



# Kỹ thuật cầm máu trong chảy máu sau đẻ

Chảy máu sau đẻ vẫn còn là một tai họa đối với các bác sĩ sản và các nữ hộ sinh

Tuy nhiên,

Chúng ta vẫn có những phương tiện để giảm tần số, mức độ và tình trạng chảy máu sau đẻ.

Pr Henri-Jean  
Philippe CNGOF  
Université Paris Descartes



## Chảy máu sau đẻ nặng Thực trạng của vấn đề này là ntn ?

### Định nghĩa

- HDD : Lượng máu mất > 500ml
- HDD nặng : lượng máu mất > 1000ml
- HDD trầm trọng : Cần phải truyền máu hoặc phải sử dụng các biện pháp cầm máu.

### Tỷ lệ mắc :

- Khoảng 1 - 3/1000 ca đẻ

### Hậu quả:

- Chiếm  $\frac{1}{4}$  tổng số tử vong mẹ / năm (135.000/năm)
- Dao động từ 8-1000 trường hợp / 100.000 ca đẻ

### Phòng ngừa:

- > 50 à 99 %



# Dự phòng ba cấp

- 1. Dự phòng cấp 1: Phòng tránh =>**
- **Chuyển bệnh nhân:** tới một bệnh viện phù hợp trong trường hợp nguy cơ cao như: chữa đa thai, tiền sử chảy máu sau đẻ, đa ối,...
  - **Coi tất cả sản phụ là đối tượng nguy cơ:** vì 40% trường hợp băng huyết sau sinh không xác định được nguy cơ cụ thể nào => Lấy rau tích cực và sử dụng túi đựng máu.





2. **Dự phòng cấp 2** bao gồm **Xử trí sớm** một trường hợp chảy máu sau đẻ nhằm tránh dẫn đến chảy máu trầm trọng hơn => đòi hỏi phải nhanh chóng, hiệu quả và ít xâm lấn nhất có thể
  
3. **Dự phòng cấp 3**: bao gồm **theo dõi sát** những sản phụ này nếu có biến chứng (ví dụ như cắt tử cung cầm máu).



Chẩn đoán xác định chảy máu sau đẻ

Thông báo cho cả kíp trực để phối hợp

Rau bong bình thường

Rau không bong

Tiền mê/ Soát tử cung

Tiền mê/ bóc rau nhân tạo

Tiêm TM chậm Oxytocin 5-10đv  
20 đơn vị truyền trong 2h  
Dẫn lưu nước tiểu, xoa đáy tử cung  
Kiểm tra âm đạo cổ tử cung  
Kháng sinh dự phòng

Lấy mạch, huyết áp, SpO2 Lập  
đường truyền  
Bù dịch (cristalloïdes)  
Định nhóm máu (et RAI < 3j)





## Nếu máu vẫn chảy sau 15 phút

**Prévenir tous les intervenants sans délai**  
**Prise en charge conjointe et simultanée**

Examen col/vagin si voie basse et si non réalisée auparavant  
sulprostone : 100 à 500 µg/h par voie IV en seringue électrique  
relais par ocytocine 10 à 20 UI en perfusion pendant 2 heures

Pose d'une 2<sup>e</sup> voie veineuse.  
Prélèvement sanguin : NFS plaquettes, TP, TCA, fibrinogène  
Surveillance : scope, TA régulière, oxymétrie de pouls, sondage vésical à demeure  
Remplissage (colloïdes), oxygénation  
Prévenir le site transfusionnel et commander des Culots Globulaires et du Plasma Frais Congelé.  
Si hémodynamique instable, traitement du choc hémorragique

**Persistance de l'hémorragie plus de 30 mn sous sulprostone**

radiologie interventionnelle accessible  
état hémodynamique stable  
transport médicalisé rapidement possible

Non

### **EMBOLISATION ARTÉRIELLE**

Indications préférentielles :  
accouchement voie basse  
lésion cervico-vaginale

Échec

### **CHIRURGIE**

Ligatures vasculaires  
Indication préférentielle : HPP au cours d'une césarienne  
Si échec, ou parfois d'emblée, hystérectomie



Chủ đề của chúng ta ngày hôm nay là vai trò của các kỹ thuật cầm máu trong dự phòng cấp hai đối với chảy máu sau đẻ





## Chúng ta có thể xem xét hai phương pháp bảo tồn sau đây

1. Nút động mạch tử cung cầm máu trong BHSS
  - Cần một nền tảng kỹ thuật can thiệp mạch
  - Với một bác sỹ X-quang kinh nghiệm
  - Cần có máy phát tia X;
2. Những kỹ thuật cầm máu chính.

**Tất cả các bác sỹ sản cần biết cách thực hiện những kỹ thuật này.**



# 1. Nút động mạch tử cung

Làm tắc hai động mạch tử cung

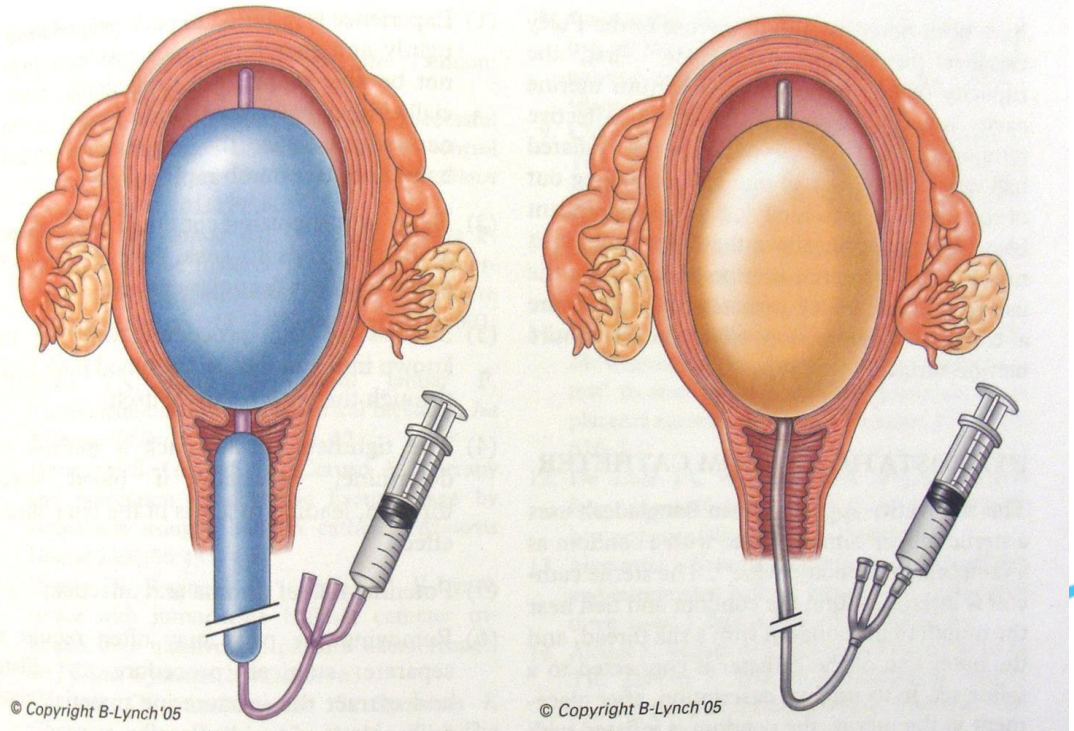
Kỹ thuật hiệu quả và an toàn

Được thực hiện bởi nhiều chuyên khoa như : bác sỹ can thiệp mạch, bác sỹ sản phụ khoa, bác sỹ gây mê hồi sức

# 2. Phương pháp không phẫu thuật

## Bơm bóng buồng tử cung

- Nguyên tắc : tạo áp lực trong lòng tử cung > áp lực động mạch tử cung
- 500ml dịch (nóng)
- Truyền oxytocin
- Kháng sinh dự phòng
- Đặt bóng trong 8 H và 48H
- Các dạng khác :
  - Sonde de Blakemore
  - Ballon de Rusch
  - Ballon de Bakri
  - Sử dụng bao cao su






## 2. Phương pháp phẫu thuật

Chúng ta đã làm chủ những kỹ thuật ấy hay chưa?

