

Băng huyết sau sinh

« Cần xử trí sớm ... đừng để quá trễ »!



Dr André Benbassa
Thành viên của Ủy Ban Quốc gia chuyên
nghiên cứu về tử vong thai phụ. Paris, Pháp



Hội nghị Sản-Phụ khoa Pháp-Việt lần thứ 12
Thành Phố Hồ Chí Minh

1

Băng huyết sau sinh

là nguyên nhân gây tử vong đầu
tiên trên thế giới cũng như ở Pháp!!!



2

« Cần xử trí sớm... đừng để quá trễ »

Theo Ủy Ban Quốc gia Pháp về tỷ lệ tử vong thai phụ
80% tử vong do **xuất huyết** là có thể tránh được!!!!

Có thể tránh được?

- chẩn đoán trễ trong 50 % trường hợp
- điều trị không phù hợp
- phát hiện trễ + điều trị không đúng
- chẩn đoán không đúng
- sai sót chuyên môn

3

Cơ sở dữ liệu :
Nguy cơ Phụ Khoa
2011

« Truyền máu trong BHSS »

Dr Véronique Lejeune-Saad
Dr Serge Favrin

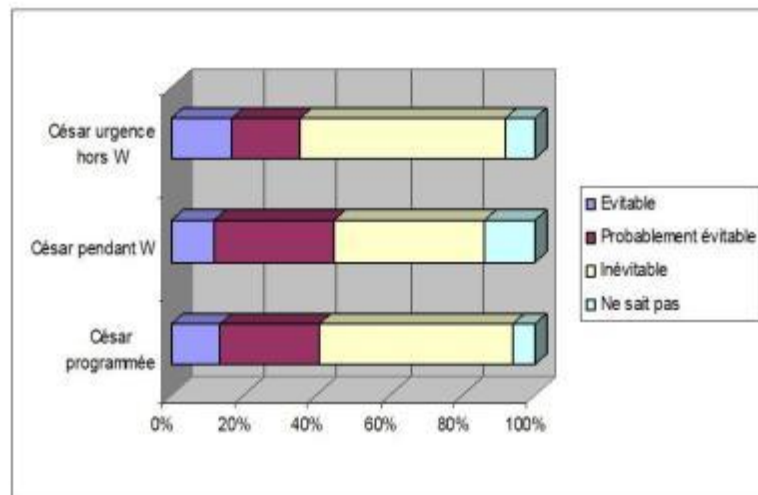
4

Số liệu ngày 22/03/2011

900 trường hợp

« truyền máu trong BHSS »

báo cáo bởi 1700 bác sĩ sản - phụ khoa
hành nghề tư nhân ở Pháp và thực hiện
khoảng 30 % trong 800.000 ca sinh /năm



Khái niệm « Chậm trễ »

Tìm hiểu « chậm trễ » trong nhiều nguyên nhân :

- Chẩn đoán trễ
- Dùng Nalador® trễ
- Tái can thiệp trễ
- Giao máu trễ
- Chậm trễ trong đàm trách công việc, trong khâu truyền máu, trong lúc thu hồi xét nghiệm sinh học

Chẩn đoán BHSS = lượng máu mất > 500 ml

XH nặng ≥ 1000 ml

Đông máu nội mạch lan tỏa

TỬ VONG



1 số khái niệm ****

- 1 sản phụ có thể chết do mất máu trong vòng ít nhất 45 phút giống như vết thương động mạch.
- Mất máu = mất đi *các yếu tố đông máu* và từ việc mất đi 1 vài đơn vị đó có nguy cơ chuyển sang đông máu nội mạch lan tỏa



9

Đối diện với nguy cơ xuất huyết

. Phương pháp gì ?

. Chú ý gì ?

. Trở ngại nào ?

. Giải pháp nào ?

11

1 số khái niệm ****

- Hạ HA ? Không !
Huyết động học được duy trì cho đến khi mất 1 lít máu
- Chỉ số sinh học thường xuất hiện trễ so với lâm sàng
- Lượng máu mất thường đánh giá không đúng !
- Lượng máu mất, ngay khi đạt đến 1 số lượng nhất định thì không thể thay thế bằng máu và các yếu tố đông máu

10

Phương pháp gì?

Giáo dục – Thông tin và xử phạt....?



12

Chú ý gì ?



3 !

13

14



15

16



17

**Định lượng máu mất
bằng túi đựng máu đặt dưới bàn sanh nơi
em bé sinh ra**

phương pháp duy nhất !



19

Chú ý thời gian



« Cần xử trí sớm đừng để quá trễ »

- Giờ sanh - Giờ chẩn đoán xuất huyết
- Phân tích tình huống trong vòng 15 phút !

18

Đánh giá mất máu

Bắt mạch - nhịp nhanh nếu >110

đây là dấu hiệu đầu tiên và tốt nhất để đánh giá xuất huyết

(!!! Huyết áp tụt sau khi mất 1 lít máu)



20

Giải pháp nào ?

Phải có 1 phác đồ xử trí tình huống
tại mỗi bàn sanh

*có thể ứng dụng cho tất cả mọi người,
ở mọi nơi*

21



Trở ngại ? Có ...Nhưng

50 % BHSS xảy ra mà không có
yếu tố nguy cơ

22

Với vai trò của ai?



