



GIAN CARLO DI RENZO

Giáo sư

Thư ký danh dự FIGO
 Giám đốc Trung tâm Y học Sinh sản và Chu sinh
 Đại học Perugia - Ý

HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA
 VIỆT - PHÁP - CHÂU Á - THÁI BÌNH DƯƠNG
 TP. Hồ Chí Minh, 14 & 15/5/2015

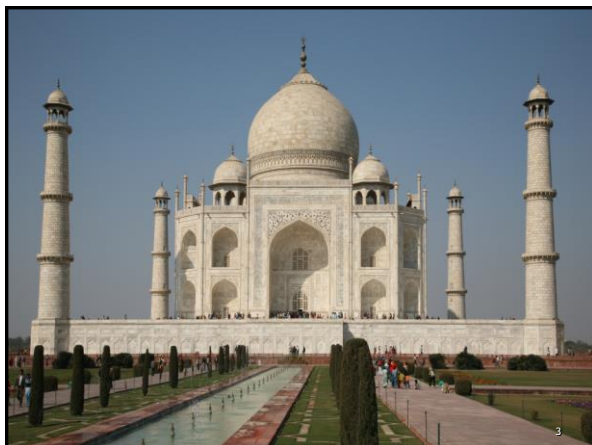
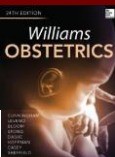



XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT SAU SINH





**GC DI RENZO, MD, PHD, FRCOG, FACOG
PERUGIA, ITALY**

**Williams
OBSTETRICS**
24TH EDITION

Contractions are followed by clotting and obliteration of vessel lumens.

If after delivery, the myometrium within and adjacent to the denuded implantation site contracts vigorously, fatal hemorrhage from the placental implantation site is unlikely. *Importantly, an intact coagulation system is not necessary for postpartum hemostasis unless there are lacerations in the uterus, birth canal, or perineum.* At the same time, however, fatal postpartum hemorrhage can result from uterine atony despite normal coagulation. Adhered placental pieces or large blood clots that prevent effective myometrial contraction will serve to impair hemostasis at the implantation site.

Băng huyết sau sinh là gì?



- Mất máu quá mức sau sinh
 - Gọi là băng huyết khi mất máu >500 ml (3.5–30%)
 - Băng huyết nặng khi mất máu >1000 ml (1.5–5.0%)
- BHSS sớm :
 - Băng huyết xảy ra < 24 h sau sinh
- BHSS muộn:
 - Băng huyết xảy ra > 24 h

Những định nghĩa chưa được thống nhất

5

Những khó khăn liên quan đến việc so sánh các nghiên cứu về BHSS

- Phương pháp xác định máu mất
 - Ước lượng trên lâm sàng 70–80%
- Xác định trong giai đoạn III chuyển dạ
- Các yếu tố gây nhiễu trong quá trình nghiên cứu
- 58% các thử nghiệm đều không đưa ra cách xác định BHSS

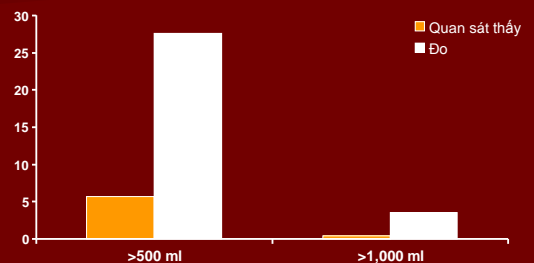
6

Chẩn đoán băng huyết sau sinh

- Lâm sàng
 - Phản ứng sinh lý của cơ thể khi mất máu
- Định lượng máu mất
 - Quan sát ước lượng máu mất
 - Đo lượng mất máu bằng túi đo máu
 - Cân trọng lượng máu mất
 - Thay đổi HCT và Hb
 - Phương pháp khác
 - Thử tích huyết tương
 - Hồng cầu

7

Ước tính lượng máu mất



Prasertcharoensuk et al. IJGO 2000

8

Tranh cãi/ mâu thuẫn liên quan đến băng huyết sau sinh

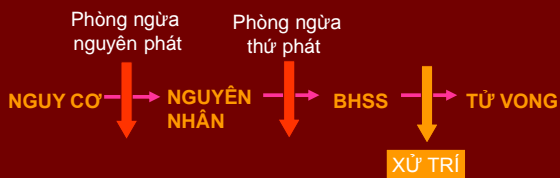
"Trong khi băng huyết sau sinh là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ ở các nước đang phát triển, đa số các trường hợp tử vong lại không xảy ra trong bệnh viện / cơ sở y tế - nơi có các nhân viên y tế được đào tạo và có kỹ năng, nơi có sẵn máu, các dụng dịch truyền tĩnh mạch và thuốc co hồi tử cung

9

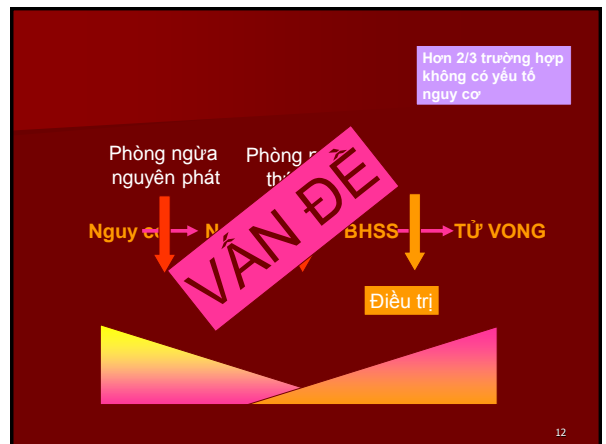
Nguyên lý

Nếu biết rõ yếu tố nguy cơ và nguyên nhân, chúng ta có thể ngừa được BHSS
Có đúng như vậy không?

