



DỰ PHÒNG CHẢY MÁU TRONG VÀ SAU MỔ LẤY THAI

BS. Nguyễn Thị Thủy

Bệnh viện đa khoa Tây Ninh

Ngày càng có nhiều sản phụ chọn phương pháp sinh mổ tức mổ lấy thai (MLT), họ quan niệm rằng việc phẫu thuật giúp họ lựa chọn được ngày, giờ để sinh con hợp với bố mẹ hoặc chính bản thân sản phụ không thể vượt qua được cơn đau lúc chuyển dạ, chính vì thế mà tỉ lệ MLT tăng lên đáng kể. Tuy nhiên, có những hệ lụy mà chưa chắc bản thân sản phụ và người thân của họ biết rõ:

- Việc sinh mổ gây mất máu nhiều hơn so với sinh ngã âm đạo. Nhiều nghiên cứu đã so sánh lượng máu mất của sinh mổ nhiều hơn so với sinh ngã âm đạo lên đến 60% – điều này có thể dẫn đến tình trạng chảy máu ồ ạt dẫn đến đờ tử cung, thậm chí có thể gây tử vong mẹ, đặc biệt với những trường hợp mổ khi chưa có dấu hiệu chuyển dạ, đoạn dưới chưa thành lập tốt sẽ càng dễ gây chảy máu nhiều hơn cả trong và sau khi mổ.
- Việc sinh mổ có thể dẫn đến những biến chứng cho người mẹ trong lần mang thai sau, nhất là nguy cơ

thai ngoài tử cung, vỡ tử cung ở mẹ, nhau thai bám vào vết mổ cũ... rồi lần sinh con sau hầu như đều phải mổ, quá trình mang thai sau cũng phải theo dõi sát sao, căng thẳng hơn.

Từ năm 1985, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã khuyến cáo rằng tỉ lệ MLT chỉ nên 10-15%. Khi tỉ lệ này vượt quá 15% thì tai biến sẽ nhiều hơn cho mẹ và con. Theo báo cáo của CDC, tại Hoa Kỳ, tỉ lệ sinh con bằng MLT đã tăng đến 32,7% vào năm 2013. Tại Việt Nam, tỉ lệ này tăng dần từ những năm 60 là 14% lên đến 40% trong năm 2013, chưa kể đến ở một số bệnh viện, con số này trên 50%.

CÔNG TÁC DỰ PHÒNG CHẢY MÁU

Chiến lược hàng đầu vẫn là dự phòng chảy máu trước

khi bắt buộc phải can thiệp xử lý hậu quả của việc mất máu. MLT đòi hỏi việc can thiệp sớm dự phòng chảy máu nhằm tránh hậu quả chảy máu sau mổ. Nhiều phương pháp có thể giúp dự phòng chảy máu đang được nghiên cứu rộng rãi trên thế giới:

- **Xoa đáy tử cung:** là một biện pháp có từ rất lâu và hầu như đều được áp dụng cho mọi giai đoạn III của chuyển dạ, đặc biệt ở những nơi mà hạn chế về việc sử dụng thuốc tăng co. Xoa đáy tử cung được khuyến cáo như là một phần thường qui trong công tác quản lý giai đoạn III của chuyển dạ theo WHO và các hiệp hội về sản phụ khoa toàn cầu. Nhiều tác giả cho rằng xoa đáy tử cung hiệu quả hơn đối với sinh ngã âm đạo, một số tác giả khác ghi nhận xoa đáy tử cung ngay sau khi MLT góp phần làm tử cung co nhanh hơn về mặt cơ học và giúp cầm máu. Hofmeyr cùng cộng sự (2013) đã tổng hợp các nghiên cứu cho thấy xoa đáy tử cung sau khi bóc nhau trong MLT giúp giảm lượng máu mất trung bình so với nhóm không xoa đáy tử cung lên đến 30%. Tuy nhiên, chứng cứ chưa đủ mạnh để thuyết phục, vẫn còn nhiều quan điểm về việc xoa đáy tử cung cầm máu trong MLT.