Với các trường hợp chảy máu sau sổ rau, kỹ thuật tốt là kỹ thuật có thể giúp tránh gây ra tử vong mẹ và bảo tồn được chức năng của tử cung





**Để làm giảm hoặc cắt đứt hoàn toàn lưu lượng máu đến tử cung, thì phương pháp triệt để nhất là cắt tử cung**

Tất cả các bác sỹ sản khoa phải biết cắt tử cung





# Kỹ thuật ngoại khoa bảo tồn

## **Đường bụng :**

- Các kỹ thuật cầm máu bằng cách làm co rút tử cung
- Thắt động mạch tử cung
- Thắt tất cả các cuống mạch tới tử cung
- Thắt động mạch hạ vị

## **Đường âm đạo:**

- Thắt động mạch tử cung





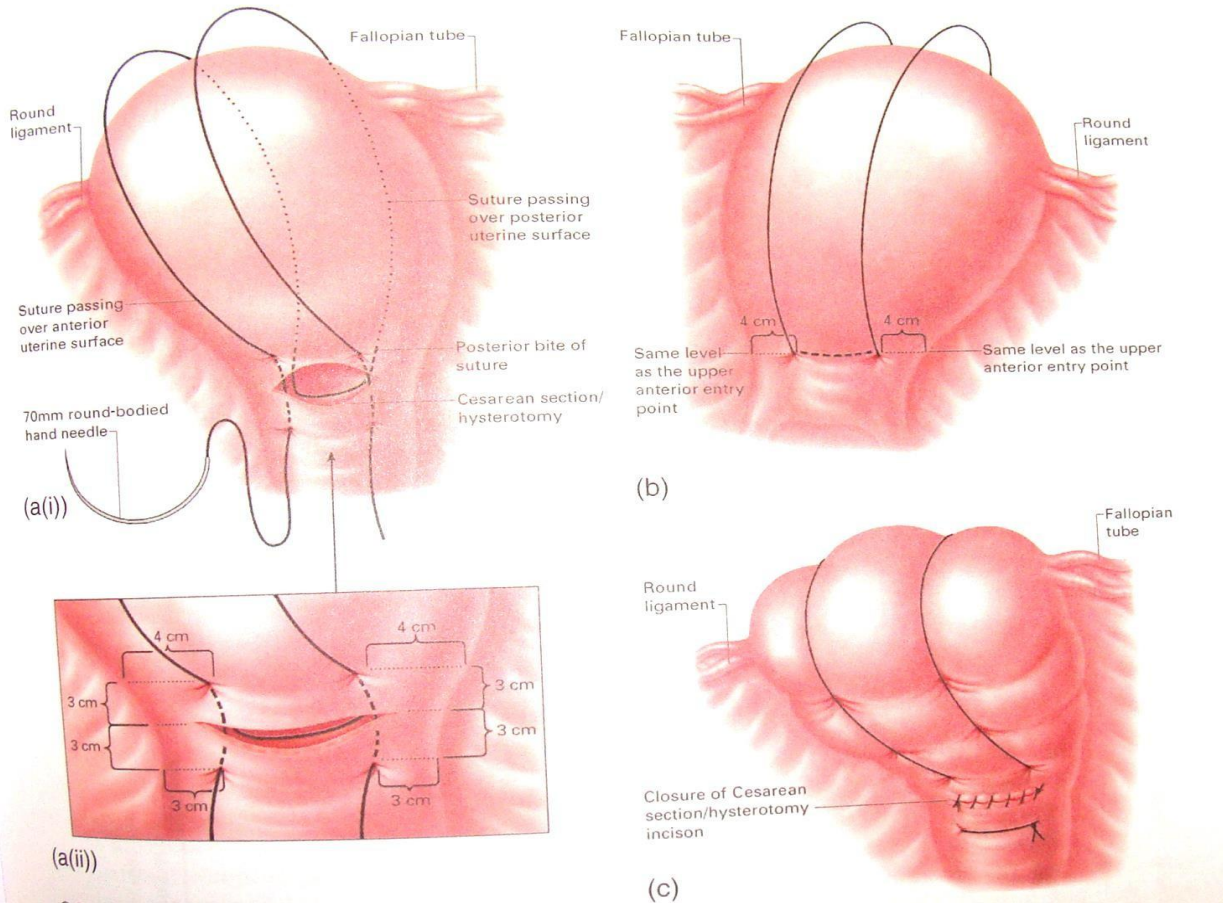
# Kỹ thuật khâu làm co rút tử cung B-Lynch BJOG 1997 104, 372-375