10

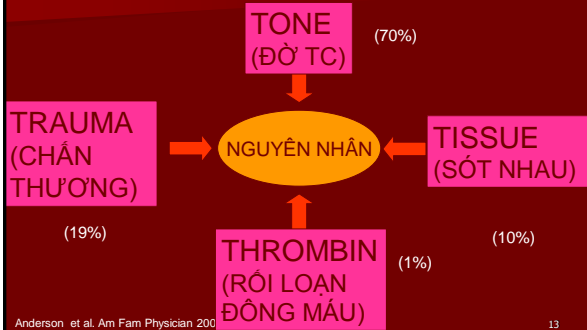


11



12

Nguyên nhân của BHSS (4T)



Yếu tố nguy cơ (phân tích đa biến)

- Sốt nhau, OR=3.5
- Giai đoạn 1 chuyển dạ kéo dài, OR=3.4
- Nhau cài răng lược, OR=3.3
- Cắt tầng sinh môn, OR=2.4
- Sinh giúp bằng dụng cụ, OR=2.3
- Con to, OR=1.9
- Tăng huyết áp, OR=1.7
- Khởi phát chuyển dạ, OR=1.4
- Giục sinh bằng Oxytocin, OR=1.4

Sheiner E, et al. J Matern Fetal Neonatal Med 2005

14

Một trong những vấn đề chính là.....

ĐỊNH LƯỢNG MÁU MẮT CHƯA CHÍNH XÁC



15

Túi đo máu mất (Brass-V)



16

Băng huyết sau sinh

Chiếm tỉ lệ 5 %

Sau sinh thương mất máu ≤ 500 ml và sau sinh mổ mất máu ≤ 1000 ml được xem là trong giới hạn sinh lý

Theo Benedetti T. Có 4 mức độ phân loại lượng máu mất :
"class 4" được định nghĩa là mất máu cấp > 2400 ml.
(tỷ lệ tử vong 50 %)



Tỷ lệ tử vong 8.5 x triệu sản phụ

Trong 71 % được chăm sóc kém



17

Benedetti's classification of hemorrhage

Hemorrhage class	Acute blood loss (ml)	Percentage lost
1	900	15
2	1200–1500	20–25
3	1800–2100	30–35
4	2400	40

18

Băng huyết sau sinh là một cấp cứu sản khoa

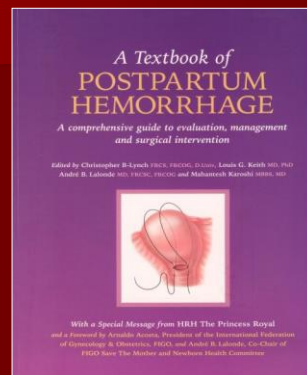
Được cho là

“sớm” khi băng huyết xảy ra < 24 giờ sau sinh

“muộn” khi băng huyết xảy ra > 24 giờ sau sinh

19

XỬ TRÍ



Ch. B. Lynch

1^o ed 2006

2^o ed 2012

20

XỬ TRÍ TOÀN DIỆN



21

Quá trình xử trí tích cực BHSS

- Sở nắn lại bụng để loại trừ còn 1 bé khác trong bụng
- Trong vòng 1 phút sau sinh, tiêm bắp oxytocin 10 IU
- Đợi TC co hồi (2–3 phút)
- Kéo dây rốn có kiểm soát với một tay chặn trên xương mu
- Nếu bánh nhau chưa xuống, ngưng kéo và chờ cơn gò tiếp theo
- Sau khi sổ nhau, xoa đáy TC mỗi 15 phút trong 2 giờ



22

Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL)

Offer to every woman...

- 1** Give oxytocin within 1 minute of childbirth.
- 2** Deliver the placenta by controlled traction on the umbilical cord and counter-pressure to the uterus.
- 3** Massage the uterus through the abdomen after delivery of the placenta.

During necessary, palpate the uterus through the abdomen every 15 minutes for 15–30 minutes to make sure it is firm and monitor the amount of vaginal bleeding.

...at every birth, by every skilled provider.