- **Thuốc co hồi tử cung:** đây là thuốc sử dụng đầu tay trong dự phòng chảy máu cho cả sinh ngã âm đạo và MLT. Hiện nay, oxytocin đang là thuốc được sử dụng phổ biến nhất. Oxytocin thường được dùng đường truyền tĩnh mạch ngay sau phẫu thuật viên vừa lấy bé ra khỏi tử cung người mẹ. Liều dùng của oxytocin truyền tĩnh mạch theo khuyến cáo là bắt

đầu 15-45 IU/giờ, tăng mỗi 2 IU/giờ trong 2 giờ tiếp theo. Lavoie (2015) cùng cộng sự nghiên cứu truyền oxytocin dự phòng chảy máu ở nhóm phụ nữ muốn MLT chủ động có dấu hiệu chuyển dạ và nhóm MLT chủ động nhưng chưa có dấu hiệu chuyển dạ, kết quả cho thấy liều cần dùng của oxytocin dự phòng của nhóm chưa có dấu hiệu chuyển dạ cao hơn 69%, cụ thể ở nhóm có chuyển dạ liều cần dùng dự phòng trung bình là 28 IU/giờ, trong khi ở nhóm chưa chuyển dạ là 44,2 IU/giờ. Carvalho và cộng sự (2004), Balki cùng cộng sự (2006) đưa ra kết quả việc sử dụng bolus tĩnh mạch chậm oxytocin 1-3IU pha với 5mL dung dịch đẳng trương hoặc glucose 5%, ngay sau khi bắt bé và trước khi truyền tĩnh mạch nhanh đã giúp hạn chế lượng máu mất ($693 \pm 487\text{mL}$) và tử cung co nhanh hơn. Liu cùng cộng sự (2015) công bố kết quả nghiên cứu của họ khi kết hợp oxytocin 10IU + 40mg motherwort (một loại thuốc được chiết xuất từ cây ích mẫu) tiêm cơ tử cung trong khi MLT và motherwort 20mg tiêm bắp 3 lần / 12 giờ + oxytocin 10IU pha với 500mL glucose 5% truyền tĩnh mạch sau khi MLT, với lượng máu mất trung bình $255 \pm 114\text{mL}$, thấp hơn so với nhóm chỉ dùng motherwort và nhóm chỉ dùng oxytocin.

- **Carbetocin (Duratocin):** là một đồng đẳng nonapeptide tổng hợp của oxytocin tác dụng kéo dài với các đặc tính của chất chủ vận. Theo khuyến cáo hiện tại của ACOG, tiêm bắp 100g carbetocin sau khi sổ thai sẽ giúp giảm lượng máu mất và việc phải sử dụng thêm thuốc co hồi tử cung khác cả trong sinh ngã âm đạo và MLT. Nguyen-Lu và cộng sự (2015) đã nghiên cứu cho kết quả ước lượng liều dùng carbetocin đủ để co hồi tử cung trong MLT dự phòng chảy máu là $121\mu\text{g}$, cao hơn liều khuyến cáo hiện tại. Brzozowska cùng cộng sự (2015) nghiên cứu so sánh tiêm tĩnh mạch 100mcg carbetocin với tiêm cơ tử cung 10IU oxytocin trong dự phòng chảy máu ngay sau khi bắt bé trong MLT, cho kết quả rằng carbetocin hiệu quả hơn trong việc phòng chảy máu và giảm đáng kể việc phải sử dụng thêm thuốc co hồi tử cung, đặc biệt, carbetocin hiệu quả hơn ở những



phụ nữ có chỉ số BMI ≥ 25 . Jagielska cùng cộng sự (2015) cũng cho kết luận rằng carbetocin có hiệu quả phòng ngừa chảy máu sau MLT hơn so với oxytocin, đặc biệt với nhóm phụ nữ có yếu tố nguy cơ chảy máu. Tuy nhiên, không phải cơ sở nào cũng có điều kiện sử dụng carbetocin, khi mà hiện nay giá thành của loại thuốc đặc biệt hữu dụng này khá đắt.