Lợi ích

Thử nghiệm bằng cách nén ép  
bằng hai tay

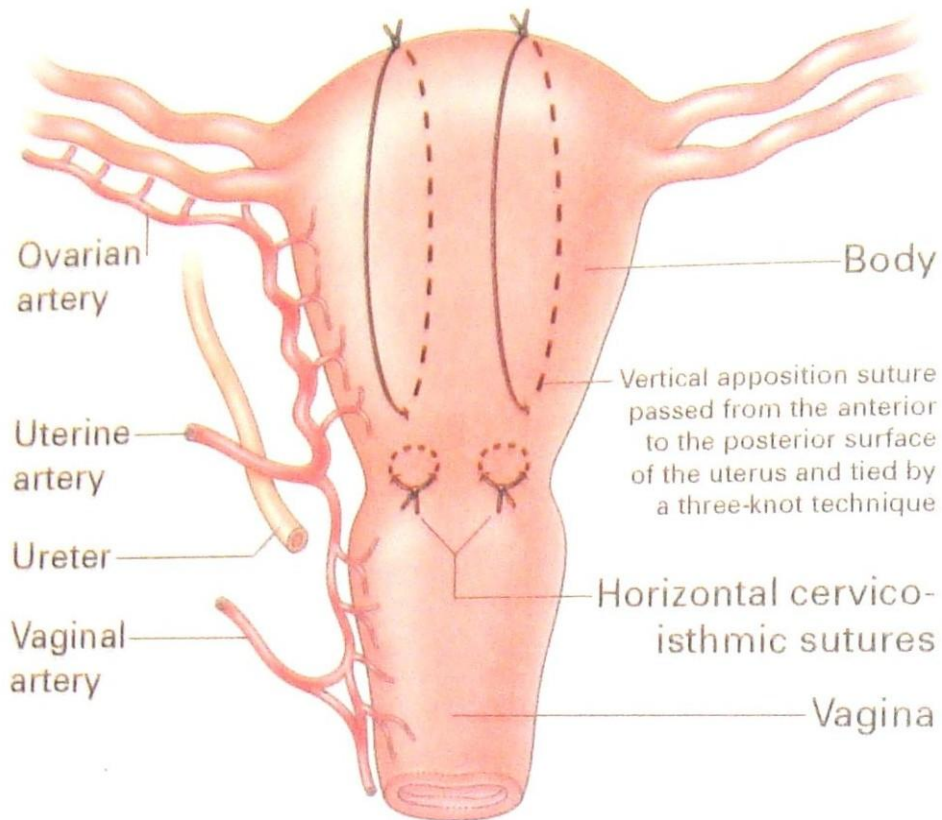
Bất lợi

Tính khả thi





# Technique de rétraction utérine Phương pháp HAYMAN



**Tương tự kỹ thuật của Lynch nhưng không cần mở ngang đoạn dưới tử cung**

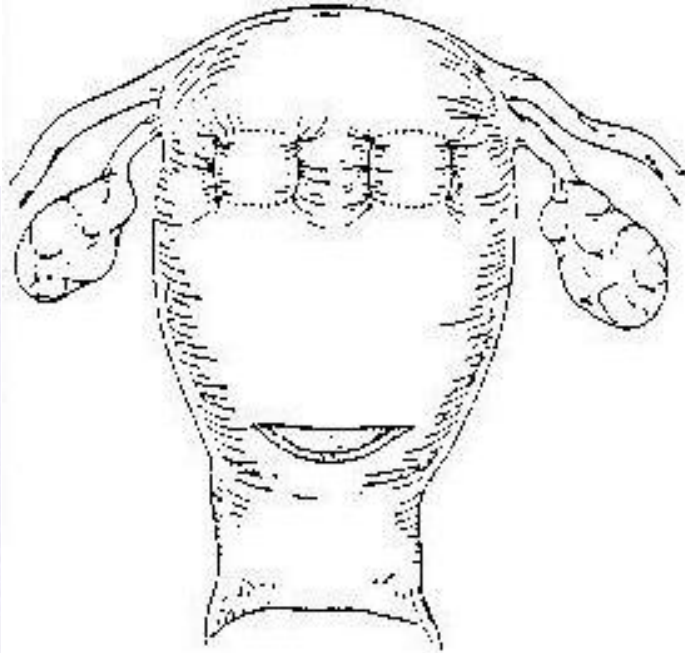
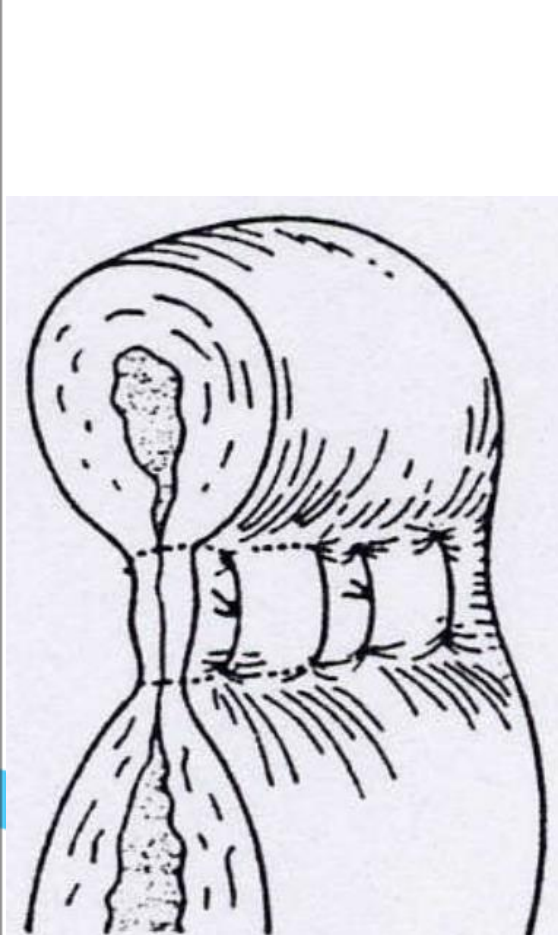
**Hayman RG Obstet Gynecol. 2002.**

