



ĐÔNG MÁU NỘI MẠCH TRONG THAI KỲ

BSCKII NGUYỄN THỊ HỒNG VÂN

Giảm oxy bánh nhau
Bệnh lý nội mạc

bánh nhau
→ Thai chậm
phát triển trong TC
RCIU

Não

Tim mạch

Thận

Gan

Phổi

Đông máu

Sản giật

CHA

Albumine
niệu

HELLP

OAP

Đông máu nội mạch
lan tỏa

TBMMN
Xuất huyết não

Bệnh
lý tim

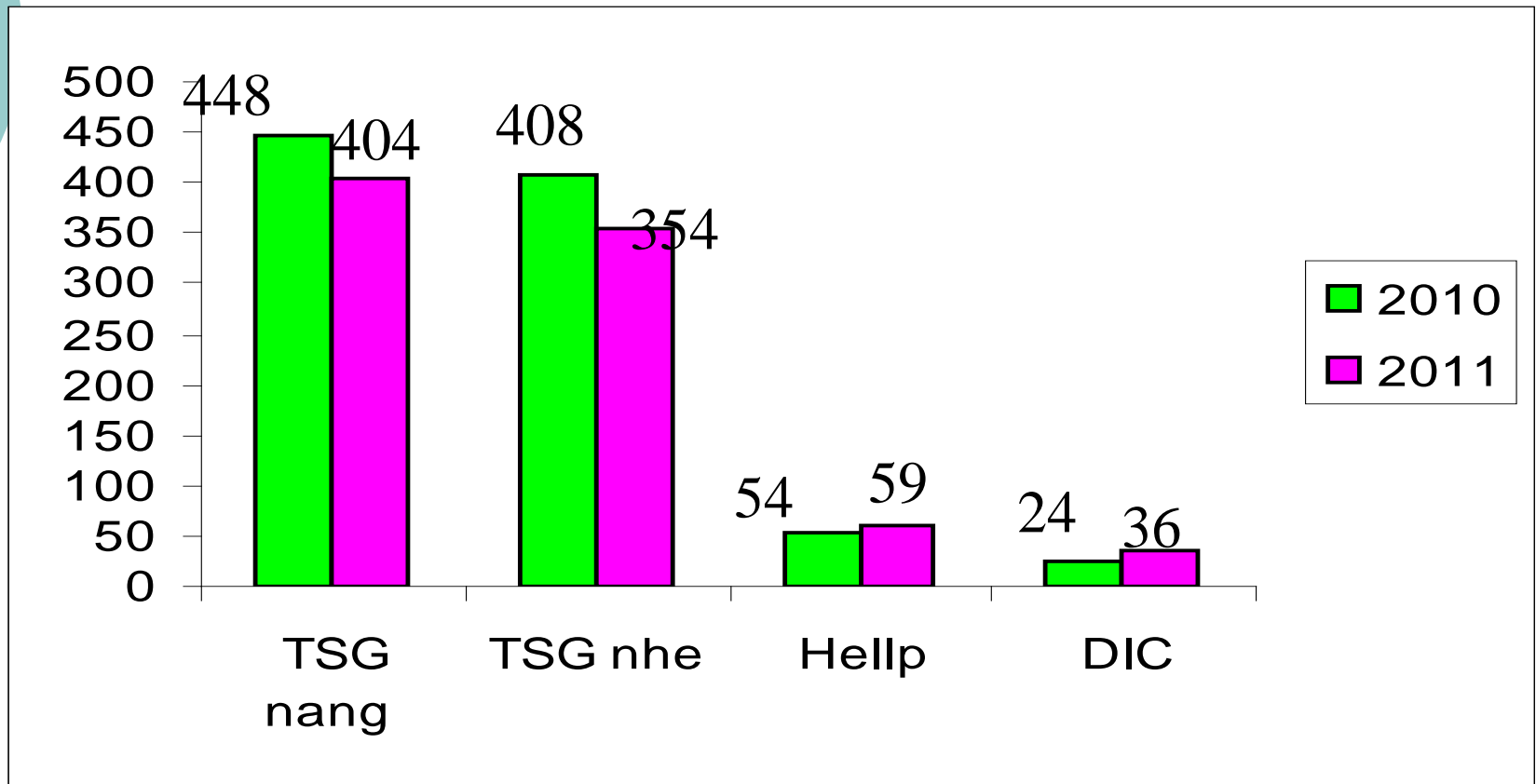
Suy
thận

Vỡ
gan

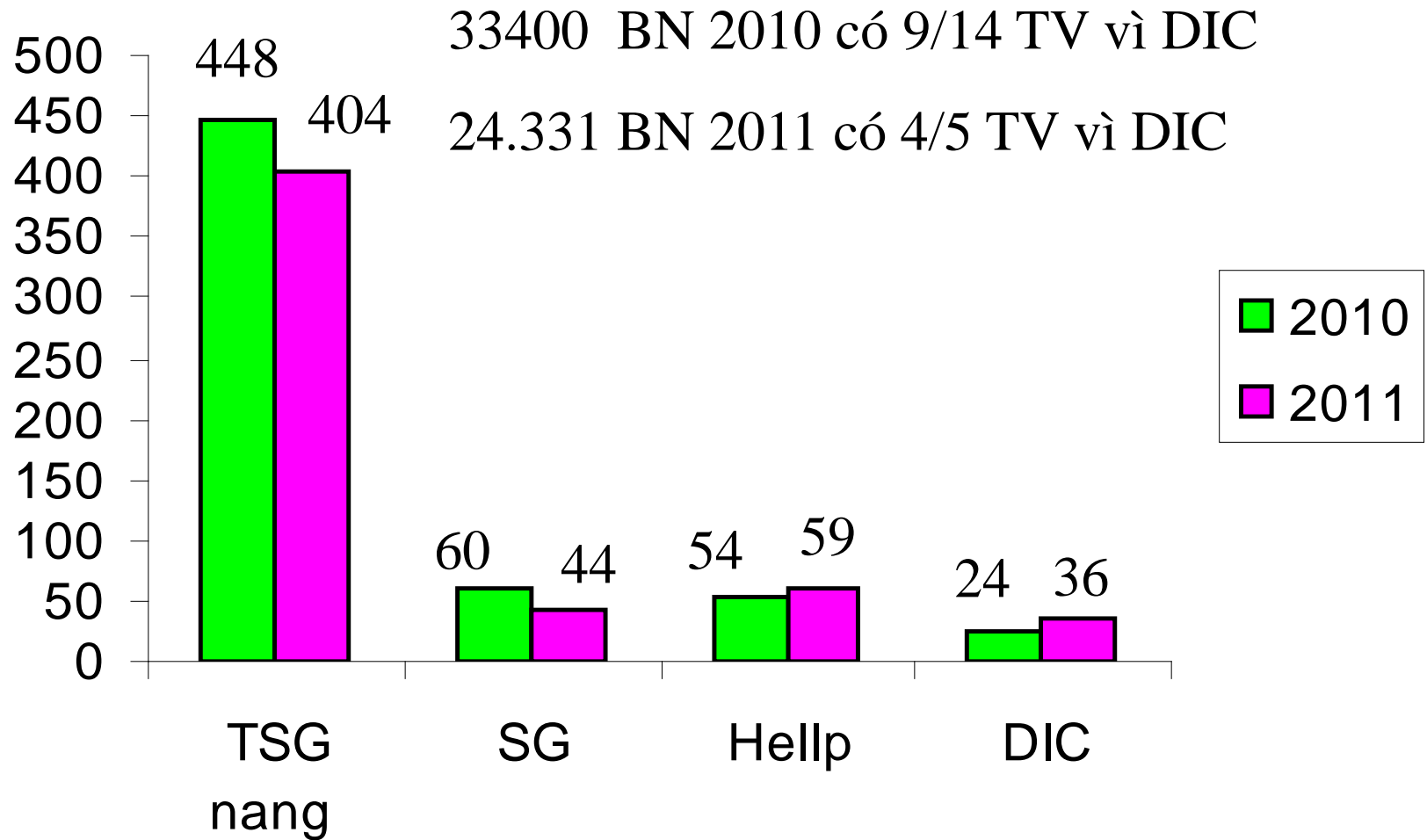
ADRS

Rối loạn đông máu

BỆNH VIỆN TỪ DŨ TỪ 1-8/2011



BỆNH NẶNG HỒI SỨC



TRƯỜNG HỢP BỆNH

- SP 30t con số 36 tuần, song thai ,68kg nhập BVTD 23g20 13/5 vì mệt , thai máy yếu
- Tỉnh táo ,HA 130/80mmHg M85 l/p vàng da ,vàng mắt có viêm gan 2 năm nay không điều trị , không biến chứng
- XN 14/5 PT 12%, INR 6.80, TQ 58.8 TCK 123.6
- Truyền 22 HTĐL và 18 Kết tử lạnh và 6TCĐĐ
- MLT 15/5 song thai ,điều trị tiếp DIC
- Tổng trạng ổn ,XN bình thường ,ăn uống đến 22/5

-
- 22/5: 0g30 lên cơn giật HA: 180/90 mmHg