USAID, WHO, UNFPA, POPPIH

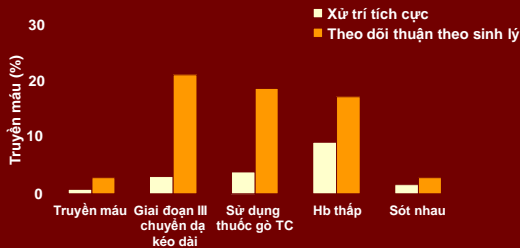
23

Xử trí tích cực giai đoạn III chuyển dạ để phòng ngừa băng huyết sau sinh

- Xử trí tích cực giai đoạn III chuyển dạ nên được thực hiện vì giúp giảm tỷ lệ băng huyết sau sinh do đờ tử cung
 - Bao gồm các can thiệp giúp bánh nhau sổ nhờ vào cơn gò TC và tránh BHSS bằng cách phòng ngừa đờ TC:
 - Cho thuốc co hồi TC
 - Kéo dây rốn có kiểm soát
 - Xoa đáy TC sau khi sổ nhau
- Mỗi bác sĩ, nữ hộ sinh cần phải có kiến thức, kỹ năng và sự phán đoán cần thiết để xử trí tích cực giai đoạn III đồng thời phải có đầy đủ phương tiện cần thiết

24

Kết cục của sản phụ qua các thử nghiệm về xử trí tích cực



McCormick et al, IJGO 2002

25

BĂNG HUYẾT SAU SINH

Xử trí trong khoảng "thời gian vàng" sẽ tăng tỉ lệ sống còn của sản phụ:

Practice points

- Using an algorithm to manage emergencies provides a stepwise guide and 'HAEMOSTASIS' is a suitable mnemonic that spells out the steps for the management of postpartum haemorrhage (PPH).

Nên nhớ thứ tự các bước điều trị cầm máu để xác định hướng xử trí tiếp theo

26

Cần làm mọi thứ trong khoảng "thời gian vàng"

Đó là khoảng thời gian mà mục tiêu ưu tiên là chống các rối loạn gây ra do mất máu chứ không phải lượng máu mất



27

HAEMOSTASIS (cầm máu)

H: Get HELP (gọi giúp đỡ)

Get Help

PPH can lead to circulatory collapse in a matter of minutes, hence urgently contacting relevant senior staff is crucial. A multidisciplinary approach is vital in the early stages of management. Most units have a protocol in the event of massive haemorrhage, including an emergency call made through switchboard to alert all relevant staff, namely obstetric team, consultant obstetrician, midwife in-charge, anaesthetist, theatre staff, blood bank, haematologist, as well as hospital porters and ICU.

28

HAEMOSTASIS

A: đánh giá nhanh dấu hiệu sinh tồn và lượng máu mất.



STEP 1 Immediate Action

Resuscitation
Follow a simple ABC approach, in problems with airway, breathing, and body Circulation are identified. The medical sign behind the ABC approach is that an airway problem will kill the patient more quickly than a breathing problem, which in turn can kill a patient more quickly than a Circulatory (bleeding) problem.

Airway
A long flat tin allows the airway open must be protected. They are laid on the patient's forehead and gently lift the head back. At the same time, with your fingers under the point of the patient's chin, lift the chin to open the airway. A jaw thrust may be required for further life.

Breathing
Always monitor for 30 seconds for looking for chest movements, listening for breath sounds and feeling for the movement of air. No breathing is observed, put on a suitable piece of cloth and administer first rescue breaths.

Circulation
If circulation is present but no breathing, continue rescue breathing at a rate of 10 breaths per minute. Refresh the circulation every 10 breaths, lifting up more than 10 breaths each time. If the patient starts to breathe on her own but remains unconscious, turn her onto the recovery position and administer oxygen at a rate of 10 litres/minute.

29

HAEMOSTASIS

E: xác định nguyên nhân và hướng điều trị (4T)

STEP 2 Check for:


Uterine Tone
In parallel with resuscitation, assessment of uterine tone should take place when managing primary postpartum haemorrhage because uterine atony is overwhelmingly the dominant cause of postpartum haemorrhage. Uterine atony is suggested by the presence of a floppy soft uterus. If the uterus is flaccid, immediate compression by intrauterine balloon catheters and mechanical massage (rub-up contracta).

Trauma
Contract bleeding after anaesthetic administration frequently results from unrecognised laceration of the genital tract, including uterine rupture. Hence, examination of the vulva and genital tract is essential unless a good light source, with the necessary equipment to visualize all of the vagina and cervix.

Placenta
Inspection of the placenta after delivery must be routine to check for its completeness.

Bimanual Compression
Insert one gloved hand into the vagina and push up against the body of the uterus. Place the other hand above the uterine fundus on the abdomen and compress downwards against the fundus of the uterus. NB: This procedure is usually only successful if drug is not available or if drug therapy fails.

Tone
Tissue
Trauma
Trombin



30

HAEMOSTASIS



O: sử dụng ngay Oxytocin và Prostaglandin (nhét HM, tiêm bắp, truyền tĩnh mạch, tiêm vào cơ TC)

STEP 3 Drug Therapy

Syntocinon/oxytocin
Syntocinon is a synthetic oxytocin. The usual dose is 20 IU in 500ml of 0.9% saline. The maximum dose is 40 IU in 1000ml. Syntocinon is administered intravenously. It is contraindicated in patients with asthma and cardiac disease. NB: It is not used with a longer-acting effect (up to 10 hours). The preferred dosage of syntocinon is 20 IU in 500ml. NB: It is not used with a longer-acting effect (up to 10 hours).

