



**Bệnh viện
Phụ sản trung ương**

BỘ Y TẾ



**Quỹ dân số
Liên hiệp quốc**

DỰ ÁN VNM 7PG0010

CẤP CỨU SẢN KHOA

Tài liệu dành cho Học viên

(Bản thảo cuối)

Đã chữa

Hà Nội, 07/2007

Ban cố vấn:

1. - Ông Nguyễn Đình Loan — Vụ trưởng Vụ SKSS, Bộ Y tế
2. - Bà Lưu Thị Hồng- Phó Vụ trưởng Vụ SKSS, Bộ Y tế
3. - Ông Nguyễn Việt Tiến- giám đốc Bệnh viện Phụ sản Trung ương
4. - Ông Ngô Văn Tài — Bệnh viện Phụ sản Trung ương
5. - Ông Nghiêm Xuân Đức — chuyên viên Bộ Y tế
6. - Ông Phó Đức Nhuận — chuyên viên Bộ Y tế
7. - Bà Nguyễn Thị Ngọc Khanh — Bệnh viện Phụ sản trung ương

Ban soạn thảo:

1. - TS. Nguyễn Việt Tiến
2. - PGS.TS. Nguyễn Đức Hình
3. - TS. Lê Anh Tuấn
4. - TS. Phạm Thị Hoa Hồng
5. - ThS. Lưu Thị Hồng
6. - PGS.TS. Vương Tiến Hòa
7. - TS. Lê Thanh Vân
8. - TS. Phạm Huy Hiền Hào
9. - TS. Nguyễn Quốc Tuấn
- 10.- TS. Lê Hoàng
- 11.- ThS. Phạm Bá Nha
- 12.- ThS. Phạm Thị Thanh Hiền
- 13.- BS. Nguyễn Hữu Cốc
- 14.- ThS. Hồ Sỹ Hùng

Ban thư ký:

1. ThS. Nghiêm Xuân Hạnh
2. ThS. Hồ Sỹ Hùng
3. ThS. Phạm Phương Lan

Mục lục

1. Vấn đề y đức trong cấp cứu sản khoa
2. Vô khuẩn trong cấp cứu sản khoa
3. Giao tiếp với khách hàng và gia đình trong CCSK
4. Đánh giá nhanh ban đầu và xử trí choáng
5. Chảy máu trong thời kỳ đầu thai nghén
6. Chảy máu trong thai nghén thời kỳ cuối và trong chuyển dạ
7. Xử trí tích cực giai đoạn 3
8. Chảy máu âm đạo sau đẻ
9. Truyền máu và các dịch thay thế máu
10. Tiền sản giật
11. Liệu pháp kháng sinh dùng trong cấp cứu sản phụ khoa
12. Sốt trong thời kỳ thai nghén và chuyển dạ
13. Sốt sau đẻ
14. Biểu đồ chuyển dạ
15. Ngôi bất thường
16. Chuyển dạ đình trệ
17. Chuyển dạ với tử cung có sẹo mổ cũ
18. Sa dây rốn
19. Mổ lấy thai
20. Cắt vòi tử cung trong thai ngoài tử cung
21. Chỉ định và kỹ thuật cắt tử cung trong cấp cứu sản khoa
22. Điều trị bảo tồn vỡ tử cung
23. Xử trí đẻ rơi
24. Tử vong và bệnh tật của bà mẹ

BÀI 1

VẤN ĐỀ Y ĐỨC TRONG CẤP CỨU SẢN KHOA

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này, học viên phải:

1. Kể được mối liên quan giữa y đức và quyền con người trong CSSKSS.
2. Nêu được những nguyên tắc cơ bản về y đức trong cấp cứu sản khoa.

Phương tiện học tập

- Bảng, máy chiếu, bút dạ, giấy khổ to, projector.

Lượng giá trước/sau học

Hỏi học viên : 5 phút

- Nêu đặc điểm khác biệt cấp cứu sản khoa khác với các chuyên ngành khác.
- Nêu những lý do cản trở làm giảm 5 tai biến sản khoa.