 - Chuyển HS: BN nói nhảm, giãy dụa, la hét, điều trị với Midazolam và Nicardipin
 - HC nội thần kinh: TD loạn thần cấp sau sanh, chụp MRI (Tổn thương tuyến yên, không ghi nhận máu tụ nội sọ)

22/5 Lên cơn co giật , nói nhảm ,la hét

TD: loạn thần cấp sau sanh, chụp MRI (Tổn thương tuyến yên, không ghi nhận máu tụ nội sọ) điều trị Hadol



ĐỊNH NGHĨA DIC

DIC là một triệu chứng đặc hiệu với kích hoạt quá mức và lan rộng hệ thống đông máu, thứ phát sau một tình trạng lâm sàng

.Các biến chứng sản khoa như nhau bong non ,thuyên tắc ối ,
nhiễm trùng nặng thai chết lưu ,choáng mất máu sau sanh ,thai
trứng ,bệnh phụ khoa ác tính sẽ diễn tiến DIC.

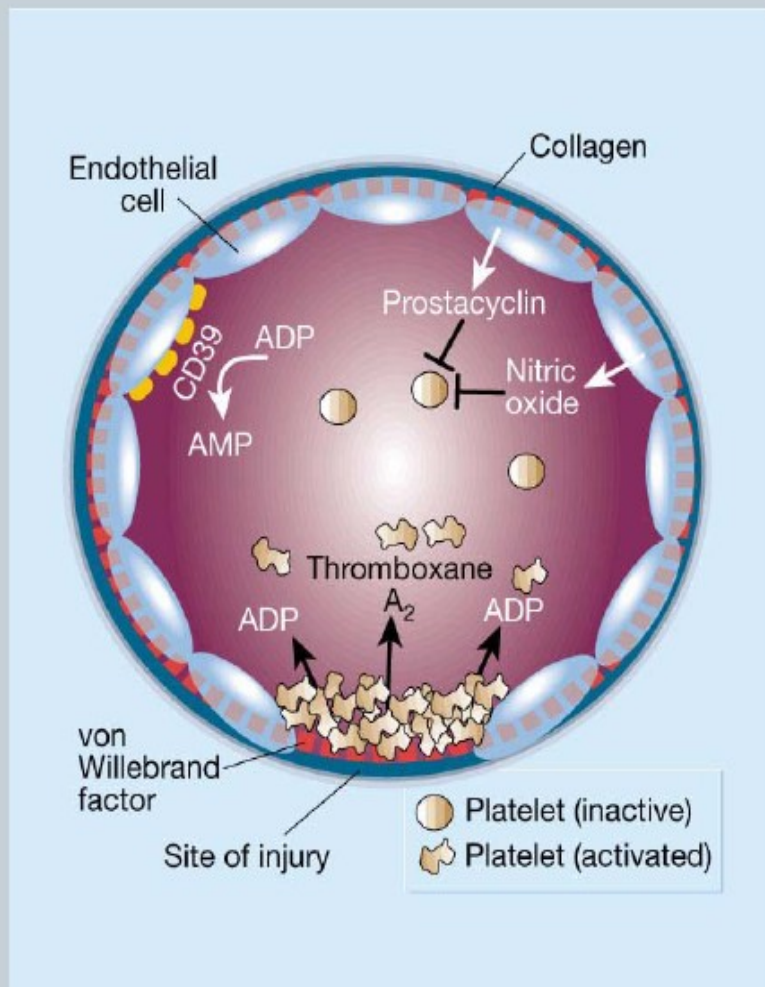
Trong những trường hợp này DIC thường liên quan tỷ lệ cao tử
vong và biến chứng bệnh

Montagnana M, Franchi M, Danese E, Gotsch F, Guidi GC.
Semin Thromb Hemost. 2010 Jun;36(4):404-18.