Treat for uterine atony

- Uterine massage
- Uterotonic drugs:
 - Oxytocin *First line*
 - Ergometrine *Second line*
 - Prostaglandins *Third line*
- Misoprostol (*off label*)
- Prostaglandin F2α

31

Drug Therapy continued

Misoprostol
Misoprostol does NOT require refrigeration and its cost is low. Three 200 µg tablets (i.e. 600 µg in total) can be administered orally or rectally all at once. But repeat doses are not recommended.



Prostaglandin F_{2α}
Prostaglandin F_{2α} requires refrigeration. It is administered intramuscularly, in a dose of 250 µg; the maximum number of doses is eight (2 mg). It is contraindicated in patients with asthma and cardiac disease.

Recombinant Factor VIIa (rFVIIa)
rFVIIa is very expensive and requires refrigeration. It is used when uterine massage, uterotonic medications (ergometrine, ergometrine, prostaglandin) have all failed to control postpartum haemorrhage. The recommended dose is 40-60 µg/kg, administered intravenously.

32

Thuốc dự phòng và điều trị đờ TC

- Syntometrine
- Oxytocin
- Carbetocin
- Prostaglandins
- Misoprostol

33

Kết luận

- Tiêm bắp một liều duy nhất carbetocin 100 µg hiệu quả hơn so với một liều duy nhất tiêm bắp của syntometrine (5 IU oxytocin và 0,5 mg ergometrine) trong việc giảm lượng máu mất sau sinh
- Tác dụng phụ ít hơn

34

Kết luận

Carbetocin làm giảm việc sử dụng oxytocin bổ sung sau mổ lấy thai khi so sánh với việc chỉ sử dụng oxytocin (5 IU)

35

HAEMOSTASIS

S: chuyển sản phụ vào phòng mổ
(xử lý tổn thương đường sinh dục, loại bỏ sót nhau, trong khi đó vẫn tiếp tục ép TC bằng 2 tay)

Shift to theatre—exclude retained products and trauma:bimanual compression

Ongoing bleeding at this stage requires detailed evaluation in theatre. Reassess the uterine tone, exclude uterine inversion and re-examine thoroughly for retained tissue and trauma. Bimanual compression and direct pressure over lacerations may help control bleeding whilst awaiting preparation for further intervention and correction of superimposed coagulopathy.

36

HAEMOSTASIS

T: "Balloon Tamponade" (chèn bóng);

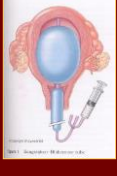

STEP 4 Balloon Tamponade

Inflate up to 500 ml
Remove after 24 hours use

Following a vaginal delivery with active postpartum haemorrhage, uterine atony or uterine atony and before conventional uterine tamponade or surgical interventions, such as the B-Lynch suture, or uterine ligature or hysterectomy is considered.

It can be used during or after Caesarean section and in a second child, vaginal birth after previous Caesarean section with postpartum haemorrhage.

A Sengstaken-Rach, Baskin balloon, Bakri balloon, or any other tamponade system if nothing else is available – can be used.



If bleeding continues



- Nonsurgical uterine compression:
 - Bimanual uterine compression
 - Balloon or condom tamponade
- Tranexamic acid


37

HAEMOSTASIS

T: "Balloon Tamponade";



Uterine packing

WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta (2009)

Recommendation

Uterine packing is not recommended for the treatment of PPH due to uterine atony after vaginal delivery. (Quality of evidence: very low. Strength of recommendation: weak.)



Remark



The Consultation noted that there was no evidence of benefit of uterine packing and placed a high value on concerns regarding its potential harm.


38

HAEMOSTASIS

T: "tamponade balloon";



Uterine packing

TAMPONAMENTO UTERINO

Se in seguito al parto vaginale non si riesce ad ottenere una contrazione uterina sufficiente ed un adeguato controllo dell'emorragia mediante somministrazione di agenti uterotonici, il tamponamento uterino potrebbe risultare efficace nel ridurre l'emorragia secondaria ad atonia uterina. Questo approccio dovrebbe essere comunque considerato come misura temporanea e non definitiva. Se non risulta in una pronta ed adeguata risposta bisogna procedere con i preparativi per una laparotomia esplorativa. Il tamponamento con garza (insoddisfatta o non) richiede una sterilizzazione rigida della garza muovendola avanti e dietro in modo da riempire bene tutta la cavità uterina, assicurando all'esterno dell'orificio uterino l'inserto della garza. Tecniche alternative basate sullo stesso principio prevedono l'utilizzo di palloncini gonfiabili di diversi tipi da inserire e gonfiare in situ. I presidi utilizzati comprendono uno o più cateteri Foley riempiti con 600-80 ml di SF₆, il catetere endocavo Sengstaken-Blakemore, il palloncino vescicale Rasch ed il palloncino SCS Bakri. Il tasso di successo utilizzando i palloncini intracavitari, secondo le esperienze riportate in letteratura è dell'84% (IC: 95%, 77,5-88,8) (57-63).

Nonostante alcuni Autori ne segnalino ancora l'uso, il tamponamento uterino è sconsigliato per il frequente insuccesso ed il rischio di emorragia occulta con pericolo di shock scompensato.

2014

LINEE GUIDA AOGOI

39

HAEMOSTASIS

T: "tamponade balloon";

WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta (2009)

(d) Should intrauterine balloon or condom tamponade be offered in the treatment of PPH?