- **Axit tranexamic (TXA):** thuộc nhóm thuốc chống phân hủy fibrin (antifibrinolytic), đang được dùng rộng rãi trong dự phòng và điều trị chảy máu. Xu cùng cộng sự (2013) báo cáo kết quả sử dụng TXA dự phòng chảy máu trong MLT với liều 10 mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm trước khi bắt đầu phẫu thuật sẽ giảm mất máu từ lúc MLT cho đến 2 giờ sau mổ. Gần đây nhất, một phân tích tổng quan của Simonazzi cùng cộng sự (2016) tổng hợp dựa trên tất cả những nghiên cứu so sánh việc sử dụng TXA trước khi MLT với các giả dược khác đã kết luận rằng dự phòng bằng TXA trước khi rạch da làm giảm đáng kể lượng máu mất, bao gồm cả chảy máu sau mổ và chảy máu nặng. Tuy nhiên, các tác giả đưa ra khuyến cáo TXA phải được sử dụng cùng với các biện pháp tăng co hồi tử cung vì bản thân TXA không làm cho tử cung co hồi được.

- **Misoprostol:** là một chất tương tự prostaglandin E1, kích thích co bóp tử cung và chín muồi cổ tử cung. Một số thử nghiệm ngẫu nhiên và tổng quan hệ thống đã đánh giá việc sử dụng misoprostol trong lĩnh vực sản phụ khoa. Misoprostol không tốn kém, ổn định ở nhiệt độ phòng và có mặt ở hơn 80 quốc gia nên đặc biệt hữu ích ở những nơi nguồn lực hạn chế. WHO thừa nhận vai trò quan trọng của misoprostol trong chăm sóc sức khỏe sinh sản và được tổng hợp trên các khuyến cáo cho việc sử dụng misoprostol trong 4 hướng dẫn chăm sóc sức khỏe sinh sản tập trung vào: khởi phát chuyển dạ, dự phòng và điều trị chảy máu sau sinh, sẩy thai tự nhiên và phá thai. Đã có nhiều nghiên cứu về tác dụng phòng ngừa chảy máu của misoprostol trong MLT đều cho kết quả misoprostol kết hợp với oxytocin sẽ làm giảm lượng máu mất và phòng ngừa được chảy máu sau

MLT. Elgafor el Sharkwy (2013) nghiên cứu so sánh giữa sử dụng carbetocin với việc kết hợp 400mcg misoprostol ngậm dưới lưỡi trước khi rạch da + 20IU oxytocin pha glucose 5% truyền tĩnh mạch sau mổ đều phòng ngừa chảy máu tương tự nhau. Tương tự, Chaudhuri P cùng cộng sự (2015) cũng kết luận rằng 400mcg misoprostol ngậm dưới lưỡi trước khi mổ kết hợp với oxytocin cho hiệu quả phòng ngừa chảy máu cao hơn so với chỉ dùng oxytocin đơn thuần. Như đã nói trên, ở những nơi mà carbetocin không sẵn có thì misoprostol là một thuốc hỗ trợ tuyệt vời với oxytocin trong việc phòng ngừa chảy máu trong MLT.

KẾT LUẬN

Việc cần phải làm của ngành y tế là giảm thiểu tỉ lệ MLT đến mức thấp nhất có thể. Tuy nhiên, đây là việc không dễ, thay vào đó, trong khi chờ đợi kết quả, ta có thể hạn chế những biến chứng nặng nề của việc sinh mổ bằng những phương pháp có thể dự phòng chảy máu trong và sau mổ như đã nói trên. Công tác dự phòng chảy máu nên được triển khai rộng rãi đến các cơ sở y tế tuyến đầu để giảm tải ở các tuyến cuối. Nếu việc dự phòng chảy máu không hiệu quả, sau đây là một số khuyến cáo điều trị chảy máu trong và sau khi MLT được Michael A Belfort cùng cộng sự (2015) tổng hợp trên UpToDate:

- Tương tự như chảy máu sau khi sinh ngã âm đạo, chìa khóa then chốt trong MLT là nhận ra được lượng máu chảy trước khi nó đe dọa đến tính mạng của sản phụ, xác định nguyên nhân và bắt đầu can thiệp đúng lúc.
- Việc xử trí ban đầu của việc chảy máu khi MLT bao gồm: xoa đáy tử cung và thuốc co hồi tử cung để điều trị đờ tử cung, hồi sức truyền dịch và máu, làm khản trương các xét nghiệm kiểm tra sự mất máu và các yếu tố đông-cầm máu, kiểm tra vết rách và cầm máu những vết rách đang chảy máu. Đánh giá bánh nhau để loại trừ việc chảy máu do diện nhau bám (III).
- Nếu những biện pháp trên không cầm được máu chảy, thất động mạch tử cung được xem là phương pháp tiếp cận đầu tiên (IIC).

- Nếu chảy máu do chờ tử cung không cải thiện khi thắt động mạch tử cung, cần khâu ép tử cung bằng mũi B-Lynch (IIC).
- Quyết định cắt tử cung sớm thích hợp ở những phụ nữ chảy máu nặng do nhau tiền đạo bám chặt, nhau cài răng lược hoặc vết nứt tử cung lớn. Ở những bệnh nhân chờ tử cung, cắt tử cung thường là phương pháp cuối cùng, nhưng không nên trì hoãn khi bệnh nhân có dấu hiệu rối loạn đông máu nặng; trong trường hợp này, cắt tử cung sớm giúp hạn chế tử vong (III).
- Ở những bệnh nhân chảy máu nhiều và dai dẳng, có thể rơi vào một vòng xoáy gây tử vong đặc trưng bởi tình trạng hạ thân nhiệt, rối loạn đông máu và toan chuyển hóa; để ngăn chặn vòng xoáy này, vùng chảy máu và các vết thương phải được băng ép thật chặt, nhưng phải để hở và bệnh nhân phải được chuyển đến nơi có đơn vị chăm sóc đặc biệt để theo dõi liên tục, được truyền máu và các chế phẩm của máu đồng thời được phục hồi các rối loạn sinh lí (III).

hemorrhage at cesarean delivery. <http://www.uptodate.com/contents/management-of-postpartum-hemorrhage-at-cesarean-delivery>.

2. Brzozowska M, Lisiecki D, Kowalska-Koprek U, Karowicz-Bilińska A (2015). Comparison of carbetocin and oxytocin effectiveness for prevention of postpartum hemorrhage after caesarean delivery. *Ginekol Pol*; 86(2):107-112.
3. Conde-Agudelo A, Nieto A, Rosas-Bermudez A, Romero R (2013). Misoprostol to reduce intraoperative and postoperative hemorrhage during cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*; 209(1):40.
4. Chaudhuri P, Majumdar A (2015). Sublingual misoprostol as an adjunct to oxytocin during cesarean delivery in women at risk of postpartum hemorrhage. *Int J Gynaecol Obstet*; 128(1):48-52.
5. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA (2013). Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*; 7.
6. Lavoie A, McCarthy RJ, Wong CA (2015). The ED90 of prophylactic oxytocin infusion after delivery of the placenta during cesarean delivery in laboring compared with nonlaboring women: an up-down sequential allocation dose-response study. *Anesth Analg*; 121(1):159-164.
7. Liu W, Ma S, Pan W, Tan W (2015). Combination of motherwort injection and oxytocin for the prevention of postpartum hemorrhage after cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med*; 28:1-4.
8. Simonazzi G, Bisulli M, Saccone G, Moro E, Marshall A, Berghella V (2016). Tranexamic acid for preventing postpartum blood loss after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 95(1):28-37.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Belfort Michael A (2015). Management of postpartum



SỨ MỆNH

Nâng cao kiến thức và cải thiện thực hành lâm sàng của cán bộ y tế về bệnh học, chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung.

HOẠT ĐỘNG

SGE mong muốn thực hiện sứ mệnh thông qua các hoạt động liên quan bệnh lạc nội mạc tử cung:

- ✧ Cập nhật và cung cấp thông tin chuyên ngành
- ✧ Huấn luyện các kỹ năng chuyên môn
- ✧ Thúc đẩy và thực hiện các nghiên cứu khoa học