CƠ CHẾ ĐÔNG MÁU BÌNH THƯỜNG

- Ba cơ chế giữ máu ở tình trạng lỏng cho đến khi chấn thương mạch máu xảy ra
- **ĐÔNG MÁU TIÊN PHÁT**
- Hình thành nút TC ngay tại nội mạc bị tổn thương
- **ĐÔNG MÁU THỨ PHÁT**
- Hình thành cục Fibrin
 - Đường nội sinh
 - Đường ngoại sinh
 - Đường chung
- **PHÂN GIẢI FIBRIN**

ĐÔNG MÁU TIÊN PHÁT (Primary Haemostasis)



Liên quan TC ,vWF, và thành MM

Nội mạc quan trọng

Nút TC chưa bền vững

Đòi hỏi hình thành cục Fibrin

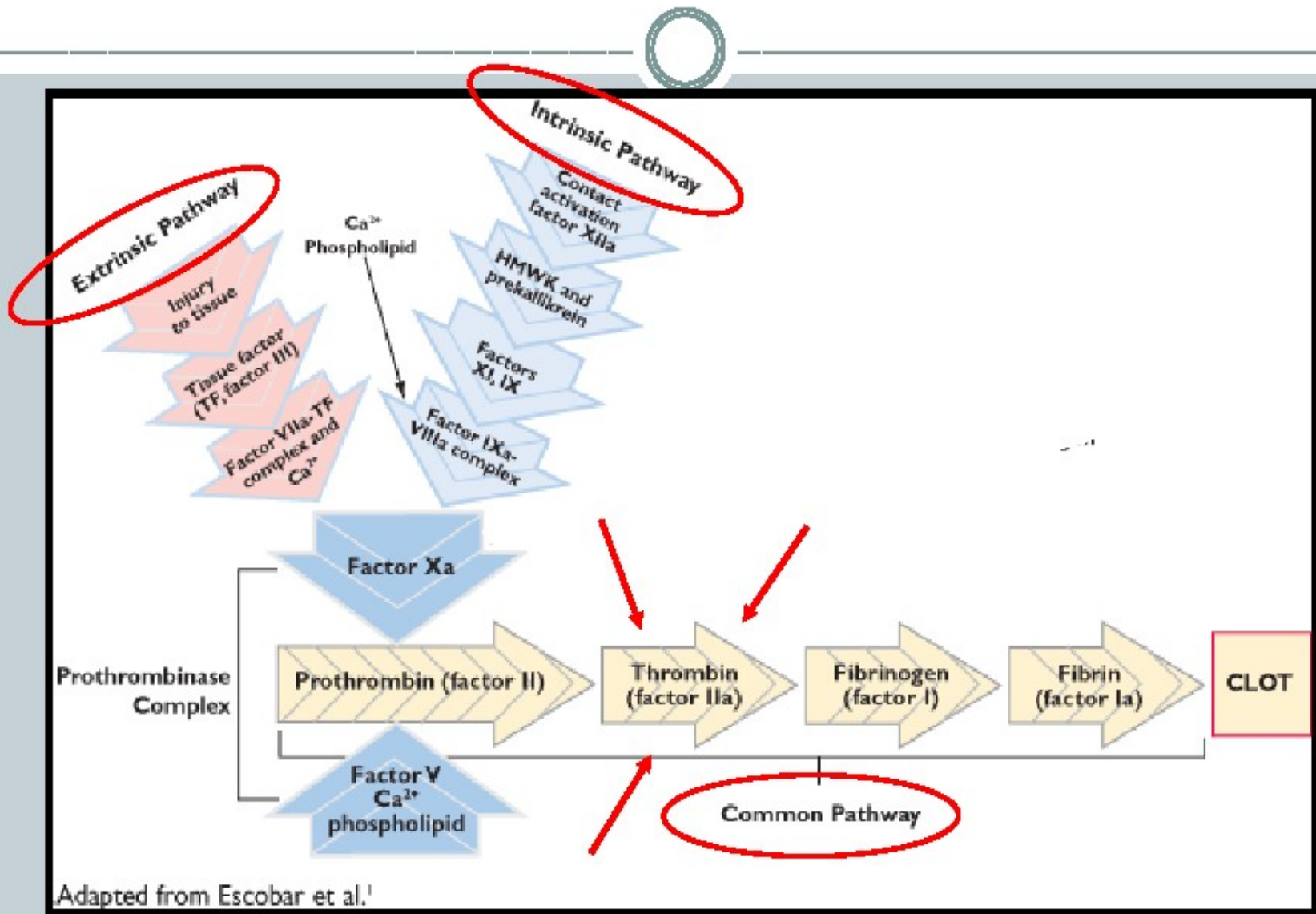
Yếu tố bệnh lý gây DIC

Nhiễm trùng

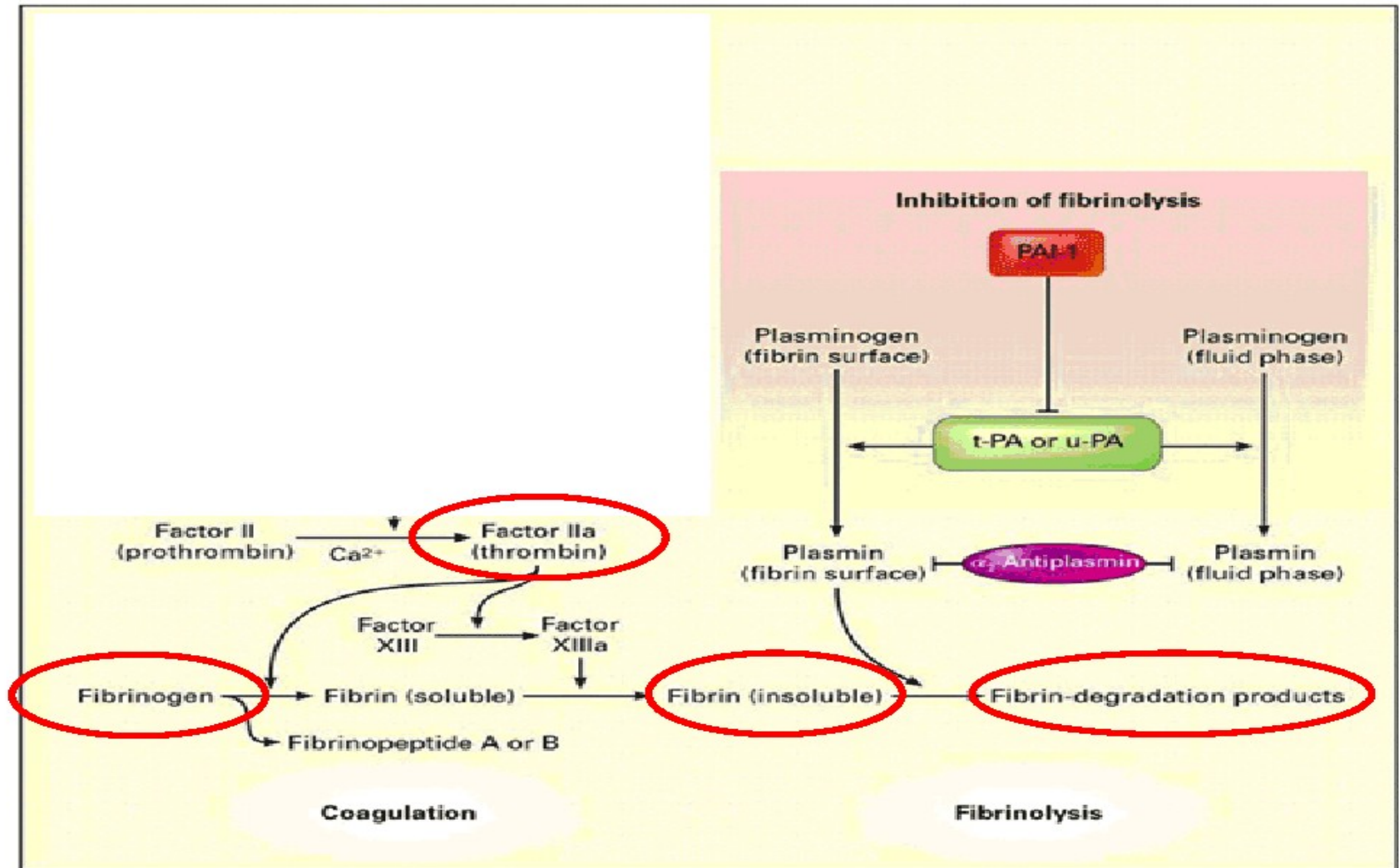
Tiền sản giật

Choáng giảm thể tích

ĐÔNG MÁU THỨ PHÁT (Secondary Haemostasis)