Summary of evidence

There have been no RCTs on the use of uterine tamponade in the treatment of PPH. Nine case series and twelve case reports, evaluating 97 women (56-76), and two reviews were identified (77, 78). The instruments used included Sengstaken-Blakemore and Foley catheters, Bakri and Rasch balloons, and condoms.

Case series have reported success rates (i.e. no need for hysterectomy or other invasive procedure) ranging from 71% to 100%.

Recommendation

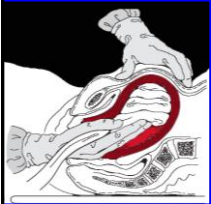
In women who have not responded to treatment with uterotonics, or if uterotonics are not available, intrauterine balloon or condom tamponade may be offered in the treatment of PPH due to uterine atony. (Quality of evidence: low. Strength of recommendation: weak.)

Remark

The Consultation noted that the application of this intervention requires training and that there are risks associated with the procedure, such as infection. The use of uterine balloon or condom tamponade in the treatment of PPH was considered a research priority.

40

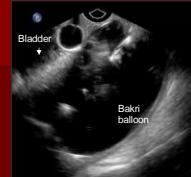
Phương pháp cổ điển



Bakri balloon



Bóng trong lòng TC



Siêu âm



Khuyết điểm đáng kể của việc chèn bóng

- Không có nguyên tắc rõ ràng về cách bơm bóng
- Việc quyết định khi nào thì ngừng bơm hoàn toàn mang tính chủ quan
- Bơm quá đầy hay chưa đủ lượng ảnh hưởng lớn đến hiệu quả của bóng chèn
- Đầu vào của bóng luôn đóng kín

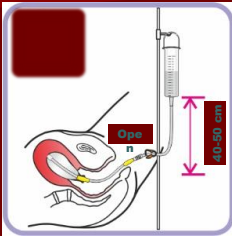
43

Khuyết điểm của việc chèn bóng

- Không có khả năng chọn lựa lực tương tác giữa bóng và tử cung
- Thể tích của bóng chèn không thay đổi
- Bỏ sót khoảng chết trong buồng tử cung

44

Ba bước



1. Treo bình chứa 50 cm dung dịch trên cao
2. Đặt catheter vào tử cung
3. Nối bình với catheter

...và tử cung sẽ tự làm những việc còn lại

Hoàn tất việc cầm máu chỉ trong vòng 1 tiếng

45

KẾT QUẢ LÂM SÀNG

- ✓ Phòng ngừa băng huyết sau sinh
- ✓ Phòng ngừa viêm nội mạc tử cung
- ✓ Phục hồi vết cắt tầng sinh môn

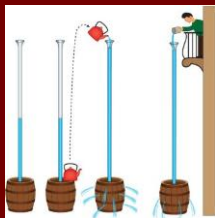
Tương lai:

- ✓ Giảm nguy cơ nhau cài răng lược
- ✓ Khả năng sinh ngã âm đạo

46

Kính nghiệm tuyệt vời của Pascal (1648)

Một lực nhỏ có thể làm vỡ cái thùng của Pascal
Độ lớn của lực đó cột dung dịch gây ra phụ thuộc vào độ cao của nó



Chỉ một lượng nhỏ nước có thể tạo ra một áp lực lớn

47

Tăng độ cao của bình chứa tạo ra áp lực lớn

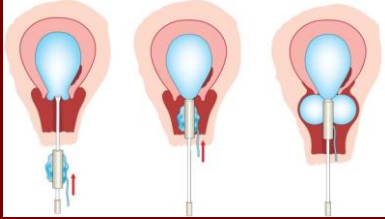
Có thể làm ngưng chảy máu từ bất cứ mạch máu nào bên trong tử cung

Đặt bình chứa quá cao =
Tràn dung dịch ra ngoài =
Mất tác dụng!!!

48

Phương pháp giữ bóng chèn trong lòng tử cung

... Nhờ giữ nguyên vẹn cái thùng của Pascal



49

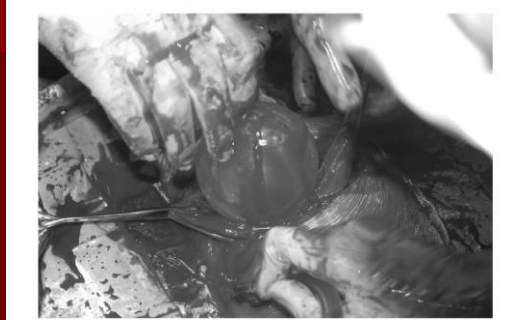


Figure 2 Intra-abdominal insertion of the hydrostatic balloon catheter into the uterine cavity

50

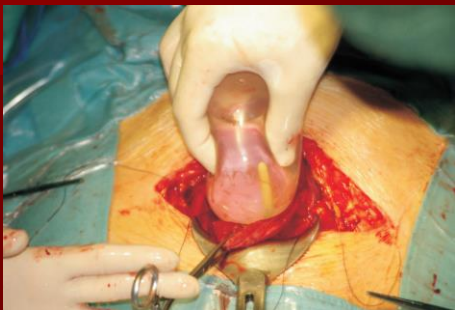
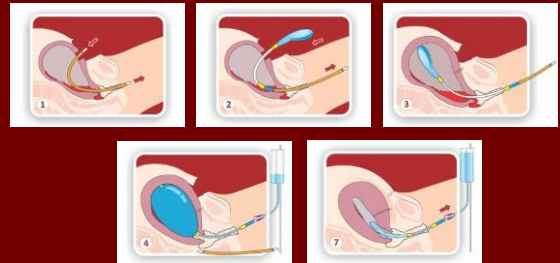