Kế hoạch bài giảng: Thời gian 2 tiết

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp, phương tiện dạy/ học	Hoạt động của học viên	Phản hồi nhanh
1. Đặc điểm của chuyên ngành Sản khoa và SKSS. Vấn đề tai biến và tử vong mẹ.	10	Động não. Hỏi, trả lời.	Tham gia phát biểu.	Giảng viên nhận xét, so sánh.
Mục tiêu 1: Kể được mối liên quan giữa y đức và quyền con người trong CSSKSS.				
2. Mối liên quan giữa y đức và quyền con người trong CSSKSS.	30	Chia nhóm. Viết giấy to.	Bình luận. Bổ sung.	Giảng viên nhận xét, so sánh.
Mục tiêu 2: Nêu được những nguyên tắc cơ bản về y đức trong CSSKSS.				
3. Y đức thể hiện cụ thể trong cấp cứu sản khoa (10 điều).	30	Chia nhóm. Viết giấy to.	Bình luận. Bổ sung. So sánh giữa các nhóm.	Bình luận. Giảng viên nhận xét, so sánh, kết luận.
4. Tóm tắt bài học.	20	Học viên phát biểu học được gì.	Học viên phát biểu.	Giảng viên nhấn mạnh 10 vấn đề về CCSK

Nội dung bài học

1. NHỮNG ĐẶC ĐIỂM CỦA CHUYÊN NGÀNH SẢN KHOA VÀ SKSS.

Đặc điểm riêng biệt của chuyên ngành Sản khoa khác với các chuyên ngành khác là những yếu tố bệnh lý xảy ra sẽ ảnh hưởng cùng một lúc cho 2 tính mạng con người đó là người mẹ và thai nhi (hoặc trẻ sơ sinh). Mặt khác, những biến cố trong sản khoa xảy ra có khi đột ngột và diễn biến rất nhanh. Mang thai và sinh đẻ vốn là sinh lý bình thường, nhưng trong nhiều trường hợp, từ sinh lý bình thường diễn biến chuyển sang bệnh lý nhanh chóng nếu không được xử lý đúng và kịp thời, có thể dẫn đến tử vong cho cả người mẹ và thai nhi.

Hiện nay vẫn còn nhiều biến chứng dẫn đến tử vong và bệnh lý không chỉ riêng cho người mẹ mà cả cho thai nhi hoặc trẻ sơ sinh. Những biến chứng xảy ra cho bà mẹ ngay từ khi có thai, trong khi sinh và cho đến hết thời kỳ hậu sản. Những tai biến trong sản khoa liên quan đến những quan niệm của xã hội cũng như của cộng đồng về vai trò của người phụ nữ. Hiện tại xã hội chưa đánh giá đúng mức về vai trò của người phụ nữ trong việc bảo tồn nòi giống đồng thời chưa quan tâm đầy đủ và chăm sóc tích cực cho người phụ nữ trong suốt kỳ mang thai cho đến hết thời kỳ hậu sản.

2. MỐI LIÊN QUAN GIỮA Y ĐỨC VÀ QUYỀN CON NGƯỜI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ SINH SẢN NÓI CHUNG.

Y đức thể hiện cụ thể thông qua cách thức thực hiện năng lực, khả năng chuyên môn một cách có hiệu quả và như thế nào trong những trường hợp chăm sóc sản khoa. Như vậy trước hết, nhân viên y tế phải có những kiến thức chuyên khoa để đảm bảo việc chăm sóc sản khoa. Nếu có tinh thần phục vụ tốt mà không có chuyên môn vững vàng luôn được cập nhật và ngược lại nếu chỉ có chuyên môn thuần tuý mà không có y đức thì không thể phục vụ bệnh nhân tốt được. Y đức được thể hiện một cách cụ thể là làm thế nào để cho bệnh nhân chóng được hồi phục về sức khoẻ, đồng thời thoải mái về tinh thần, hạn chế đến mức tối đa những ảnh hưởng xấu của bệnh tật, tiết kiệm nhất những chi phí về kinh tế mà vẫn đạt được hiệu quả cao nhất về điều trị. ***Không thể tách rời y đức và quyền con người trong y học bởi vì hai lĩnh vực này hoà quyện một cách chặt chẽ và thống nhất cũng như hỗ trợ cho nhau.***

2.1. Nhân viên y tế phải có đầy đủ năng lực để đảm bảo thực hiện được công tác chuyên môn.

- Phải có được một trình độ chuyên môn và chuẩn mực cao nhất đồng thời phải luôn được đào tạo và tự đào tạo để duy trì cũng như luôn cập nhật và nâng cao về kỹ năng chuyên môn, tiếp cận và sử dụng những phương pháp điều trị mới nhất đã được chứng minh bằng những chứng cứ khoa học để phục vụ người bệnh (y học dựa trên bằng chứng).