© Copyright B-Lynch '05



# Technique de rétraction utérine

## Phương pháp của JH CHO



Khâu ép thành tử  
cung từ trước- sau

Thuận lợi

Đơn giản

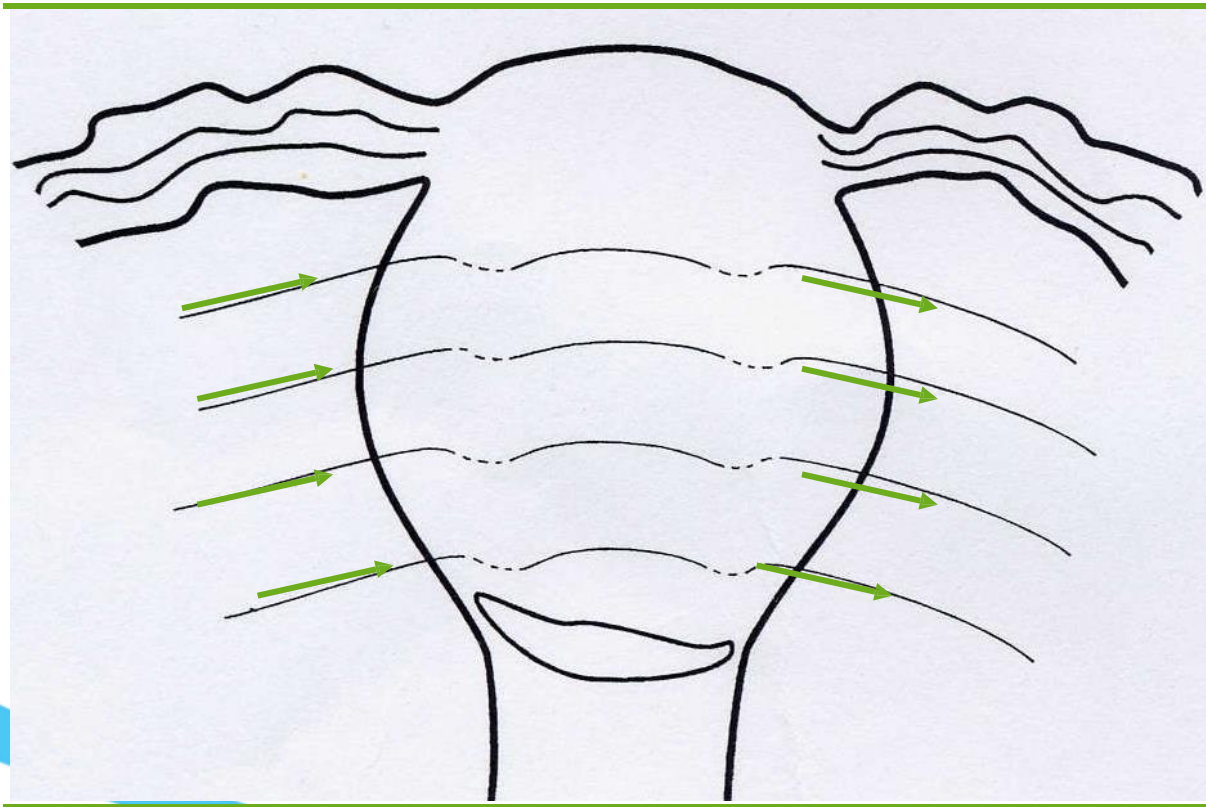
Nhược điểm

Nguy cơ dính  
bàng tử cung





# Techniques de rétraction utérine Kỹ thuật của PHILIPPE HJ



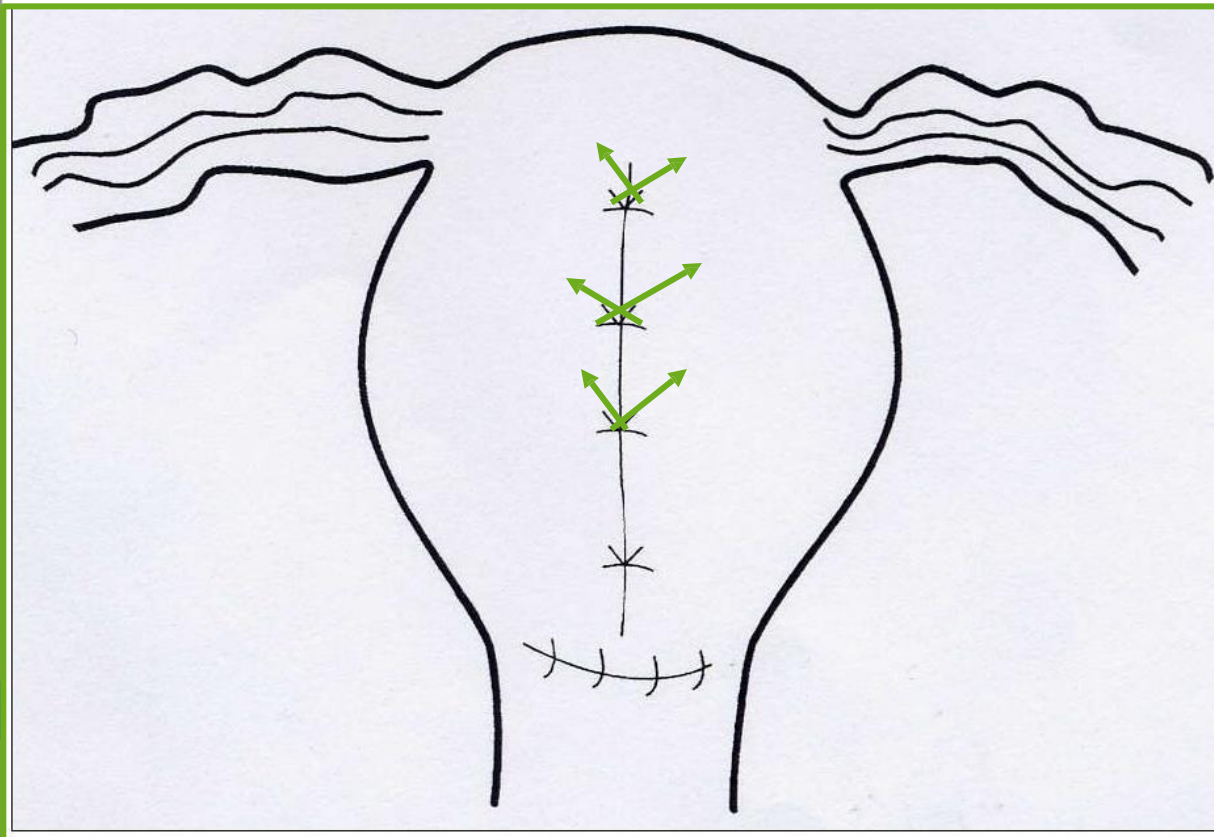