Figure 1 Phẫu thuật đặt catheter và bơm bóng vào buồng tử cung

51

Các bước thực hiện



52

Preventive abdominal application of the Zhukovskiy balloon in Cesarean section

Wounded uterus needs support until it starts healing

Avoid unavoidable complications

www.tamponada.ru

Promotion, sales: Penteroft Pharma, e-mail: penteroft@gmail.com
Production: Gynamed, e-mail: innova21@yandex.ru

Neither haemorrhage nor endometritis

53

HAEMOSTASIS
A: "khâu"

If bleeding continues

- Compression sutures
- Artery ligation (uterine, hypogastric)
- Uterine artery embolization

54

HAEMOSTASIS
A: «khâu ép»

STEP 5 B-Lynch Suture

Use Monocryl suture on Vicryl number 2.

The B-Lynch suture is a conservative suture used to control bleeding from the uterus after a Cesarean section. It is a horizontal suture that passes through the anterior and posterior layers of the uterus, compressing the uterine vessels.

Other Conservative Suture Procedures:

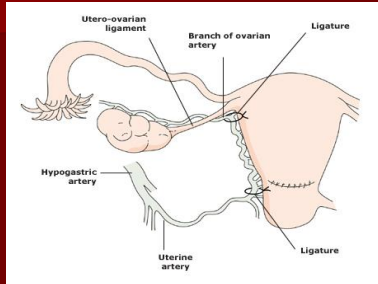
- Vertical closure:** Used for the anterior layer of the uterus.
- Compression sutures:** Used for the posterior layer of the uterus.
- Uterine artery ligation:** Used to ligate the uterine artery.
- Uterine artery embolization:** Used to embolize the uterine artery.

55

Khâu mũi B-Lynch

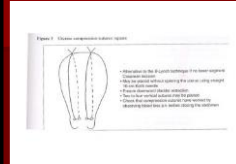
56

Thắt ĐMTC



HAEMOSTASIS

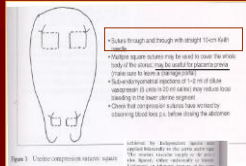
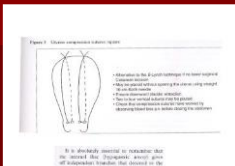
A: «khâu»



Suture of Hayman

HAEMOSTASIS

A: «khâu ép»



Hayman uterine compressive sutures

Cho multiple quadrate sutures

Đứng ngăn ngại mở buồng TC

HAEMOSTASIS

S: Phong tỏa hệ thống mạch máu vùng chậu

Rescue Surgery:

Thắt ĐM tử cung và ĐM buồng trứng



Fig. 1. Stepwise uterine devascularization. Step 1: uni/bilateral ligation of the uterine artery. Step 2: uni/bilateral ligation descending branch of the uterine artery. Step 3: uni/bilateral ligation of the ovarian/uterine arterial anastomosis.

Triple ligation of Tsiruinikov:

Thắt ĐM tử cung, dây chằng tròn và bó mạch tử cung – buồng trứng

STEP 6 Other Procedures

Uterine Artery Embolization
A patient must be sufficiently stable to transport to the angiography suite. Embolization should be considered early because it may take time to realize serious hemorrhage. When embolization is successful, the patient can usually recover without undergoing additional surgery. Embolization can only save the life of the patient, but also the uterus and adnexal organs, thus preserving fertility.

Stepwise Devascularization
The essential requirements are not simple and may not be available in every unit. There is a need for a competent obstetrician who is conversant and competent in pelvic gynecological procedures, and who has a working knowledge of the pelvic anatomy, including the vascular and neurological supply of the pelvic organs.

Internal Iliac Artery Ligation
This could be used as an adjunct or therapeutic operation. There is a need for a competent obstetrician who is conversant and competent in pelvic gynecological procedures.

Hysterectomy
Hysterectomy is the best immediate option to save the hemorrhaging woman if other options along with uterine artery embolization are not available and/or the obstetrician is not well versed with the technical aspects of conservative surgical procedures or iliac artery ligation.

If bleeding continues

- Hysterectomy
- If intra-abdominal bleeding occurs after hysterectomy, consider abdominal packing

61

Thắt ĐM hạ vị thành công 84%

Hansch E, et al. AJOG 1999

HAEMOSTASIS

I: Xquang can thiệp – "Thuyên tắc ĐMTC"

(Hạn chế: huyết động học phải ổn định, phải có phương tiện chụp mạch máu, phải di chuyển đến phòng chụp)

Bơm các mảnh gelfoam gây tắc mạch (hấp thu trong 10-30 ngày)

63

HAEMOSTASIS

I: Xquang can thiệp – "Thuyên tắc ĐM tử cung"

64

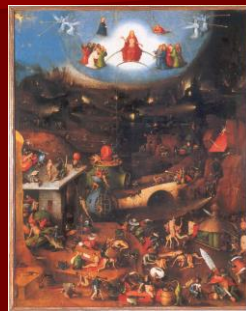
Phương pháp điều trị lý tưởng

Trực quan và dễ dàng áp dụng
an toàn và hiệu quả trong phòng ngừa và
điều trị bằng huyết sau sinh

Hiệu quả tức thì
Tránh được cắt tử cung

65

Quan điểm của chúng tôi...