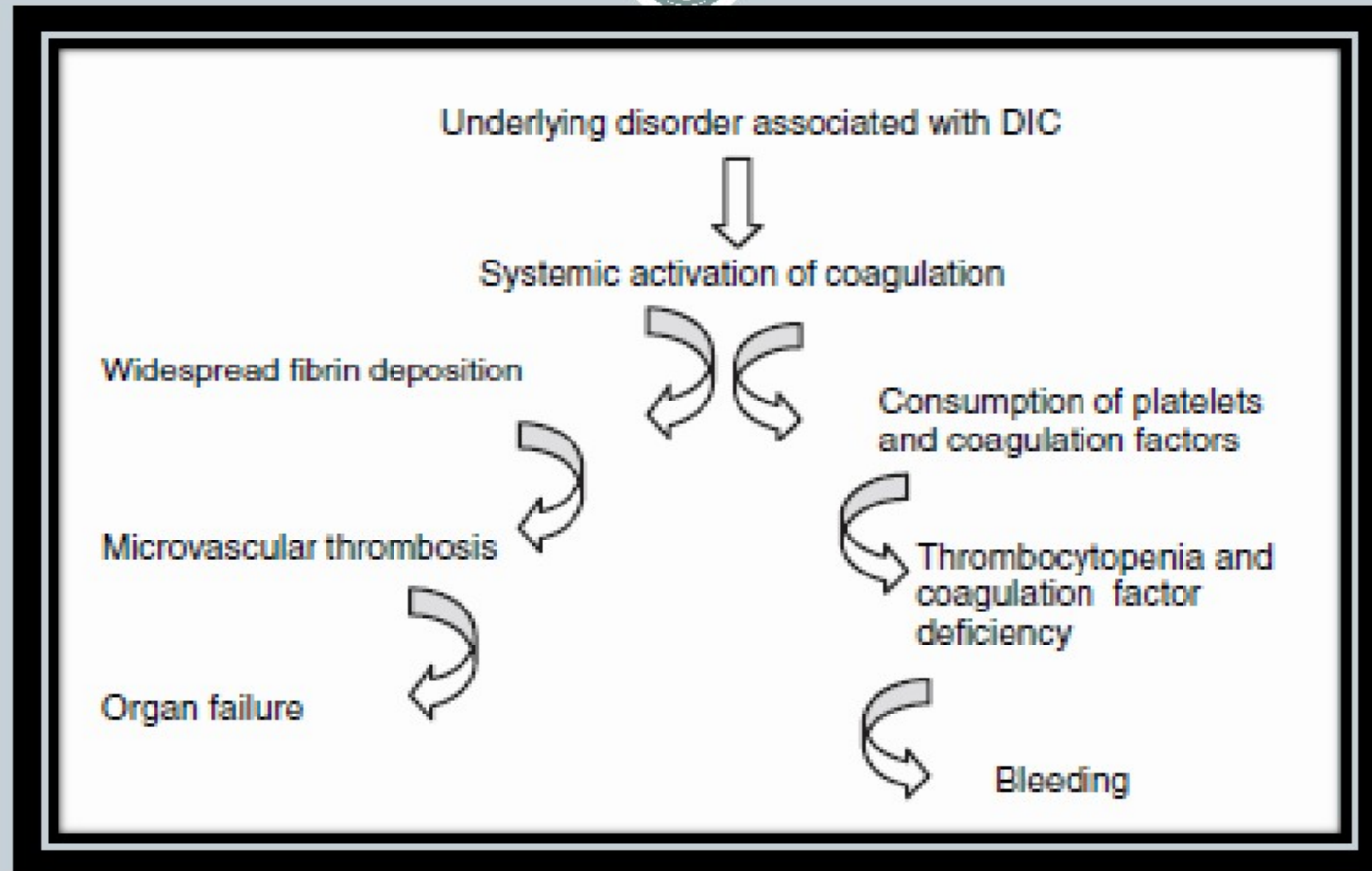
PHÂN GIẢI FIBRIN



XÉT NGHIỆM ĐÔNG MÁU

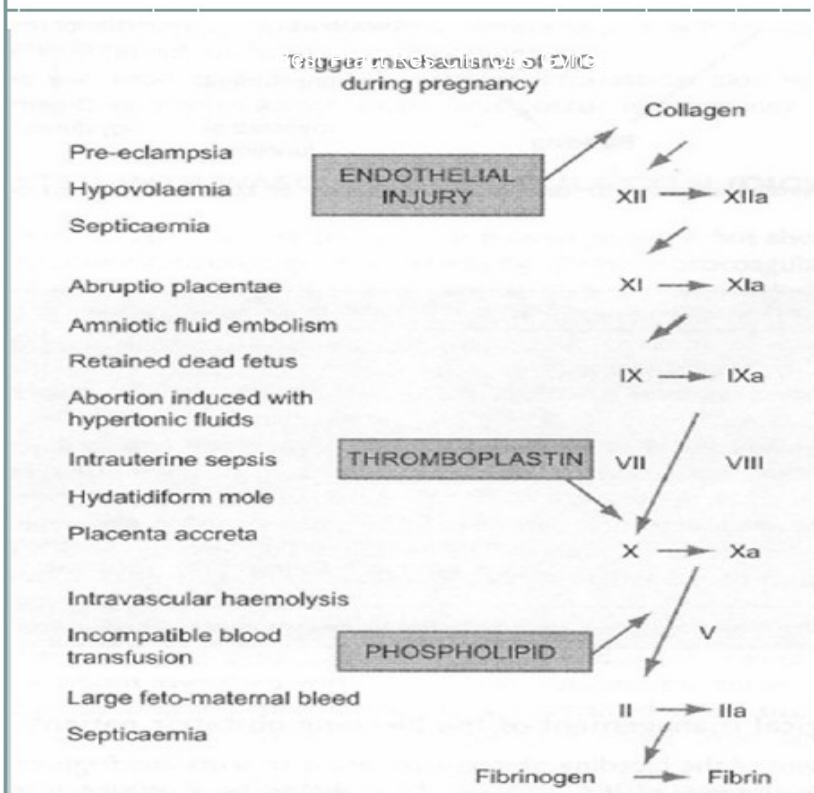
- **PT (Prothrombin Time)** Bình thường 100%
- Phản ảnh đường ngoại sinh và đường chung
- TF, Factor VII , Prothrombin, Factors V và X, Fibrinogen
- **aPTT (Activated Partial Thromboplastin Time)**
- Phản ảnh đường nội sinh và đường chung
Tất cả yếu tố trừ yếu tố VII
- Bình thường 24 -31.6giây

TIẾN TRÌNH DIC



Levi et al. Br J Haematology (2009) 145: 24-33

SINH LÝ BỆNH CỦA DIC TRONG THAI KỲ



Ba yếu tố kích hoạt chính

Tổn thương mô

Phóng thích thromboplastin

Tiếp xúc Phospholipid

Kết quả là phát sinh thrombin và tăng fibrin lắng đọng

Những điều kiện sản khoa liên quan DIC

- Nhau tiền đạo
 - Thuyên tắc ối
 - Xảy thai nhiễm trùng
 - Nhiễm trùng trong tử cung
- Sốt thai chết lưu trong tử cung
 - Thai trứng
 - Nhau cài răng lược
- - Tiền sản giật – Sản giật
 - shock kéo dài vì bất cứ nguyên nhân nào
- Montagnana M, Franchi M, Danese E, Gotsch F, Guidi GC.
- Semin Thromb Hemost. 2010 Jun;36(4):404-18. Epub 2010 Jul 7

DIC trong SẢN KHOA

1-Cần xác định yếu tố thuận lợi gây DIC trên mỗi sản phụ