- Năng lực chuyên môn phải luôn được củng cố bao gồm cả việc đào tạo, đào tạo lại. Ngành y tế phải cập nhật những kiến thức hoặc kỹ thuật mới cho nhân viên y tế để đạt được trình độ và khả năng tay nghề phù hợp cho công tác chuyên môn.

+ Tôn trọng và bảo đảm an toàn cho mọi phụ nữ khi khám và điều trị bệnh.

Không quên nhiệm vụ giáo dục, truyền thông, tư vấn và phải được lồng ghép một cách hài hoà trong công tác khám chữa bệnh.

+ Tránh những quan hệ không đúng mực với bệnh nhân cũng như gia đình bệnh nhân mà những quan hệ đó có thể dẫn đến việc lợi dụng tình cảm, tình dục, tài chính hoặc nghiên cứu.

+ Không áp đặt cho bệnh nhân một cách xử trí chỉ vì phù hợp với tôn giáo hay quan điểm đạo đức của riêng cá nhân nhân viên y tế. Trong trường hợp mà cách giải quyết có thể đưa đến các mâu thuẫn trên, người nhân viên y tế đó phải chuyển bệnh nhân đến một nhân viên y tế khác để có cách giải quyết thích hợp hơn. Tuy nhiên, ***nếu ở tình trạng cấp cứu, phải thực hiện ngay những biện pháp điều trị cần thiết để cứu sống bệnh nhân***, bất luận là những việc làm đó có phù hợp hay không phù hợp với quan điểm của bản thân người nhân viên y tế đó.

+ Không được thực hiện hoặc ***phải*** từ chối hỗ trợ người khác thực hiện những hành vi, việc làm có thể vi phạm nhân quyền hay những nguyên tắc y đức hoặc bất kỳ một hành động nào mà sẽ tác động xấu đến sức khoẻ của người bệnh.

+ Duy trì, khuyến khích tôn trọng những chuẩn mực cao nhất ***về tính trung thực trong điều trị bệnh nhân cũng như trong nghiên cứu khoa học***.

+ Biểu hiện cụ thể những hành vi ứng xử chuẩn mực trong quan hệ với bệnh nhân và gia đình như là một tấm gương để các thành viên khác noi theo.

+ Luôn quan tâm ủng hộ cho các nhân viên y tế được học suốt đời về quyền và sức khoẻ sinh sản, sức khoẻ tình dục, và y đức.

2.2. Phải tôn trọng quyền tự quyết định và sự riêng tư của phụ nữ.

- Sau khi đã cung cấp đầy đủ những thông tin về các cách xử trí có thể áp dụng cụ thể cho trường hợp của họ, về hậu quả và những thuận lợi cũng như bất lợi có thể xảy ra nếu áp dụng các cách xử trí này sẽ giúp cho người phụ nữ có một sự chọn lựa, quyết định về sức khoẻ sinh sản và tình dục thích hợp và đúng đắn, không lệch lạc và không bị áp đặt. Như vậy, người phụ nữ có thể cân nhắc và chọn được cách điều trị thích hợp nhất với hoàn cảnh và văn hoá của họ.

- Đảm bảo những thông tin riêng tư của bệnh nhân không bị tiết lộ bằng văn bản hay qua lời nói cho bất cứ ai, trừ trường hợp do pháp luật hay do chính bệnh nhân yêu cầu.

- Giữ vững nguyên tắc không phân biệt đối xử. Tất cả phụ nữ phải được điều trị như nhau, bất luận tuổi tác, hoàn cảnh gia đình, dân tộc, thương tật, hoàn cảnh kinh tế, tôn giáo hay các điều kiện khác. Mỗi phụ nữ đều được điều trị theo nguyện vọng của họ chứ không phải do yêu cầu của bạn tình hay gia đình họ.

- Không phân biệt đối xử vì tuổi tác, đặc biệt là cần quan tâm đến vị thành niên nữ, phải coi trọng tuổi sinh học và sự phát triển của họ chứ không phải là tuổi thời gian, giúp cho họ có được sự chọn lựa, quyết định một cách tự do với đầy đủ thông tin về sức khoẻ tình dục và sức khoẻ sinh sản của họ.