66

Team work



EFFICACY & EFFICIENCY



67

Dự phòng bằng huyết sau sinh

(các trường hợp có nguy cơ cao BHSS: vd. Nhau tiền đạo)



68

BƯỚC 1 transomeral/transfemoral pre-carefour

Chụp mạch

69

BƯỚC 2 SỐ THAI

DÙNG CARBETOCIN

70

BƯỚC 2 KẸP ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG

71

B-Lynch + Bakri Balloon

GIỐNG VALI CỦA DÂN DI CƯ...

KHÔNG CÓ NGUY CƠ THIỂU MÁU CỤC BỘ

72

BUỐC 5

ĐẶT BÓNG VÀO

73

BUỐC 5

BƠM NHẸ BÓNG CHÈN

74

BUỐC 6

**ĐẶT TỤ CÙNG VỊ TRÍ CŨ;
BƠM ĐẦY BÓNG CHÈN
KHẨU MŨI B-LINCH**

75

Băng huyết sau sinh

ĐƠN VỊ CHĂM SÓC TÍCH CỰC

76

NHỮNG TRƯỜNG HỢP KHÓ.... 10.02.2010

Sottoposta a T.C. elettivo con cateterizzazione preliminare transmerale precarefur + clampaggio temporaneo vasi uterini, **secondamento manuale e digitale + RCU** ; suture quadrate multiple; applicazione di sutura compressiva di B-Lynch + bakri balloon

Durata dell'intervento ore 1.50 ; presente in sala anche l'urologo
feto di sesso femminile gr.2360 ; Apgar 8-9

Entrate :		BILANCIO		Uscite :	
• Sol. Fis.	3300			• Sangue Asp.	900
• P.Exp.	1000			• Sangue Tot.	1500
• Sangue	1050			• Urine	650
• S.Recup.	220			• Digiuono	1000
• Emoder.	1400 + 150			• Persp. 350 / h x 2	700
TOTALE	7120			TOTALE	3850

Trasferimento precauzionale per 24 ore in terapia intensiva postchirurgica
Dimissione in settimana giornata il 17 febbraio 2010

81

NHỮNG TRƯỜNG HỢP KHÓ....

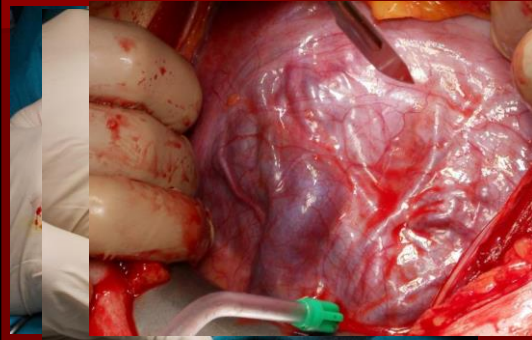
SIÊU ÂM KIỂM TRA SAU 30 NGÀY



82

NHỮNG TRƯỜNG HỢP KHÓ.... (02.09.2011)

F.B. : I Gravida ,anni 45-(37 Sett.)-Placenta previa marginale-Fibromatosi uterina a nodi multipli – Richiesta "implorante" di conservazione dell'utero (se possibile!)



83

NHỮNG TRƯỜNG HỢP KHÓ.... (02.09.2011)

F.B. : I Gravida ,anni 45-(37 Sett.)-Placenta previa marginale-Fibromatosi uterina a nodi multipli – Richiesta "implorante" di conservazione dell'utero (se possibile!)

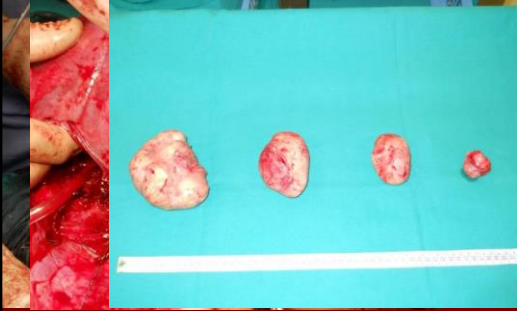


84

NHỮNG TRƯỜNG HỢP KHÓ....

(02.09.2011)

F.B. : I Gravida ,anni 45-(37 Sett.)-Placenta previa marginale-Fibromatosi uterina a nodi multipli – Richiesta "implorante" di conservazione dell'utero (se possibile!)



85

NHỮNG TRƯỜNG HỢP KHÓ....

(02.09.2011)

F.B. : I Gravida ,anni 45- 37 Sett.-Placenta previa marginale-Fibromatosi uterina a nodi multipli



86

NHỮNG TRƯỜNG HỢP KHÓ....