2-Tổ chức theo dõi chặt chẽ và xét nghiệm đông máu TC khi có dấu chảy máu bất thường

3. 3-Cần phát hiện khi có DIC trên sinh học bằng các xét nghiệm đông máu

4-Xét nghiệm chẩn đoán

- **Tiểu cầu giảm**
- **PT hoặc aPTT kéo dài**
- **Fibrinogen giảm**
- **D-dimer dương tính**
- **Sự hiện diện các mảnh vỡ hồng cầu (shistocytes cells, triangle cells và burr cells)**
- **Giảm yếu tố VII, VIII và XIII**

CHẨN ĐOÁN DIC Ở SẢN KHOA

ĐỘ NẶNG CỦA DIC		ĐIỀU KIỆN SẢN KHOA
Stage 1: CÒN BÙ	↑ FDPs ↓ TIÊU CẦU	TIỀN SẢN GIẬT
Stage 2: KHÔNG BÙ	↓↓ TIÊU CẦU ↓ Fibrinogen ↓ Factors V and VIII	NHAU BONG NON ÍT TSG NẶNG
Stage 3: RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU	↓↓ Platelets TĂNG TIÊU THỤ YẾU TỐ ĐÔNG MÁU (NHẤT LÀ fibrinogen) ↑↑ FDPs	NHAU BONG NON THUYỀN TẮC ỒI SẢN GIẬT

Adapted from Letsky EA. Best Pract Res Clin Obs Gynecol (2001) 15: 623-44.

Biến chứng DIC trong thai kỳ

- DIC xảy ra ở khoảng 10-12% các trường hợp TSG và 7% TSG nặng.
- Bệnh học chưa được biết rõ, nhưng có lẽ do hậu quả của sự hoạt hóa các tế bào nội mạch.
- Chỉ 10-15% trường hợp DIC trong TSG lan tỏa và gây tử vong.