**Khâu ép mặt trước cơ tử cung.**

**=> Tạo cầu an toàn**

**Ưu điểm  
đơn giản**



# Kỹ thuật làm co rút tử cung



Khâu túm mặt trước tử cung

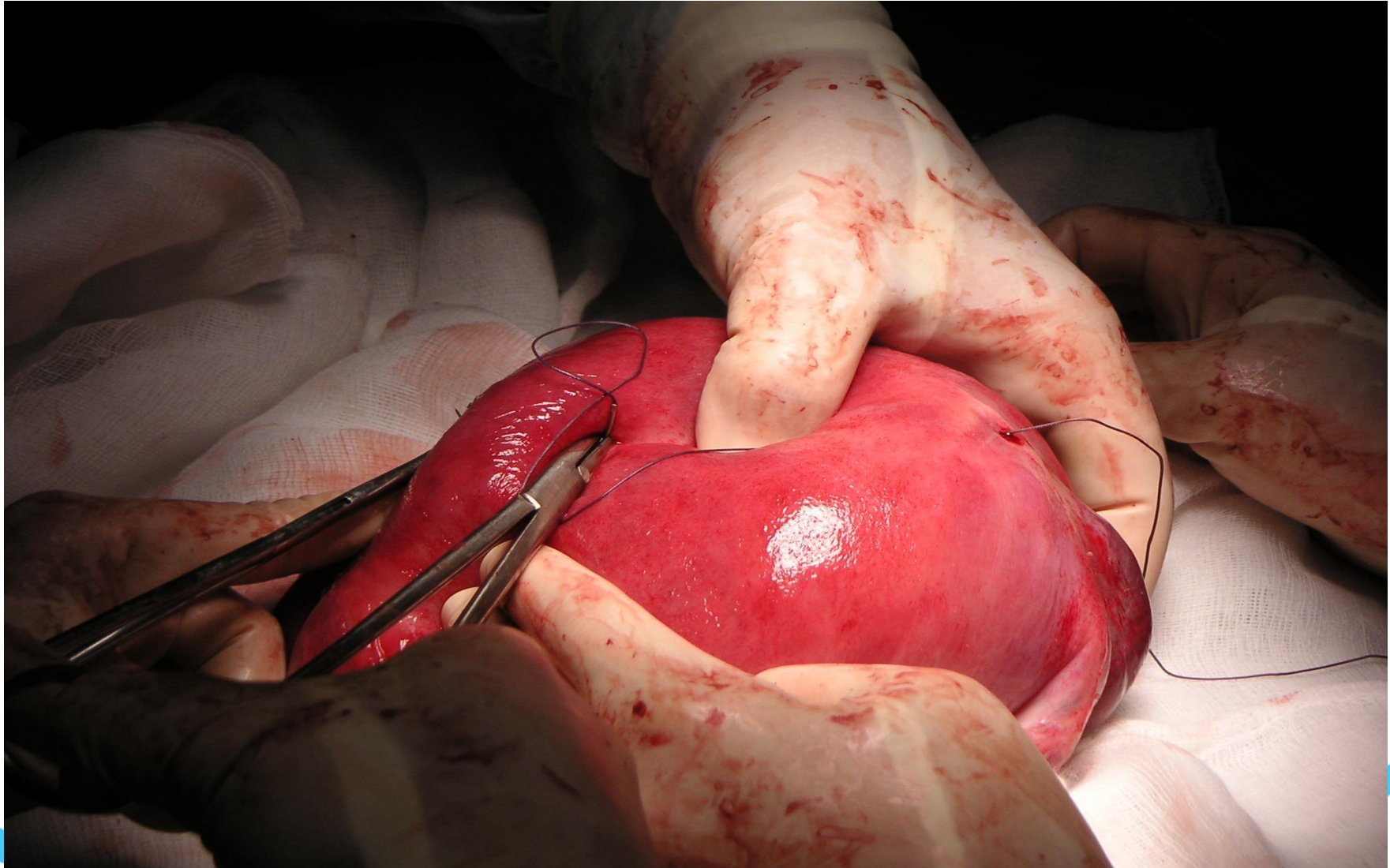


**BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG**

National Hospital of Obstetrics and Gynecology



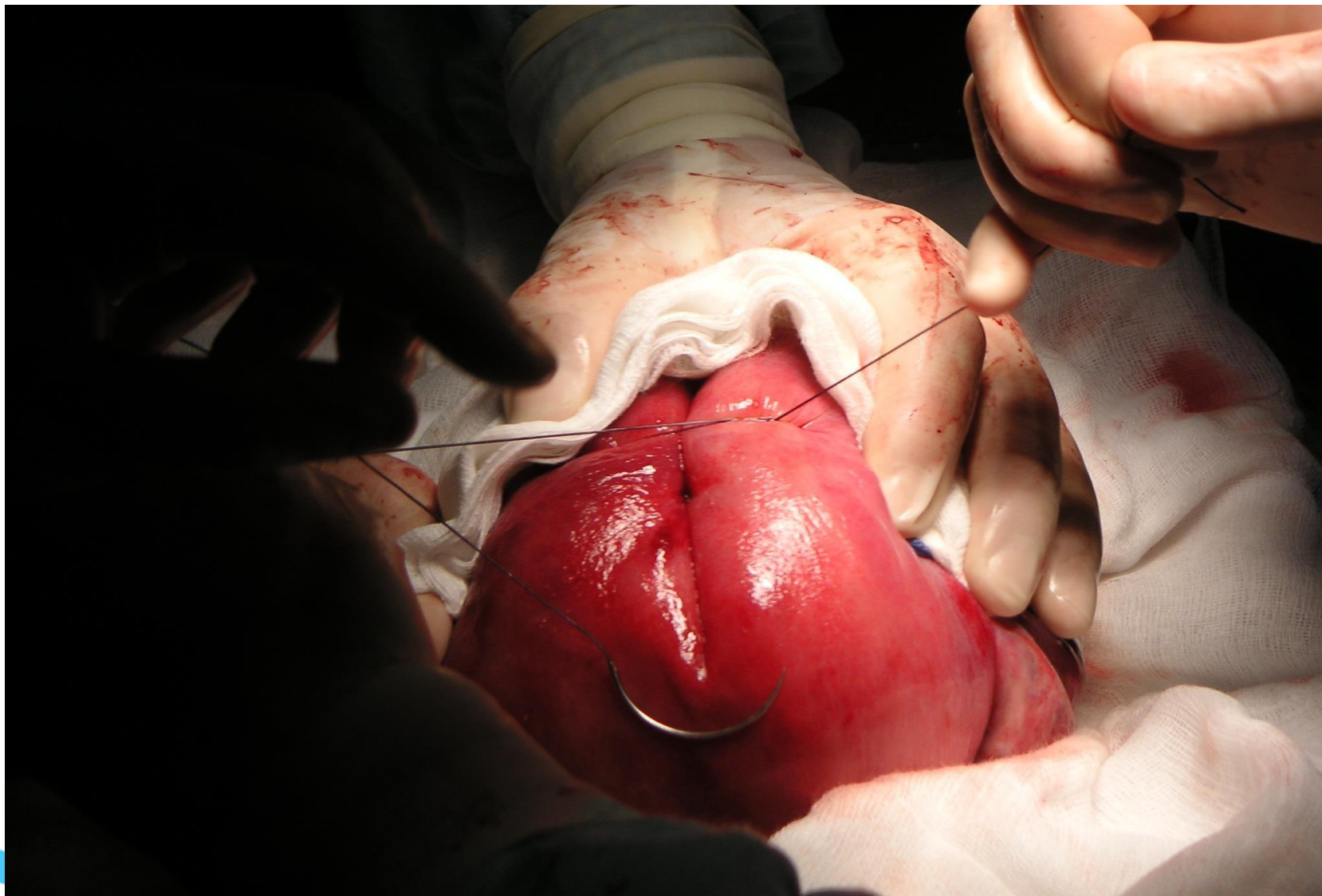