2.3. Trách nhiệm đối với cộng đồng

- Bảo đảm quyền của phụ nữ được thông tin và giáo dục sức khoẻ sinh sản

để giúp cho họ chủ động quyết định được thời điểm sinh con và số con theo nguyện vọng một cách độc lập và chính đáng nhưng phải phù hợp với luật pháp và qui định của nhà nước.

- Bảo đảm quyền của phụ nữ trong các mối quan hệ tình dục như là một phần của cuộc sống tự nhiên của họ, giúp họ có được cuộc sống tình dục một cách thoải mái và an toàn.

- Bảo đảm chăm sóc cho phụ nữ có sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục tốt nhất theo những tiến bộ khoa học hiện đại.

- Thông báo cho cộng đồng về những vấn đề và quyền của phụ nữ trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục để khuyến khích đối xử tôn trọng phụ nữ và đưa các quan điểm này vào lĩnh vực hành nghề y tế.

3. NHỮNG NGUYÊN TẮC CƠ BẢN VỀ Y ĐỨC TRONG CẤP CỨU SẢN KHOA

3.1. Phải ***hành động thật khẩn trương, tích cực và khi cần thiết phải mời thêm người phụ giúp***. Không được trì hoãn cấp cứu vì những lý do riêng.

3.2. Trên cơ sở ***nắm thật nhanh và đầy đủ chi tiết*** về tình trạng sức khỏe của bệnh nhân, ***đánh giá nhanh mức độ nặng, nhẹ, nguy hiểm đe dọa đến tính mạng*** của bệnh, ***chọn các cách điều trị thích hợp*** đối với bệnh nhân dựa trên những tiến bộ mới nhất của khoa học trong và ngoài nước mà mình biết được cũng như các phương tiện hiện có tại cơ sở.

3.3. Cấp cứu sản khoa liên quan đến tính mạng của cả mẹ lẫn con, nhưng thường là ưu tiên đến tính mạng của người mẹ nhiều hơn, tuy nhiên tùy từng trường hợp mà chú ý ưu tiên cho con hay người mẹ. Trong những trường hợp đó cần phải trao đổi với bệnh nhân hoặc gia đình để họ hợp tác cùng giải quyết tốt nhất cho bệnh nhân.

3.4. Hỏi ***bệnh nhân có muốn mời người nào*** trong gia đình hoặc bạn bè để cùng chia sẻ những thông tin cần thiết về tình trạng sức khỏe của họ. Mời đúng người bệnh nhân yêu cầu vào bên cạnh bệnh nhân. Tùy tình trạng bệnh nhân, có thể trao đổi thông tin với bệnh nhân và người nhà. Nếu bệnh nhân nặng, cần được nghỉ ngơi thì chỉ trao đổi với người nhà.

3.5. Nếu bệnh nhân và gia đình yêu cầu mời một cán bộ y tế có kinh nghiệm cao hơn đến để hội chẩn thì phải chấp nhận và tạo điều kiện để thực hiện nguyện vọng của họ.

3.6. ***Cung cấp thông tin một cách trung thực*** về tình trạng sức khỏe của bệnh nhân, ***đưa ra các cách giải quyết cấp cứu***, lý do tại sao chọn các cách này, cách thực hiện và hậu quả có thể có đối với mỗi cách giải quyết. Cũng có thể nêu các yêu cầu đối với người nhà để việc cấp cứu có hiệu quả hơn.

3.7. Kiên nhẫn lắng nghe ý kiến phản hồi của bệnh nhân cũng như người nhà và đồng nghiệp. Có thể thảo luận một cách ***bình đẳng, thoải mái, không áp đặt*** về

sự chọn lựa điều trị. Yêu cầu bệnh nhân hoặc người nhà ký giấy cam kết đồng ý nếu có chỉ định phẫu thuật hoặc phải thực hiện một thủ thuật.