-
- Tỷ lệ DIC trong sản khoa rất khó xác định do sự khác biệt lớn các sự kiện và các biểu hiện lâm sàng phức tạp.
 - DIC xảy ra ở 1 trong 500 ca sanh cho các loại nặng DIC



Dr. Saria Tasnim, MBBS, FCPS, M Med Senior

- Institute of Child and Mother Health

Điều trị DIC

- Điều trị nguyên nhân sản khoa bất thường
 - Thay thế Bồi hoàn máu và các sản phẩm máu
 - Điều trị toan máu, hạ thân nhiệt và hạ Calcium
 - Điều trị theo từng cá nhân
-
- Mercier et al. *Curr Opin Anaest* (2010) 22: 310-16.

Các biện pháp xử lý :

1. Điều trị bệnh gốc gây nên DIC

- Hội chứng thai chết lưu lấy thai càng sớm càng tốt
- Nhau bong non chấm dứt thai kỳ sau khi bồi hoàn các yếu tố đông máu.
- Hội chứng HELLP : Chấm dứt thai kỳ có lợi khi có DIC
- Sử dụng kháng sinh thích hợp , mạnh phổ rộng khi nghi ngờ nhiễm trùng thường là Cephalosporin thế hệ 3, Amikline và Metronidazol
- Thuyên tắc ối Chống shock chống suy hô hấp chống toan chuyển hóa và thăng bằng nước và điện giải

2. Điều trị thay thế :

- Truyền tiểu cầu đậm đặc khi SLTC $< 20.000/\text{mm}^3$, cố gắng duy trì SLTC $> 30.000/\text{mm}^3$.
- Yếu tố VIII kết tủa lạnh : 50 mg/kg fibrinogen (một túi chứa 200mg fibrinogen).
- Huyết tương tươi đông lạnh : liều đầu 15ml/kg, sau đó 5 ml/kg/6 giờ

ĐIỀU TRỊ DIC

-
- Trong y văn nhấn mạnh việc truyền HC lắng , HTĐL và TC sớm để ngăn ngừa pha loãng yếu tố đông máu trong chảy máu sản khoa. Chú ý nồng độ fibrinogen và các thuốc tiền đông như tranexamic acid và yếu tố VIIa tái tổ hợp
- Tỷ lệ truyền 1: 1 HTĐL và máu trong chảy máu cấp
- Fibrinogen truyền nếu nồng độ trong huyết tương $< 1.0 \text{ g/l}$
- Thêm tranexamic acid (1 g) an toàn
- TC và yếu tố VIIa (60-90 microg/kg(-1)) khi các điều trị thất bại bao gồm thuyên tắc mạch máu hay phẫu thuật nhưng cho trước khi cắt TC.
-
- Mercier FJ, Bonnet MP. Curr Opin Anaesthesiol. 2010 Jun;23(3):310-6

ĐIỀU TRỊ DIC

- Chảy máu sau sanh là nguyên nhân hàng đầu tử vong mẹ ở Pháp
- Điều trị bao gồm thuốc và truyền sản phẩm máu
- Hiện nay.. HTĐL để kiểm soát rối loạn đông máu do mất máu nhiều . Tỷ lệ truyền HTĐL và Máu là 1/1 và 1/2.
- Thuốc antifibrinolytics, như tranexemic acid, cũng giảm chảy máu sau sanh
- Yếu tố VII giúp tránh cắt TC
- [Bonnet MP, Tesnière A, Mignon A Transfus Clin Biol. 2011 Apr;18\(2\):129-32..](#)

Tranexamic Acid

Cochrane review (2007) for non-OB surgery

Giảm nguy cơ truyền máu (RR 0.61; CI 0.54-0.69)

Giảm nhu cầu mổ lại do chảy máu (RR 0.67; CI 0.41-1.09)

Không gia tăng nguy cơ thuyên tắc TM sâu (VTE)

3 RCTs trên phòng ngừa BHSS

461 BN., Giảm tần suất BHSS (RR 0.4; CI 0.32-0.64) không VTE

Hướng dẫn WHO về tranexamic acid trong BHSS nếu các PP khác thất bại
(Ít bằng chứng))

Hai nghiên cứu tiền cứu lớn về Tranexamic acid và BHSS

Mercier et al. Curr Opin Anaest (2010) 23: 310-16.

Đồng thuận về yếu tố VII tái tổ hợp rFVIIa

Conservative use is currently endorsed by:

- The French health safety agency (AFSSAPS)
- Several European and Australian-New Zealand multidisciplinary expert panels

Suggest giving 90 $\mu\text{g}/\text{kg}$ after all definitive procedures attempted, and 8-12 U PRBCs given but before hysterectomy

- May repeat dose after 20 min if still bleeding
- If still no response, proceed to hysterectomy