Nữ hộ sinh



BS Sản – Phụ khoa



BS/KTV Gây mê – Hồi sức

22

Trở ngại 1 :



Phòng ngừa

Các tình huống thuận lợi đưa đến BHSS:

Trước khi mang thai

- Tiền sử BHSS
- Sẹo mổ cũ cơ tử cung
- Đa sản > 4
- Béo phì
- Đa u xơ
- Rối loạn đông máu

24

Trở ngại 1 :



Phòng ngừa

Các tình huống thuận lợi đưa đến BHSS:

Trong lúc mang thai

- Đa thai
- Đa ối
- Thai to
- Tiền sản giật

25

Trở ngại 1 :



Phòng ngừa

Tình huống thuận lợi đưa đến BHSS:

Trong lúc sanh

- Cuộc sanh kéo dài
- Sốt
- Rách các màng nhau sớm
- Thai nhi tử vong trong tử cung

27

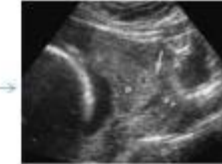
Trở ngại 1 :



Phòng ngừa

- Nhau bám bất thường phát hiện nhờ

➢ siêu âm: nhau tiền đạo ?



- Tiền căn sẹo mổ cũ cơ tử cung

➢ Nguy cơ vỡ tử cung



Trở ngại 2 :



Phòng ngừa

Hướng dẫn sanh

- 5-10 đơn vị Oxytocine TM chậm hoặc TB (ở vai)
- Có hiệu quả
- Phải làm 1 cách có hệ thống
- Khuyến cáo grade A hoặc B

28

Trở ngại 2 :



Phòng ngừa

Kéo căng dây rốn
+ ấn nhẹ tử cung vùng tiểu khung



Kiểm tra toàn bộ bánh nhau và các màng nhau



29

Trở ngại 3 :



Báo động !

- Nếu có 500 ml máu trong túi đựng hoặc nếu có 250 ml máu trong vài phút
- Nếu nhịp nhanh > 100 lần/phút
- Nếu da xanh xao
- Nếu dùng forceps
- Nếu huyết khối gia tăng. Đau ++

→ Chú ý đến thời gian ngay



30

Trở ngại 3 :



Hành động

Nếu nhận biết xuất huyết +

- Cần phải được dự phòng trước
- Chuẩn bị trước
- Báo cho toàn bộ equipe bác sĩ.
- Báo động đỏ.

Gồm những ai ?

- .Nữ hộ sinh
- .BS Sản – Phụ khoa
- .BS/KTV GMHS



31

Xuất huyết > 500 ml



32

Xuất huyết + ↗



NHS

- NF Coagulation
- Thông tiểu
- Nalador® 1 ống 500 µg/50 ml huyết thanh
- Bắt đầu ở mức 20 ml/h
- tăng liều tạm thời 10 ml/h mỗi 15' tùy theo khả năng XH. Tối đa: 60 ml/h
- Exacyl® 2 ống 0.5 g/100 ml NaCl trong 10 phút

Lặp lại tối đa 3 lần tùy vào khả năng XH

BS Sản

Tiếp tục xoa nhẹ tử cung bằng 2 tay

và

Ép ĐM Chủ

BS Gây Mê

- Bắt đầu hồi sức thai phụ
- Thu hồi bilan sinh học lần 1
- Hồi sức phù hợp theo bilan sinh học lần 1

33

Xuất huyết + ↗



NHS

- Bilan lần 2
- Kêu gọi NHS lần 2
- Báo cho BS Tim mạch chuyên về Thuyên tắc mạch máu
- Báo cho BS Truyền máu huyết học

BS Sản

Tiếp tục :

Xoa nhẹ TC 2 tay

và Ép ĐM Chủ

BS Gây mê hồi sức

- Hồi sức thai phụ tiếp
- Truyền máu ? và yếu tố đông máu

34

1 h 00 sau.....

Xuất huyết + ↗



NHS

Hợp tác với équipe

BS Sản + BS GM

Cùng với bệnh nhân



BS Gây mê hồi sức

- Huyết động học ổn định
- BS GM OK và hiện diện

Thuyên tắc

35

Phương pháp Cột mạch máu

- Kỹ thuật O'Leary (1974)
Cột các nhánh động mạch tử cung
- Kỹ thuật Tsurulnikov (1979)
Cột hệ thống động mạch tử cung
- Kỹ thuật Salah (1994)
Cột ở 5 mức độ
- Kỹ thuật Lynch (1997)
Khâu mặt trước và mặt sau tử cung, ép thành trước và sau tử cung để cầm máu
- Cột các động mạch vùng hạ vị
Dành cho các nhà phẫu thuật đã được huấn luyện

36

Kỹ thuật Cầm máu

- Thuyên tắc = Tiêu chuẩn vàng



- Bóng Bakri



37

Kết luận (1)

« Cần xử trí sớm đừng để quá trễ »

Thực tế cho thấy rằng chúng ta thường để xuất huyết xảy ra hơn là xử lý trước điều đó

39

Các kỹ thuật khác

- Cho sonde tiểu căng phồng ≠ Bóng Bakri



- Kỹ thuật Malinas

Gập ĐM tử cung bằng cách kéo xoay tử cung 180° /2h với 4 kẹp Museux đặt ở cổ



38

Kết luận (2)

Ở phòng sanh, khi chúng ta trong tình trạng báo động
Đó là mối nguy hiểm đôi khi chết người ...

Nên ưu tiên cứu bà mẹ !
Còn thai nhi ? Nếu có thể



40

Cám ơn sự lắng nghe của quý vị

