

Xử trí băng huyết khi phá thai: khuyến cáo lâm sàng - 2023

Nguồn tài liệu: Kerns JL, Brown K, Nippita S, Steinauer J. Society of Family Planning Clinical Recommendation: Management of hemorrhage at the time of abortion. *Contraception*. 2023 Sep 20:110292.
DOI: 10.1016/j.contraception.2023.110292

Băng huyết sau phá thai rất hiếm gặp, xảy ra <1% tổng số ca phá thai. Mặc dù, phá thai nội khoa có liên quan đến việc mất máu nhiều hơn so với sử dụng thủ thuật nhưng nhìn chung, lượng máu mất ở cả hai phương pháp là ít và không có khác biệt về mặt lâm sàng.

Định nghĩa phù hợp về mặt lâm sàng của băng huyết sau phá thai là có triệu chứng mất máu như cần truyền máu hoặc phải nhập viện và lượng máu mất > 500 ml. Băng huyết là nguyên nhân phổ biến gây tử vong ở các trường hợp phá thai trong Quý II, chiếm 33% và 40% số ca tử vong xảy ra sau phá thai ở Quý II của thai kỳ. Xuất huyết có thể do mất trương lực, rối loạn đông máu và nhau thai bất thường hoặc do các biến chứng của thủ thuật như thủng tử cung, rách cổ tử cung và sót tổ chức. Tuy nhiên, các bằng chứng về thực hành quản lý băng huyết sau phá thai vẫn còn hạn chế. Vì vậy, tháng 9/2023, Hiệp hội Kế hoạch hóa gia đình đã đưa ra khuyến cáo về quản lý băng huyết sau phá thai cụ thể như sau:

1. Nên kiểm tra nồng độ huyết sắc tố hoặc hematocrit trước thủ thuật đối với các trường hợp có chỉ định phá thai để đánh giá và kiểm soát lượng máu mất một cách phù hợp (Mức độ 1B).
2. Cần nhắc đánh giá hemoglobin trước khi thực hiện phá thai nội khoa trong ba tháng đầu hoặc phá thai bằng thủ thuật ở các trường hợp có tiền sử thiếu máu (Mức độ 2B).
3. Các trường hợp được chẩn đoán hoặc lo ngại về nguy cơ nhau cài răng lược (PAS) hoặc thai làm tổ vết mổ cũ nên được giới thiệu đến các cơ sở có độ chính xác cao hơn (Mức độ 1B).
4. Việc lựa chọn phá thai nội khoa hay bằng thủ thuật phải do bệnh nhân quyết định (Mức độ 1A).
5. Khuyến cáo sử dụng ngưỡng can thiệp chảy máu thấp hơn khi phá thai bằng thủ thuật đối với các trường hợp thai chết trong tử cung vì tăng nguy cơ xuất huyết (Mức độ 2C).
6. Cần xác định vị trí nhau ở tất cả các trường hợp có vết mổ cũ có chỉ định phá thai ở Quý II. Nếu có nhau tiền đạo trung tâm, cần thực hiện đánh giá chi tiết bằng siêu âm (Mức độ 1A).
7. Siêu âm là phương tiện để đánh giá nhau cài răng lược, tuy nhiên nếu không phát hiện trên siêu âm cũng không loại trừ chẩn đoán PAS. Các yếu tố nguy cơ lâm sàng cũng quan trọng như các yếu tố dự đoán PAS (Mức độ 1A).
8. Tắc động mạch tử cung trước thủ thuật có thể hữu ích hơn ở các cơ sở không có sẵn UAE cấp cứu; Khuyến cáo các bác sĩ lâm sàng đưa ra quyết định sử dụng UAE trước thủ thuật tùy theo từng trường hợp cụ thể (Mức độ 2B).
9. Tránh sử dụng methylergonovine để dự phòng đối với các trường hợp phá thai bằng thủ thuật ở tuổi thai từ 20 đến 24 tuần (Mức độ 1A).
10. Khuyến cáo sử dụng oxytocin dự phòng ở những nơi lo ngại về việc có tăng tình trạng chảy máu (Mức độ 1A).
11. Khuyến cáo sử dụng vasopressin thường quy trong phá thai bằng thủ thuật (Mức độ 1B) tuy nhiên, chi phí có thể rất cao.
12. Mặc dù không đủ dữ liệu để khuyến cáo sử dụng siêu âm thường quy trong phá thai ở Quý II, các bác sĩ lâm sàng nên cân nhắc sử dụng siêu âm khi tiền lượng thực hiện nhiều lần bằng forceps (tiêu chuẩn phá thai bằng thủ thuật) và ở những cơ sở đào tạo (Mức độ 2B).
13. Nên sử dụng thuốc tăng co tử cung ngay nếu xoa đáy tử cung không hiệu quả (Mức độ 1B), methylergonovine maleate và misoprostol là thuốc điều trị đầu tay.
14. Axit tranexamic an toàn và hiệu quả để dự phòng và điều trị băng huyết khi phá thai (Mức độ 2C).
15. Nên chèn bóng Foley hoặc Bakri để chèn ép nội mạc tử cung trong trường hợp không sót tổ chức hoặc có khối máu tụ, mà nguyên nhân là do mất trương lực hoặc chảy máu đoạn dưới tử cung (Mức độ 1B).
16. UAE có liên quan đến giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong hơn so với mổ hở và cắt tử cung, vì vậy, ở những cơ sở có sẵn nên thực hiện UAE trước khi cần sử dụng các biện pháp có mức độ xâm lấn cao hơn (Mức độ 1B).