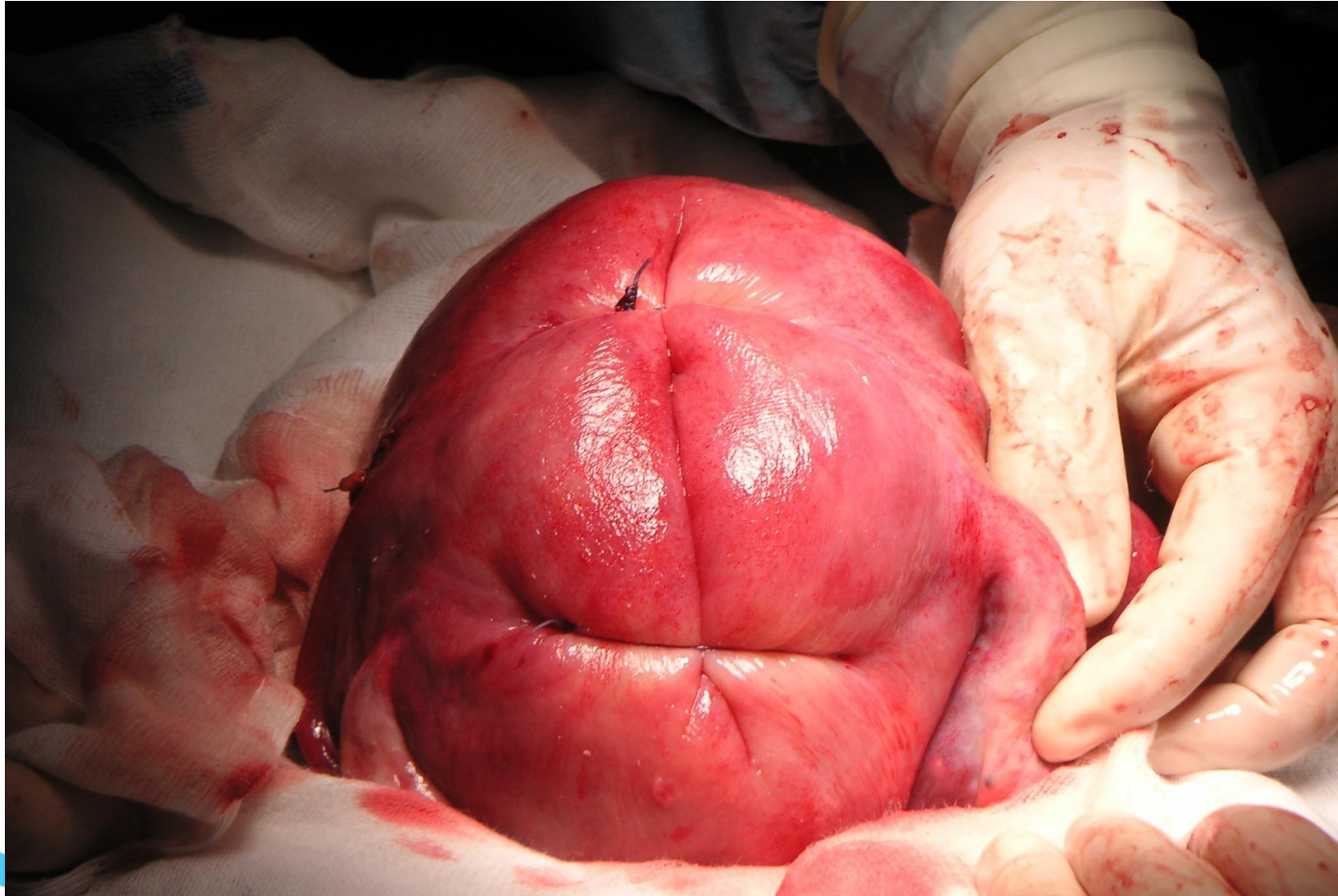


# BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

National Hospital of Obstetrics and Gynecology





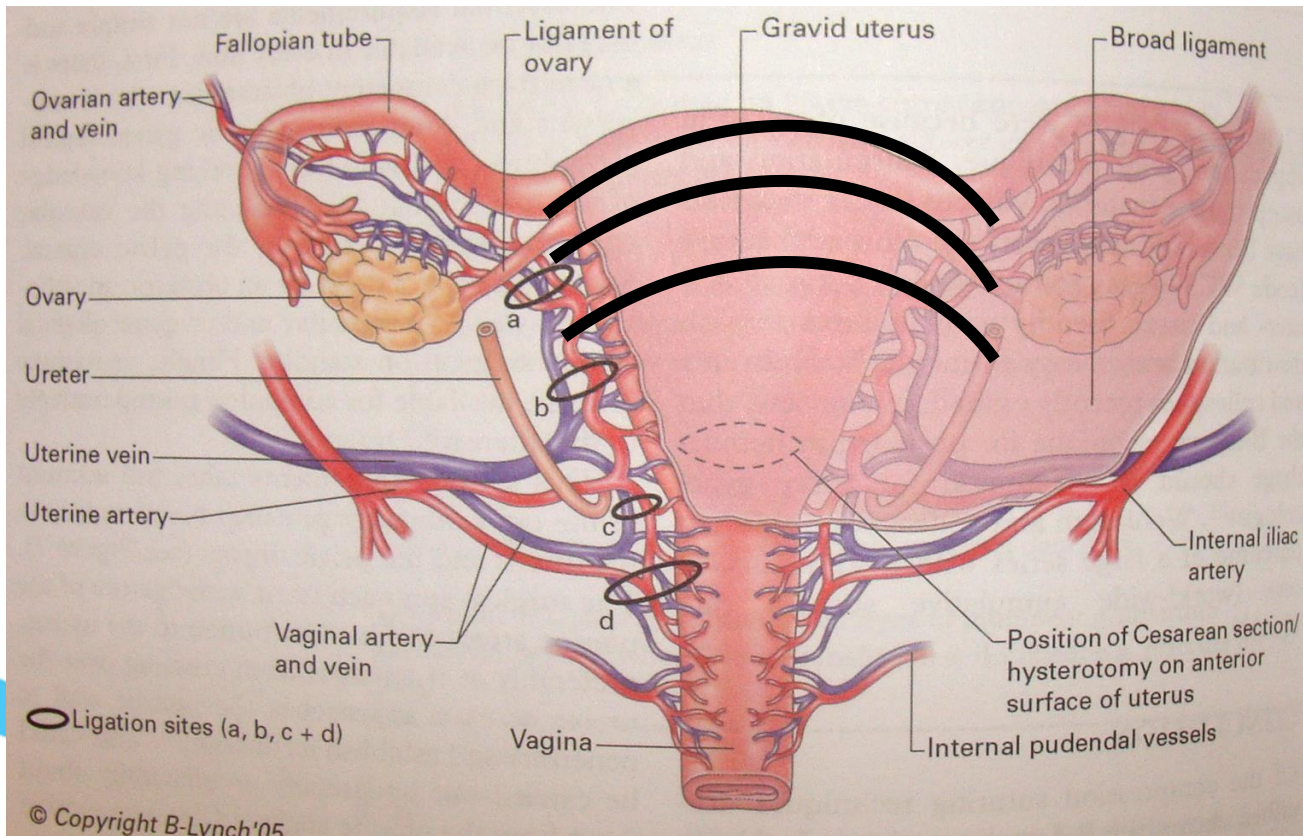




# Kỹ thuật PERERA

Mũi khâu tử cung không chuyển tiếp ngang và dọc nhằm chặn nhánh lên và xuống của động mạch tử cung