(02.09.2011)

F.B. : I Gravida ,anni 45- 37 Sett.-Placenta previa marginale-Fibromatosi uterina a nodi multipli

BILANCIO

Entrate :		Uscite :	
• Sol. Fis.	2300	• Sangue Totale	1700
• P.Exp.	500	• Urine	400
• Sangue	350	• Digiuno	1200
• S.Recup.	365	• Placenta	200
TOTALE	3515	TOTALE	3500

Dimissione in VII giornata (09.09.2011)

87

May mũi B-Lynch, đặt bóng chèn trong lòng TC, may cầm máu trong lòng TC để xử trí BHSS do nhau tiền đạo trung tâm

B.M. anni 37
III gravida 0 para (1 progresso T.C.)- Pregressa miomectomia multipla laparoscopica - Placenta Previa Centrale

01.06.2011

La RM della placenta in pt alla 32 settimana di gestazione mostra placenta previa centrale con impianto sul versante infero-laterale dx. Mal apprezzabile il tessuto miometriale sul versante dx di impianto placentare per vescicola nodovoli sottile della parete e scarsa apprezzabilità della linea iperecica interna al livello postero inferiore dx. In adiacenza di questa area si riconosce un settore placentare marcatamente ectasico. Non segni di infiltrazione della vescicola. La placenta mostra un segnale sostanzialmente omogeneo senza bande ipointense nel suo contesto.



88

Nghiên cứu đang tiến hành

Sử dụng bóng chèn dự phòng
**trong mổ lấy thai ở những trường hợp có
nguy cơ cao BHSS**

81 trường hợp chỉ sử dụng bóng chèn đều thành công

22 trường hợp dùng bóng chèn + B – Lynch đều thành công

89

Cần nhắc

Tất cả các sản phụ có nguy cơ băng huyết sau sinh hay thậm chí những thai phụ không có yếu tố nguy cơ

Vì mục tiêu của chúng ta là **cải thiện sức khỏe của bà mẹ và giảm tỉ lệ tử vong trong quá trình mang thai và sinh đẻ**

Quan trọng là chuẩn bị sẵn sàng một đội ngũ đáng tin cậy và được đào tạo tốt và trang thiết bị cần thiết

(Bakri balloon; Cell sorter with continuous flow; FloSeal)



90

KẾT LUẬN



91



THỰC TẾ:

**Tất cả các sản phụ đều có
nguy cơ băng huyết sau
sinh ngay cả khi không có
yếu tố nguy cơ**

Luis G. Keith 2007

92



THÔNG ĐIỆP CUỐI CÙNG

Để ngăn chặn tử vong mẹ, phải có sự chuẩn bị trước về tâm lý, đội ngũ và phương thức điều trị

Luis G. Keith, 2007

93

Get Full Access and More at

ExpertConsult.com

CREASY & RESNIK'S MATERNAL-FETAL MEDICINE

Principles and Practice

7th EDITION

Robert K. Creasy
Robert Resnik
Jay D. Iams
Charles J. Lockwood
Thomas R. Moore
Michael F. Greene

ELSEVIER

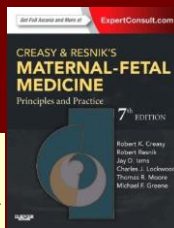
94

Vai trò của bóng chèn trong ngăn chặn tử vong mẹ do BHSS

Băng huyết sau sinh

Trên thế giới, mất máu nhiều khi sinh là nguyên nhân phổ biến nhất gây tử vong mẹ, và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tăng bệnh suất mẹ ở các nước giàu nguồn lực.

Với sự ra đời của ngân hàng máu, đơn vị chăm sóc đặc biệt, và can thiệp hiệu quả (ví dụ, prostaglandins, bóng chèn trong tử cung) nhằm kiểm soát đờ tử cung, tỷ lệ tử vong đã giảm.



2014 Saunders.

95

Ủy ban về tử vong mẹ tại New York, California và Anh đã tổng hợp một số báo cáo về BHSS và đưa ra một số điểm mấu chốt nhằm cải thiện tình hình tử vong mẹ

Box 50-1 Reducing Maternal Mortality

Obstetric Hemorrhage

Every obstetric unit needs a hemorrhage-response protocol, and members should train as a team.

Every obstetric unit needs a protocol for massive transfusions.

Nursing and medical staff must be able to identify and respond to clinical triggers. Intrauterine balloons and uterine compression sutures should be available, and all maternity providers should be familiar with them.

Women with a placenta previa and more than one prior cesarean should deliver in a center with a large blood bank and surgical support for a rapid cesarean hysterectomy.



96

Băng huyết sau sinh

Khuyến cáo:



- Mỗi cơ sở y tế phải có một phác đồ cụ thể dự phòng và điều trị BHSS, phải được cập nhật và đánh giá định kỳ (*Life Support training*)
- Những trường hợp có yếu tố nguy cơ BHSS, cần được sinh ở cơ sở y tế tuyến trên
- Trường hợp xuất huyết không kiểm soát có thể cần phải cắt bỏ tử cung: luôn sẵn sàng có mặt của phẫu thuật viên giỏi 24/24
 - Phải có sự sẵn sàng phối hợp của nhiều chuyên khoa trước một trường hợp có nguy cơ cao
- Phải có phác đồ xử trí được cập nhật định kỳ trên lâm sàng

97

THANK YOU

98