

HEMORAGIILE OBSTETRICALE ŞI NECESITATEA DE A ÎNCEPE TRANSFUZIA

Anatolie Cotelnic – conferențiar universitar, Ștefan Cernei – medic IMSP SCM Nr. 1, Tatiana Florică – medic IMSP SCM Nr. 1, Dumitru Sertineanu – medic IMSP SCM Nr. 1, Viorel Cotelnic – medic IMSP IO

Rezumat

Analiza a 50 fișe medicale a pacienților la care s-a transfuzat sânge, a arătat: Hemoragiile în timpul travaliului frecvent nu sunt apreciate corect. Terapia de substituție se începe tardiv, ceea ce duce la dereglări de coagulare inclusiv sindromul CID. Tărăgănarea cu începutul terapiei intensive infuzionale duce la necesitatea unui efort moral și material mai mare. În unele cazuri decizia de a efectua hemostaza chirurgicală se face cu întârziere.

Cuvinte-cheie: hemoragiile obstetricale, deces matern, hemoragie masivă, dereglări de coagulare, asistență transfuziologică

Summary. Obstetric haemorrhage and early transfusions

Analysis of 50 case histories who were transfused blood components showed that. Bleeding during labour is often not properly assessed. Replacement therapy starts late, which leads to coagulation disorders, including disseminated intravascular coagulation. The delay in the beginning of intensive fluid therapy leads to the need of improving the material and moral effort. In some cases, the decision on surgical haemostasis is delayed.

Key words: obstetric haemorrhage, maternal death, massive hemorrhage, disorders of coagulation, transfusion assistance

Резюме. Акушерские кровотечения и начало трансфузий

Анализ 50 историй болезни пациенток, которым было перелиты компоненты крови, показал, что кровотечения во время родов часто не правильно оцениваются. Заместительная терапия начинается поздно, что приводит к нарушением коагуляции, включая ДВС-синдрома. Задержка с началом интенсивной инфузионной терапии приводит к необходимости повышения материального и морального усилия. В некоторых случаях решение о проведении хирургического гемостаза принимается с задержкой.

Ключевые слова: акушерские кровотечения, материнская смертность, массивное кровотечение, нарушение коагуляции, инфузионная терапия

Actualitatea temei

Hemoragiile uterine reprezintă una din cele mai serioase complicații ale perioadei de gestație, nașterii și perioadei puerperale, fiind una din cauzele principale ale decesului matern din toată lumea [6,7,9,13,16]. Din 530 mii femei care decedează în timpul sarcinii și nașterii aproximativ 200 mii decedează de hemoragii [8,9,13]. Frecvența hemoragiilor obstetricale variază între 2,7 - 8% din totalul nașterilor dintre care 1,9% sunt hemoragii masive care necesită un tratament urgent infuzio-transfuzional. Relațiile anatomice dintre corion iar ulterior placentă și formațiunile structurale ale membranelor fetale sunt de așa natură, că separarea acestora întotdeauna se soldează cu hemoragii [10,11]. Acestea, într-un șir de cazuri pot avea caracter patologic [10,11].

Hemoragiile obstetricale pot induce starea terminală, apariția căreia este condiționată de perturbări hemodinamice, hipovolemie, anemie, hipoxie, CID sindrom [1,2,3]. Hemoragiile obstetricale reprezintă una din principale cauze ale mortalității materne, în-

registrând 20-25% în general, 42% în calitate de cauză concurentă și până la 78% în calitate de cauză de fondal [5].

În ultimii ani majoritatea autorilor tot mai des folosesc noțiunea de „hemoragie masivă”, cele din urmă având alte cauze etiopatologice [15]. Hemoragiile masive permanente sunt ghidate de șoc și dereglări în sistemul de hemocoagulare, care pot fi inițiale sau apar pe parcurs, coagulopatii de consum, cea mai severă fiind sindromul CID [4,12,14,15,17].

Scopul studiului

Evaluarea acordării asistenței transfuziologice și terapiei intensive la lăuzele în perioada post-partum precoce cu hemoragii care prevalează cele fiziologice.

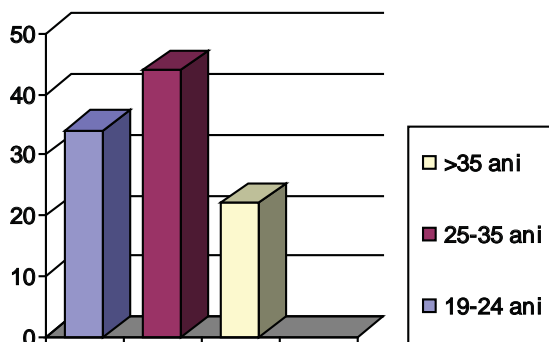
Material și metode

Studiul a fost efectuat pe un lot de 50 cazuri ocazionale din anul 2014 spitalizate în secțiile obstetricale a IMSP SCM nr.1. Vârsta medie a lăuzelor varia între 19 și 39 de ani. Pentru compararea rezultatelor obținute în urma acestui bloc de cercetări specifice

lăuzele au fost divizate după vârstă, volumul hemoragiei post-partum, datele hemogramei și durata de inițiere a terapiei transfuzionale.