PEREIRA *Obstet Gynecol*, 2005 ; 106 : 569-72



## Ưu điểm

Có hiệu quả

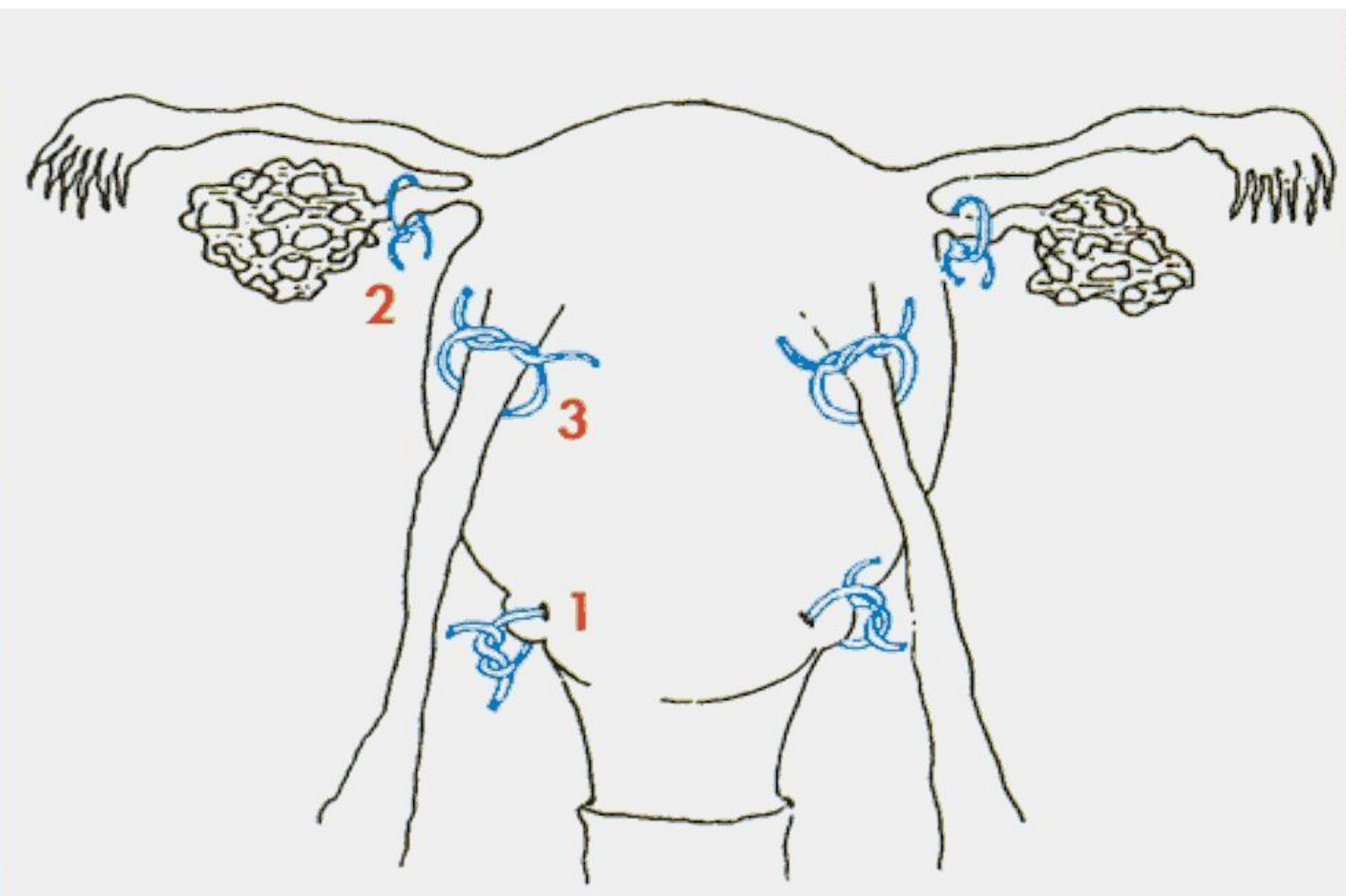
## Nhược điểm

Nguy cơ thiếu máu tử cung





# Kỹ thuật *TSIRULNIKOV*



## Ưu điểm

Đơn giản và  
nhanh chóng

## Nhược điểm

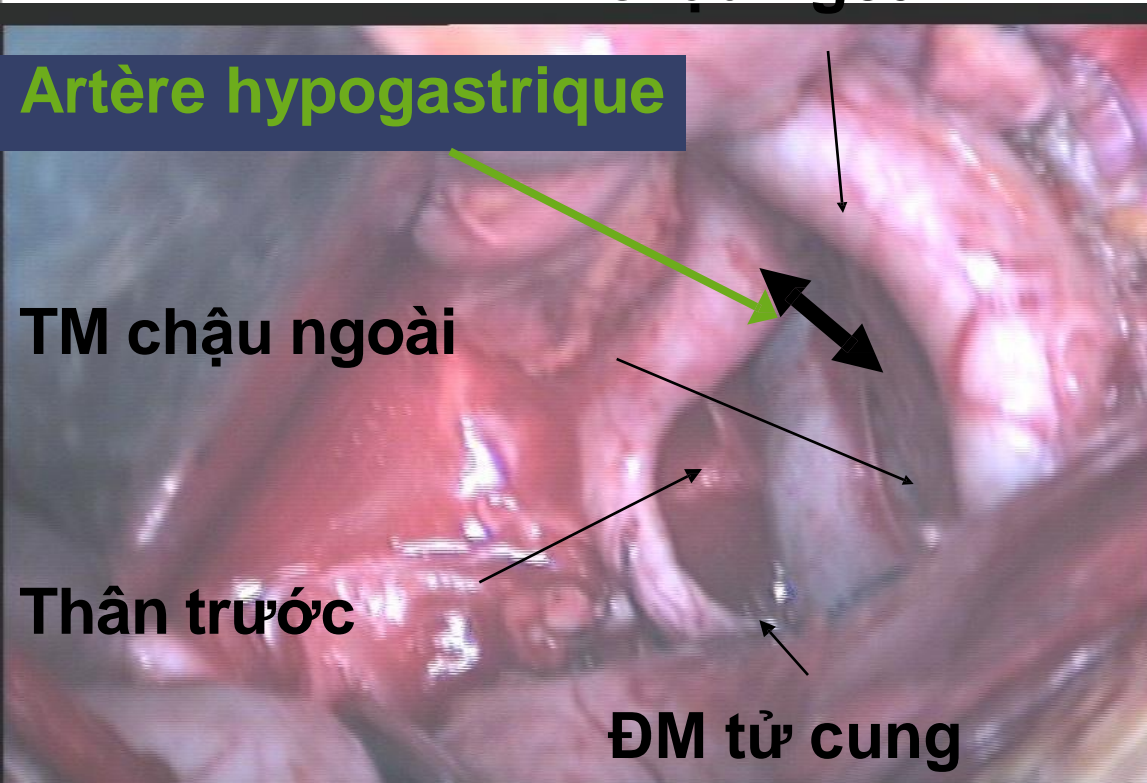
Suy giảm chức năng  
buồng trứng

*J.G.O..B..R., 1979, 8, 751-753*



# Thắt động mạch hạ vị

**ĐM chậu ngoài**



Reich 1961

Ưu điểm

Khu vực có ít biến đổi về giải phẫu trong thời kỳ mang thai

Có thể mang thai lại

Nhược điểm

Tăng sinh mạch +++

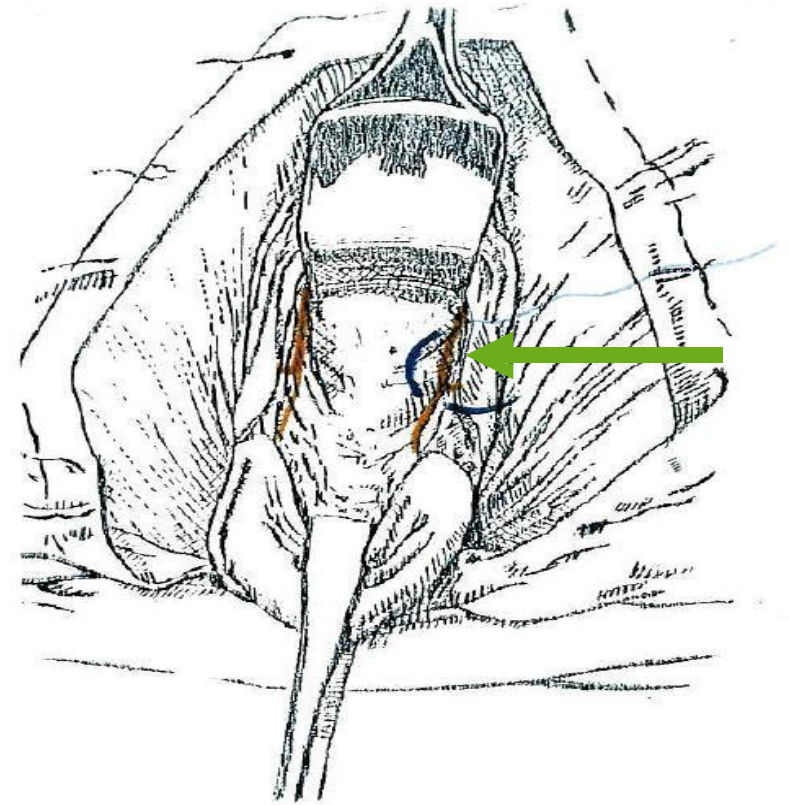
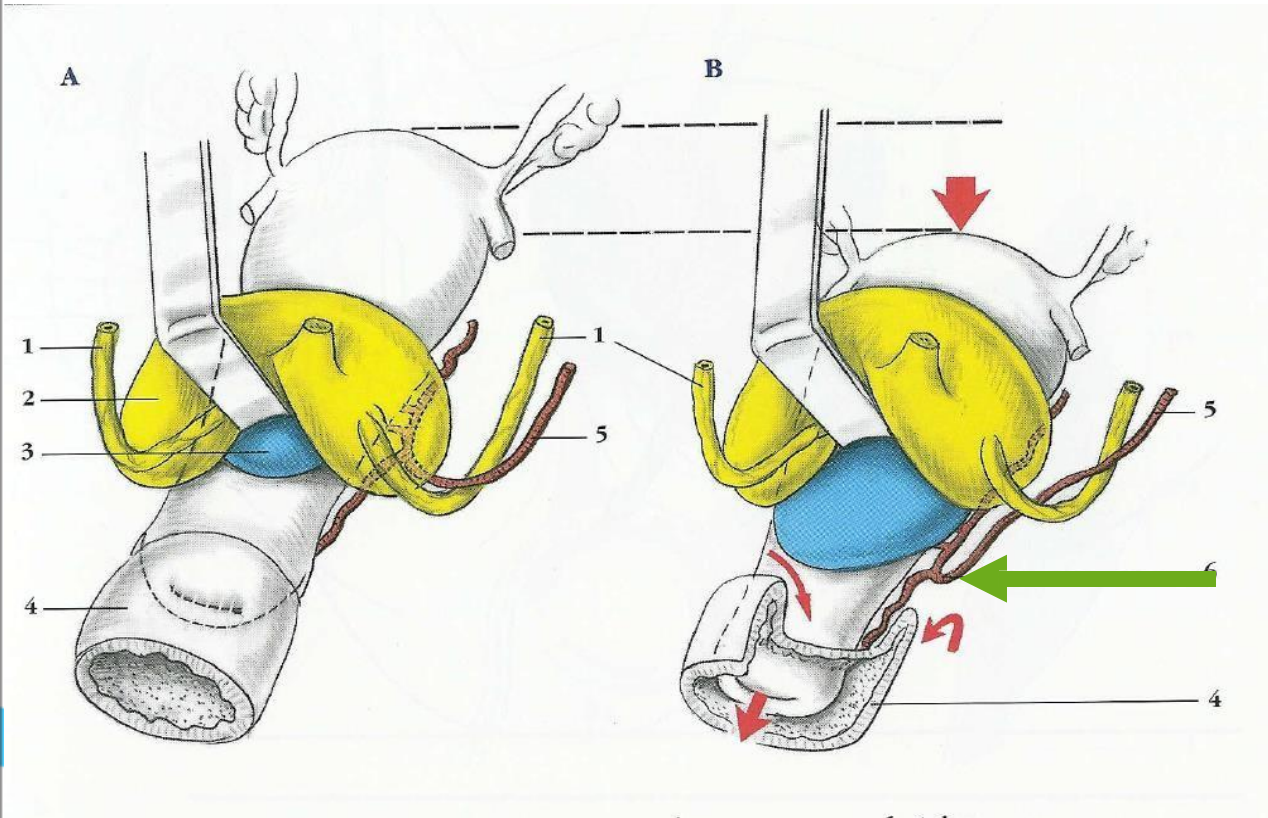
Cản trở việc nút mạch về sau