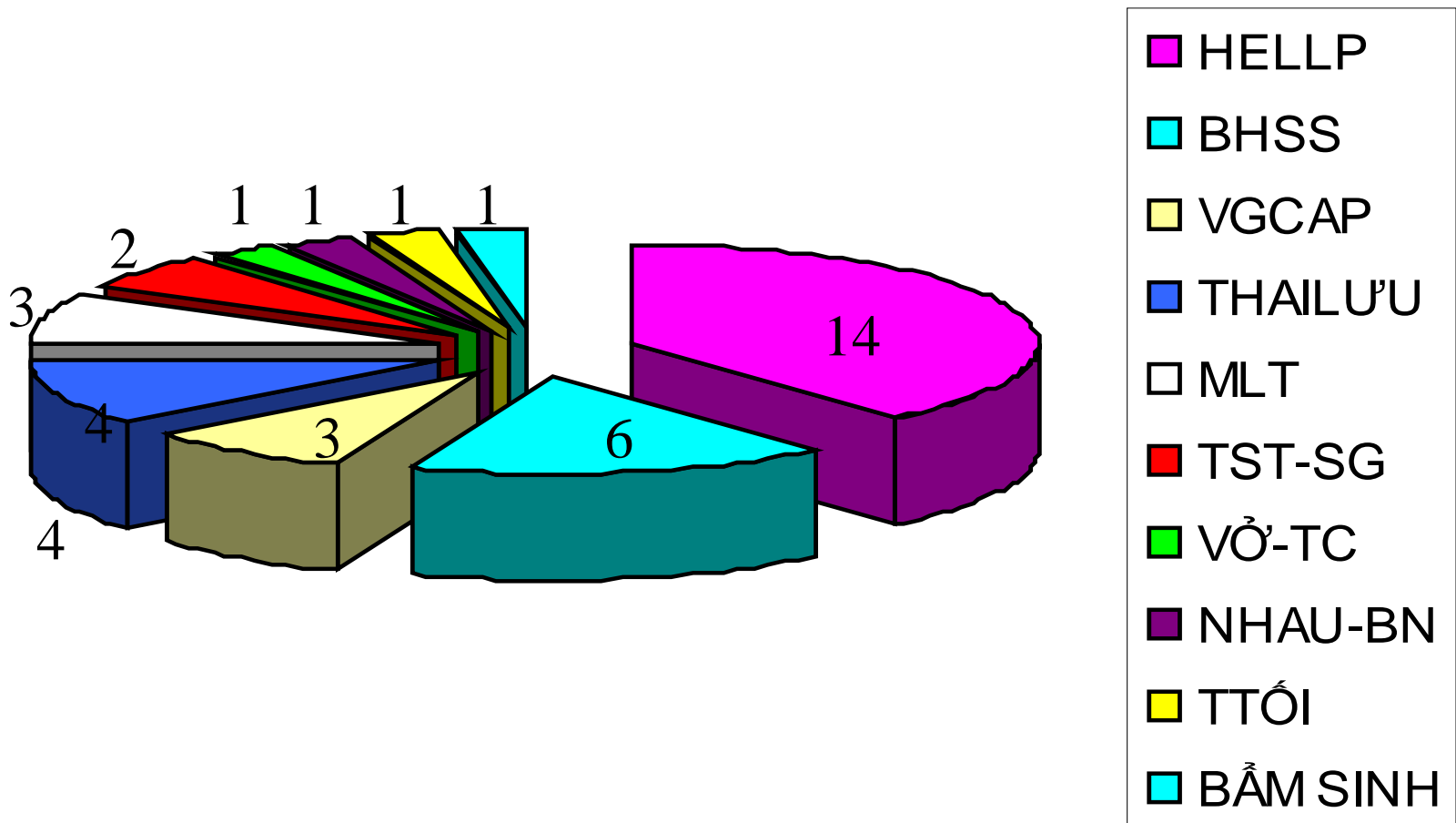
SOGC 2009 PPH guidelines

- “Evidence for the benefit of recombinant activated factor VII has been gathered from very few cases of massive PPH. Therefore this agent cannot be recommended as part of routine practice. (II-3L)”

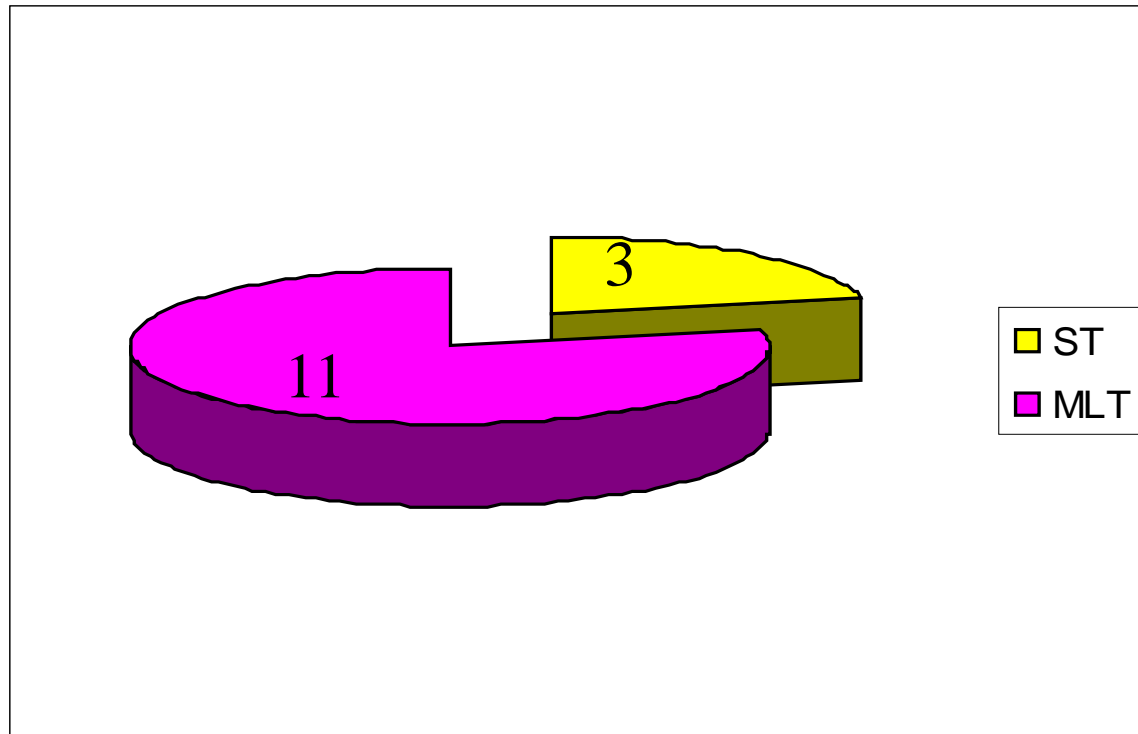
DIC TẠI BV TỪ DỮ 2011(1-8)

- Trong 8 tháng có 36 trường hợp
- Tuổi trung bình :
- Con số : 23
- Con rạ : 13
- Tuổi thai : 25-41 tuần