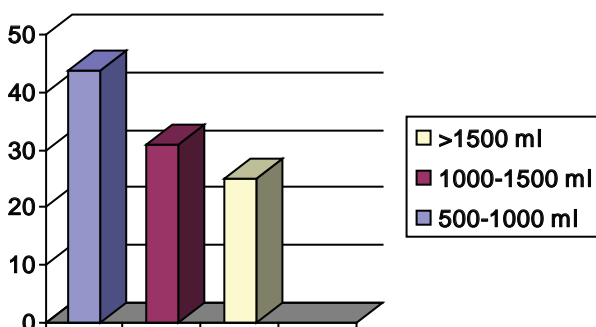
Rezultate

Structura lotului de studiu
Vârsta (%)



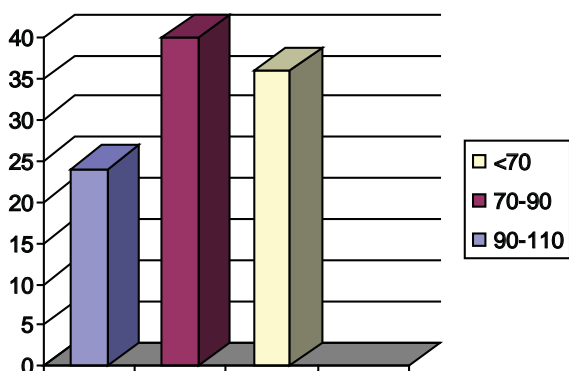
Pacientele în vârstă de 19-24 ani - 34%, 25-35 ani - 44%, mai mari de 35 de ani 22%.

Volumul hemoragiei (%)



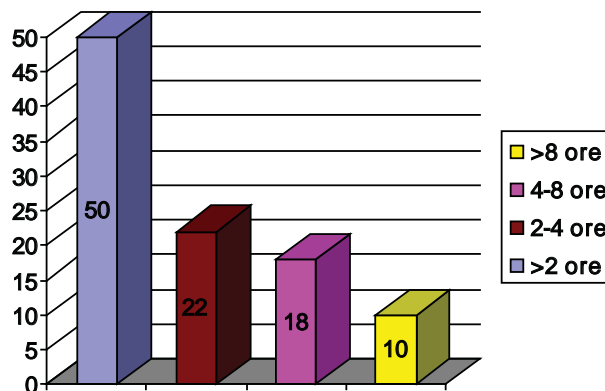
Volumul de hemoragie conform fișelor medicale între 500-1000 s-a înregistrat la 44%, între 1000-1500 ml- 32%, mai mult de 1500- 24%.

Nivelul Hb (%)



Din datele de laborator, după hemoragie anemia de gr. I (Hb 90-110) s-a stabilit la 24%, de gr. II (Hb 70-90) - 40%, de gr. III (Hb < 70) - 36%.

Timpul de inițiere a terapiei transfuzionale (%)



La 50% cazuri din lotul analizat transfuzia a început până la 2 ore. La 22% cazuri între 2-4 ore, la 18% - 4-8 ore și la 10% după 8 ore.

Analiza cazurilor din lotul studiat

Volumul estimat al hemoragiei	Timpul de inițiere a terapiei transfuzionale	Lăuze	Lăuze cu CID sindrom
500-1000 ml	< 2 ore	73%	50%
	2-4 ore		
	4-8 ore	21%	33%
	> 8 ore	8%	100%
1000 - 1500 ml	< 2 ore	46%	17%
	2-4 ore	31%	50%
	4-8 ore	8%	100%
	> 8 ore	15%	100%
>1500 ml	< 2 ore	71%	20%
	2-4 ore		
	4-8 ore	29%	100%
	> 8 ore		

Analiza cazurilor din lotul de bază a arătat că la pacientele cu hemoragie estimată până la 1000 ml (44% paciente) s-a început transfuzia cu componente de sânge în primele 2 ore în 73% de cazuri. Dintre ele, semne de sindrom CID (după datele de laborator) s-a dezvoltat în 50% (8 cazuri). Este de menționat că la aceste paciente s-a diagnosticat: Preeclampsia, sindrom HELLP și într-un caz s-a stabilit sepsis cu șoc toxicoseptic.

Cele din lotul la care s-a început transfuzia cu componente de sânge între 4-8 ore după hemoragie, semne de sindrom CID s-a dezvoltat în 33% cazuri.

Lăuzele, la care s-a efectuat transfuzia după 8 ore în 100% cazuri s-a dezvoltat semne ale sindromului CID.

La pacientele cu hemoragia între 1000-1500 ml (32% paciente) s-a început transfuzia cu componente de sânge în primele 2 ore în 46% din cazuri și sindromul CID s-a diagnosticat la 17% din cazuri.

La pacientele cu începutul transfuziei la 2-4 ore, semne ale sindromului CID s-au dezvoltat la 50% din cazuri, însă după 4 ore la 100%.