Là một kỹ thuật khó





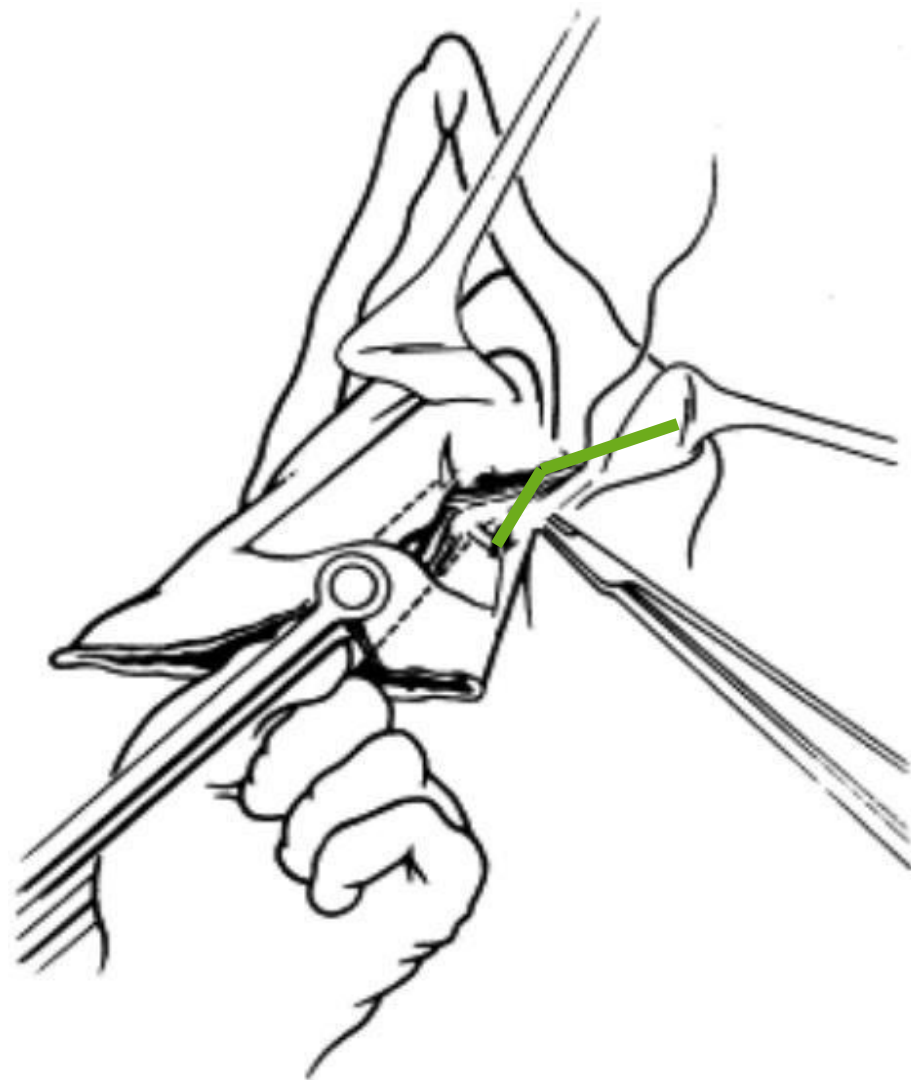
# Thất động mạch tử cung đường âm đạo





**BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG**

National Hospital of Obstetrics and Gynecology





# Thắt động mạch tử cung đường âm đạo

## Ưu điểm

- Đơn giản
- Nhanh (10 à 15 mn) và tiện lợi (thực hiện ngay ở phòng đẻ)
- Ít xâm lấn
- Hiệu quả
- Nếu thất bại vẫn có thể nút mạch

## Nhược điểm

Phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên

Philippe / J G O 1997 ; 57 : 267-270



## ■ Các yếu tố dẫn đến sự lựa chọn phương pháp can thiệp:

- Tiền sử sản khoa của sản phụ (tuổi, số con hiện có)
- Tình trạng huyết động
- Có rối loạn đông máu hay chưa
- Thời điểm xảy ra (trong cuộc mổ hay trong cuộc đẻ)
- Bệnh viện có khả năng can thiệp mạch
- Kinh nghiệm của phẫu thuật viên
- Nguyên nhân của chảy máu:
- Đờ tử cung
- VTC
- Rau bám chặt/ rau cài răng lược
- Chửa trứng bán phần



# Chảy máu thời kỳ sổ rau xảy ra trong cuộc mổ một sản phụ trẻ tuổi

**Nếu rau không bong**  $\Leftrightarrow$  Rau cài răng lược?

- $\Rightarrow$  Gần đến giới hạn nguy hiểm  $\Leftrightarrow$  Áp dụng kỹ thuật co rút tử cung
- $\Rightarrow$  Sau đó, dùng kỹ thuật Pereira hoặc thắt các nhánh tận mạch máu TC
- $\Rightarrow$  Sau đó, cắt TC

**Nếu sờ tử cung không tìm thấy nguyên nhân và điều trị nội khoa không kết quả**

- $\Rightarrow$  Kỹ thuật khâu co rút cơ tử cung
- $\Rightarrow$  Sau đó, dùng kỹ thuật Pereira hoặc thắt các nhánh tận mạch máu TC
- $\Rightarrow$  Sau đó, cắt TC



# Nếu chảy máu trong trường hợp đẻ đường âm đạo

Nếu rau không bong  $\Leftrightarrow$  Rau cài răng lược ?

- ⇒ Thử chèn bóng buồng TC
- ⇒ Nút mạch
- ⇒ Nếu không mở bụng và xử trí giống như sau mổ lấy thai

Nếu sờ tử cung không rõ nguyên nhân và điều trị nội khoa không kết quả

- ⇒ Chèn bóng
- ⇒ Sau đó nút mạch hoặc thắt ĐM tử cung đường âm đạo
- ⇒ Mở bụng và xử trí giống trường hợp sau mổ lấy thai

Nếu sau đẻ bằng dụng cụ (**forceps, ventouse, spatule**), nguy cơ tổn thương vùng chậu được loại trừ

- ⇒ Nút động mạch TC
- ⇒ Thắt động mạch hạ vị

Trong trường hợp **Vỡ tử cung**  $\Rightarrow$  mở bụng





# Kết luận

Thái độ xử trí chảy máu sau đẻ nghiêm trọng đòi hỏi phải nhanh chóng, hiệu quả và xâm lấn tối thiểu

Việc nút động mạch tử cung đáp ứng các yêu cầu này ... Nếu nó là khả thi ...

Ba kỹ thuật là nền tảng cần biết:

Cắt bỏ tử cung để cứu sống bệnh nhân

Các kỹ thuật thay thế để bảo vệ tử cung:

Nén tử cung bằng bóng hoặc chèn gạc trong tử cung

Kỹ thuật co rút lại tử cung

Thắt động mạch tử cung

Cuối cùng, Chèn gạc sau cắt tử cung để đề phòng các chảy máu thứ phát



# Sau cắt tử cung hoàn toàn,

Chèn gạc tiểu khung đôi khi là phương pháp duy nhất điều trị các biến chứng rối loạn đông máu.