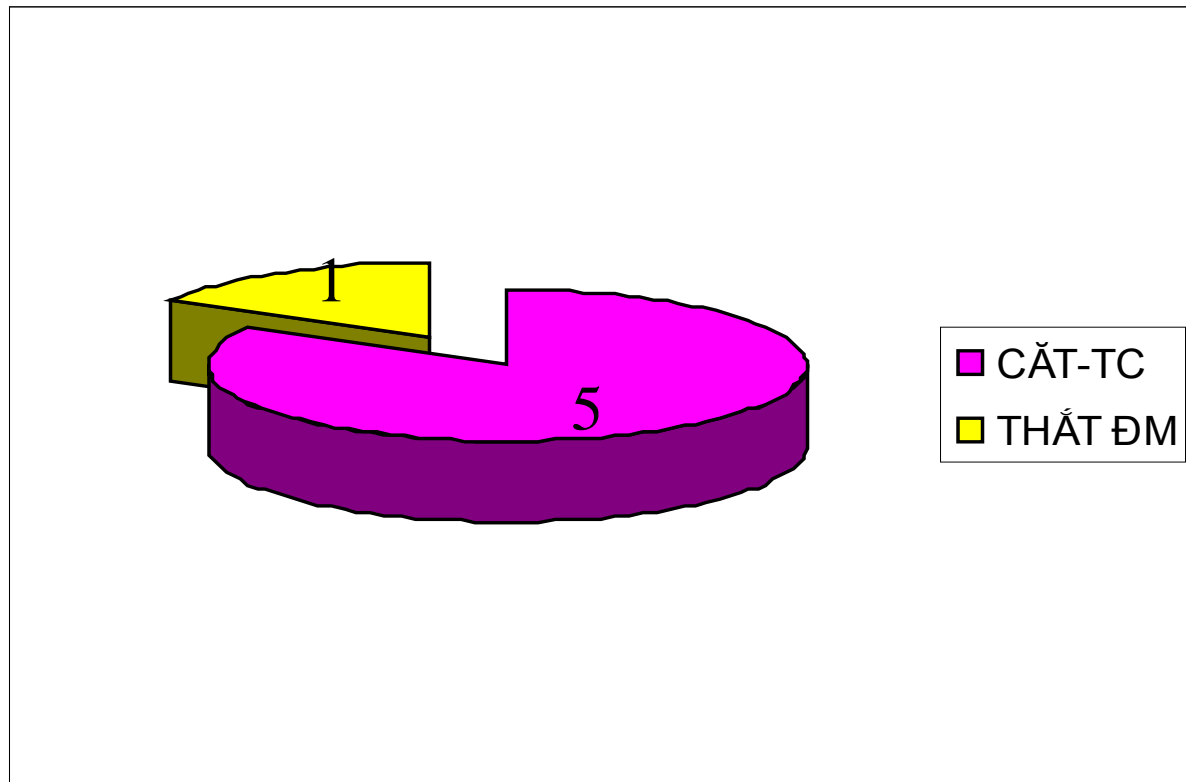
NGUYÊN NHÂN DIC TẠI BVTD



HELLP : CÁCH SANH



BHSS : CÁCH XỬ TRÍ



Mắc Bệnh và tử vong tại BVTĐ

- Tử vong 4 trường hợp : 11% DIC (Becker 10-50%)
- HELLP : 2
- Thuyên tắc ối : 1
- Choáng mất máu sau MLT : 1
- Cần lọc thận tại BVCR : 1
- Cần điều trị tiếp về gan tại BVCR : 3
- Cần điều trị về choáng NT tại ICU : 1
- Cần điều tiếp tại ICU vì suy đa cơ quan : 2
- Cắt TC khẩn : 6
- **Becker, Joseph U and Charles R Wira.** [Disseminated intravascular coagulation at eMedicine](#), 10 September 2009
-

SỐ LƯỢNG SẢN PHẨM MÁU TRUYỀN

- HTĐL :392
- KẾT TỦA LẠNH:259
- TC ĐẬM ĐẶC: 205
- HỒNG CẦU LẮNG :214 Đơn vị

ĐỘT TỬ VÀ NHAU TIỀN ĐẠO VÀ DIC

- Sản phụ LTKA 29 BP 0020 y sy
- Nhập viện TD lúc 10 g 22/8/2011 vì thai 38 tuần NTĐ không ra huyết nhập Sản A
- Ngày 23/8 6g45 BN vào nhà tắm ra huyết nước , té xỉu tím tái M70 l/p HA không đo được
- NKQ và nhân tim và chuyển PM để MLT +cắt TC chừa 2 PP + thắt ĐMHV 2 bên dẫn lưu
- bé gái 3200g Apgar1=1 và 5=3
- HC lắng+6 kết tử lạnh và 6 HTĐL

-
- Chuyển HS thở máy HA 107/68mmHg M125l/p SPO2 99% Tiểu vàng trong 1000ml với Tazocin + amikacin + Losec + cyclonamix + nesamid
 - 11g BN mở mắt hỏi biết và rút NKQ thở oxy qua Mask
 - 13g TC 136.000/mm³ TP 45% INR 1,79 TQ 20”
Fifrinogen 76mg/dl TCK 41” D- Dimer 4641ng/ml
AST 107 UI/l và AST 88 UI/L
 - Được tiếp tục truyền HTĐL 4 Đv và Kết tủa lạnh 4Đv và tranexamid 500mg

-
- 14g Hội chẩn BVHH với **chẩn đoán DIC** trên Bn MLT ngưng tim thêm **HTĐL 2 Đv** và **kết tủa lạnh 2 Đv**
 - BN vẫn còn vật vả nhiều được dùng midazolam chích TM chậm
 - 24/8 **BC17.9** **HC 2.71** **Hb7.8**
 - truyền **HCL 2 Đv** HA 100/44mmHg M78l/p

-
- 25/8 Bn tỉnh táo , ho đàm da xanh than đau thượng vị, tiếp tục **HCL 1,5 Đv** và dung dịch nuôi
 - 26/8 BC 14.8 HC 3.43 HB 10 chuyển hậu phẫu theo dõi
 - 30/8 9 g HA 160/100mmHg M50l/p than khó thở tức ngực chuyển HS
 - Hội chẩn tim mạch : loạn nhịp chậm và tăng HA chuyển BVCR điều trị tiếp

Kết luận

- DIC hiếm gặp nhưng là một thử thách cần sự phối hợp giữa BS Sản ,BSGMHS và BS Huyết học
- DIC khó chẩn đoán nên phải chú ý NN gây ra, nếu DIC nhẹ không điều trị kịp sẽ gây rối loạn đông máu tồi tệ gây biến chứng và tử vong cao
- Cần có các sản phẩm máu như HTĐL, Kết tủa lạnh ,TCĐĐ
- Hiện nay điều trị với yếu tố VII tái tổ hợp là bước điều trị mới trước khi phải cắt tử cung