHSS - DIC	Nhau tiền đạo	Đờ tử cung



BHSS	Nguyên phát	Nguyên phát	Nguyên phát	Thứ phát	Nguyên phát
Chăm sóc đặc biệt	48 giờ	48 giờ	72 giờ	72 giờ	48 giờ
Kết quả	Tốt, 3 năm sau sanh thường bé gái 3890g	Tốt, sau 2 năm sanh bé gái 3820g	Tốt. không biến chứng	Tốt. không biến chứng	Tốt. không biến chứng

Nhóm nghiên cứu tại bệnh viện Hùng Vương<sup>[4]</sup> nhận thấy đoạn dưới tử cung thường rất bờ, dễ chảy máu trong những trường hợp chờ tử cung, do vậy những mũi may ngang đoạn dưới thường có nguy cơ chảy máu và bí sản dịch sau mổ. Do đó, nhóm nghiên cứu cải biên phương pháp B-Lynch, chỉ may hai mũi dọc mà không may thêm ở đoạn dưới tử cung. Qua 13 trường hợp băng huyết sau sanh được may với phương pháp B-Lynch cải tiến, nhóm tác giả thấy hiệu quả phương pháp là rất tốt, máu ngừng chảy là do 3 cơ chế: giảm đáng kể lượng máu đến tử cung, thắt nghẽn các mạch máu vùng nhau bám, duy trì tử cung ở vị trí giúp tử cung co hồi tốt hơn.

### **Thắt động mạch tử cung<sup>[12]</sup>**

Động mạch tử cung cung cấp khoảng 90% lượng máu đến tử cung. Vị trí thắt được đề nghị là thấp hơn 2cm so với đường mỏ ngang trên tử cung. Sẽ có một phần cơ tử cung sẽ bị buộc lại nhưng bắt buộc động mạch và tĩnh mạch tử cung phải được thắt hoàn toàn. O'Leary (1995) nghiên cứu trên 265 trường hợp băng huyết sau sanh thấy rằng 95% các trường hợp băng huyết được kiểm soát sau khi thắt động tử cung. Còn theo AbdRabbo (1994) nghiên cứu trên 103 trường hợp, tỷ lệ này là 100%.

### **Thắt động mạch hạ vị<sup>[12]</sup>**

Thắt động mạch hạ vị có thể cầm máu trong các điểm chảy máu tại đường sinh dục vì nó làm giảm áp lực tuần hoàn tại vùng chậu. Clark (1985) cho rằng khi thắt động mạch hạ vị 1 bên làm giảm áp lực mạch máu vùng chậu 77%, còn thắt 2 bên thì giảm áp lực mạch máu vùng chậu 85%. Thắt động mạch hạ vị rất nguy cơ tổn thương các cơ quan lân cận nhất là các mạch máu lớn, nói chung là khó thực hiện hơn thắt động mạch tử cung.

### **Cắt tử cung<sup>[12]</sup>**

Cắt tử cung có thể cầm máu tốt trong những trường hợp chảy máu từ tử cung, cổ tử cung và vòm âm đạo. Tuy nhiên cần lưu ý kỹ thuật cắt tử cung ở người có thai khác với người không có thai. Cắt tử cung toàn phần vẫn được ưa chuộng hơn cắt tử cung bán phần mặc dù cắt tử cung bán phần nhanh hơn. Cắt tử cung bán phần không cầm máu được những trường hợp chảy máu từ đoạn dưới, cổ tử cung hay vòm âm đạo.

## **Tài Liệu Tham Khảo**

Tiếng Việt

[1] Nguyễn Đức Vy, **Tình hình chảy máu sau đẻ tại viện bảo vệ Bà mẹ và trẻ sơ sinh trong 6 năm (1996 – 2001)**, Tạp chí thông tin y học số 3 năm 2002, trang 36 – 39.

[2] Nguyễn Thế Lĩnh, Nguyễn Văn Hùng, Chu Hoàng Khánh Hương, Lê Thị Hòa, **Nhân một trường hợp dùng đường khâu B-Lynch để cầm máu sau chảy máu ồ ạt sau sinh**, Tạp chí thông tin y học số 5 năm 2003, trang 37 – 39.

[3] Phòng Kế hoạch tổng hợp bệnh viện Từ Dũ, **Báo cáo tổng kế hoạt động bệnh viện - 2006**.

[4] Trần Sơn Thạch, Tạ Thị Thanh Thủy, Nguyễn Vạn Thông, **Mũi may B-Lynch cải tiến điều trị băng huyết sau sanh nặng do chờ tử cung**, Hội nghị Việt Pháp Châu Á Thái Bình Dương lần V - 2005.

- [5] Trần Văn Nhứt, **So sánh hiệu quả cách sổ nhau tích cực và sổ nhau thường qui**, Hội nghị Việt Pháp Châu Á Thái Bình Dương lần VII - 2007.  
Tiếng nước ngoài
- [6] A B Lanlonde, B A Daviss, A Acosta, **Postpartum hemorrhage today: living in the shadow of the TajMahal**; A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing 2006, p 2 – 10.
- [7] A Coker, R Oliver; **Definitions and classification**, A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing 2006; p 11 – 16.
- [8] A Hemmerling, **Overview of misoprostol studies in PPH**, A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing 2006; p 162 – 168.
- [9] D Danso, W Reginald, **Internal uterine tamponate**, A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing 2006; p 263 – 267.
- [10] F Breathnach, M Geary; **Standard medical therapy**; A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing 2006; p 256 – 262.
- [11] G A Dildy III; **The pelvic pressure pack**; A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing 2006; p 308 – 311.
- [12] Jonh R Smith, Barbara G Brennan, **Postpartum Hemorrhage**, eMedicine speccialties\Medicine, Ob/Gyn, Psychiatry and surgery\Obstetric and Gynaecology - 2006.
- [13] Lokugamage AV, Sullivan KR, Niculescu L, Tigere P, **A randomised study comparing rectally administered misoprostol versus syntometrine combined with an oxytocin infusion for the cessation of primary postpartum hemorrhage**, Acta obstetrica gynecologica scandinavica 2001; 80 (9):(9). 835 – 839.
- [14] Luis Gomes Sambo; **Maternal mortality in developing world and the special challenge in Africa**; A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing 2006;
- [15] Lynch C, Coker A, Lawal AH, Abu J, Cowen MJ, **The B-Lynch surgical technique for control of massive postpartum hemorrhage: An alternative to hysterectomy? Five caes reports**. Br J Obstet Gynaecol 1997;104, p 372 – 375.
- [16] M B Bellad, S Goudar; **Misoprostol theory and practice**; A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing 2006; p 114 – 126.
- [17] M J Cameron, SC Robson; **Vital statistics: an overview**; A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing 2006; p 11 – 16.
- [18] S Ferrazzani, L Guariglia, C Dell’Aguila; **The Balloon internal uterine tamponate as a diagnostic test**; A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing 2006; p 268 – 276.
- [19] SJ Duthie; **Postpartum hemorrhage in Asian countries**; A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing 2006; p 453 – 461.
- [20] Suresh Vedantham, Scott Goodwin, Bruce Melucas, **Uterine artery embolization: an under used method of controlling pelvic hemorrhage**, American Journal of Obstetrics & Gynaecology (AJOG) 1997, Volume 176, Issue 4, p 938 – 948.