La pacientele cu hemoragia mai mare de 1500 ml, unde transfuzia cu componente de sânge s-a început până la 2 ore, CID sindrom s-a dezvoltat la 20% cazuri, după 4 ore la 100% cazuri.

Caz clinic

Pacienta M. a fost internată în SCM Nr. 1 la ora 9:50 cu Diagnoza: Sarcina 28-29 săptămâni S_{II} N_{II}. Decolarea prematură a placentei normal înserată.

La ora 10.05 pacienta a fost transferată în sala de operație. În sala de operație pacienta obnubilată, răspunde la întrebări cu întârzieri. Tegumentele palide, reci, uscate. Auscultativ în pulmoni respirația veziculară, diminuată bazal. FR 22/min. Zgomotele cardiace ritmice FCC 100, 80/50 mm Hg. Abdomenul moale.

Din datele de laborator la internare: Hemoglobina 92 g/l, eritrocitele $3,0 \times 10^{12}$, hematocritul 0,28, trombocite 99×10^9 .

S-a efectuat anestezia generală i/v, la respirație mecanică cu intubarea oro-traheală. Imediat s-a comandat PPC și concentrat eritrocitar.

La ora 10²⁰ a fost extras un copil mort și s-a depistat uterul Couvelaire. A fost chemat profesorul, care împreună cu alți medici a decis să se facă extirparea uterului. Însă medicul operator a decis să amâne executarea.

Exterparea uterului s-a început la ora 11²⁰ după ce Le-Wait a crescut până la 25 minute. Necătând la transfuzia de PPC și crioprecipitat, pe parcursul intervenției starea pacientei instabilă cu tendință spre hipotensiune, TA 80-110/40-60 mm.Hg FCC 84-120.

Pe parcursul operației a fost infuzat 7130 ml inclusiv PPC 2350 ml, concentrat eritrocitar 1140 ml, Crioprecipitat 7 doze. Hemoragia estimată la 3500 ml.

După intervenția chirurgicală pacienta a fost transferată în secția de reanimare, unde s-a mai transfuzat CE 412 ml și PPC 1300 ml. A II zi – s-a transfuzat CE 689 ml și PPC 450 ml.

În total s-a transfuzat CE 2241 ml PPC 4100 ml.

Concluzii:

1. Hemoragiile în timpul travaliului frecvent nu sunt apreciate corect.

2. Terapia de substituție se începe tardiv, ceea ce duce la dereglări de coagulare inclusiv sindromul CID.

3. Tărăgănarea cu începutul terapiei intensive infuzionale duce la necesitatea unui efort moral și material mai mare.

4. În unele cazuri decizia de a efectua hemostaza chirurgicală se face cu întârziere.

Bibliografie

1. Alderson P., Schierhout G., Roberts I., Bunn F. Colloids versus crystalloids for fluid resuscitation in critically ill patients (Cochrane Review) The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software Ltd.

2. Alderson P., Bunn F., Lefebvre C., Li Wan Po A., Li L., Roberts I., Schierhout G. Human albumin solution for resuscitation and volume expansion in critically ill patients (Cochrane Review) The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software Ltd.

3. Bonnar J. Baillieres Best Pract. Res.Clin. Obstetr. Gynaecol. 2000; 14(1):1-18.

4. Braveman F. R. The requisites in anesthesiology. St. Louis; 2006.- 164.

5. Enkin M. et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Thurd edition. Oxford Universitz Press. 2000.

6. Ghidul C. Național de perinatologie „Protocoale de îngrijiri și tratament în obstetrică și neonatologie”, în redacția P. Stratulat, E. Gladun, V. Friptu.-Tipografia Sirius, Chișinău, 2003.

7. Ghid practic de diagnostică și conduită în obstetrică/ dr. Marius Moga- Brașov; C2 Design, 2000.

8. Ledee N., Ville Y., Musset D. et al. Management in intractable obstetric haemorrhage:an audit study on 61 cases.//Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.-2001- V.94-N2.

9. Maternity Care in Developping Countries. Edited bz J. Lawson, K. Harrison, S. Bergstrom. RCOG Press. London, 2001.

10. Neilson J.P. Interventions for suspected placenta praevia (Cochrane Review) The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software Ltd.

11. Neilson J.P. Interventions for treating placental abruption (Cochrane Review) The Cochrane Library, Issue 3,2003..Oxford: Update Software Ltd.

12. Rodica Comendant. Sindromul coagulării intravasculare diseminate în obstetrica. Lecție clinică. Buletin de perinatologie. N1, 2000.

13. V. Friptu, O.Cernețchi, S. Hodoroșea etc. Hemoragiile obstetricale. Tipografia „Reclama” Chișinău, 2006.

14. Кулаков В. И., Серов В. Н., Абубакирова А. М. Клиническая трансфузиология в акушерстве, гинекологии и неонатологии. М., 2001.

15. Острая массивная кровопотеря. Воробьев А. И., Городецкий В. М., Шулуток Е. М., Васильев С. А. М., 2001.

16. Серов В. Н., Маркин С. А. Критические состояния в акушерстве. М., 2003.

17. Юсупова А. Н. и др. Акуш. и гин. 2009; 2:53-57.