3.8. Thực hiện ***cấp cứu một cách tốt nhất*** theo cách mà bệnh nhân và gia đình đã chọn và không quên đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn. Tuy nhiên, tùy theo thực trạng cũng như diễn biến của tình trạng bệnh, cũng có thể thay đổi cách xử trí nếu thấy cần thiết để đảm bảo tính mạng bệnh nhân, không chần chừ đồng thời cử ngay người trong nhóm ra thông báo cho gia đình. Chỉ làm đúng mức cần thiết để cứu sống bệnh nhân. ***Nếu trường hợp vượt quá khả năng của mình, cần phải mời ngay người có khả năng cao hơn giải quyết. Nếu người đó không có mặt tại chỗ, có thể hội chẩn từ xa.***

3.9. Sau điều trị phải thông báo cho bệnh nhân và gia đình những việc mình đã thực hiện, cách theo dõi sau này. Phải tư vấn cho bệnh nhân cũng như người nhà hiểu và thay đổi hành vi hoặc lối sống có thể góp phần gây ra tình trạng cấp cứu mà họ vừa trải qua.

3.10. Không tiết lộ những thông tin về bệnh tình và cách xử trí đã được thực hiện cho người khác biết, trừ trường hợp do bệnh nhân yêu cầu. Cần xem lại cách điều trị trước đây cho bệnh nhân ở tại khoa của mình hoặc ở tuyến dưới để rút kinh nghiệm cho bản thân, cơ sở của mình và đồng nghiệp cũng như cơ sở tuyến dưới để tránh 3 chậm trễ trong làm mẹ an toàn.

Bài tập tình huống

Bạn là bác sĩ chuyên khoa cấp 1 chuyên ngành Phụ Sản, công tác tại bệnh viện huyện. Bạn vẫn mổ lấy thai bình thường.

- **Tình huống 1:** Một phụ nữ có thai 35 tuần, khi thai được 32 tuần, ra ít máu đỏ tươi ở âm đạo, đã đến trạm xá xã khám, nhưng NHS nói không việc gì và cho về. Bốn ngày sau, tự nhiên hết ra máu. Hôm nay, thai phụ không đau bụng nhưng ra máu ở âm đạo, số lượng khoảng 400g, đỏ tươi lẫn máu cục. Vấn đề y đức được thể hiện trong trường hợp này như thế nào?

- **Tình huống 2:** Giả sử chẩn đoán lâm sàng thai phụ ra huyết là do rau tiền đạo thì nguy cơ như thế nào?

- **Tình huống 3:** Cơ sở của bạn có máy siêu âm, nhưng không có máu dự trữ bạn sẽ làm những gì?

- **Tình huống 4:** Nếu là RTĐ trung tâm cần phải xử trí tại cơ sở của bạn thì bạn sẽ làm gì? Nếu gia đình thai phụ muốn được hội chẩn thêm thì bạn giải quyết như thế nào?

- **Tình huống 5:** Nếu chuyển tuyến trên thì bạn sẽ làm gì?

- **Tình huống 6:** Qua trường hợp này, bạn sẽ làm gì đối với Khoa của bạn và tuyến dưới.

Đáp án :

- **Tình huống 1:** Phải chẩn đoán nguyên nhân, đề ra hướng xử trí đồng thời thông báo và thảo luận với gia đình để cùng hợp tác giải quyết.

- **Tình huống 2:** Chảy máu nhiều mẹ sẽ tử vong, trẻ sơ sinh non tháng, thông báo những nguy cơ này cho gia đình bệnh nhân và gia đình biết
- **Tình huống 3:** Siêu âm xác định loại rau tiền đạo, thông báo khó khăn tại cơ sở, không có máu nếu phải truyền máu, cùng gia đình thảo luận người cho máu, chuẩn bị phương tiện để lấy máu tại cơ sở
- **Tình huống 4:** Xem xét cơ sở vật chất, khả năng kỹ thuật của bản thân và đội ngũ đồng nghiệp hỗ trợ cho cuộc mổ. Giải thích cho thai phụ và gia đình lý do thực hiện phẫu thuật tại bệnh viện bạn và mời hội chẩn lãnh đạo hoặc thường trú.
- **Tình huống 5:** Sơ cứu ban đầu, giải thích cho gia đình lý do tại sao lại chuyển lên tuyến trên, chuẩn bị phương tiện vận chuyển tốt nhất, cử nhân viên có trình độ chuyên môn tốt, đưa thai phụ lên tuyến trên.
- **Tình huống 6:** Rút kinh nghiệm chuyên môn cho nhân viên và cho Khoa về tổ chức quản lý, kiểm tra cơ sở vật chất, tăng cường công tác chỉ đạo tuyến vì y tế xã đã không phát hiện trường hợp RTĐ. Thông báo cho trạm y tế xã rút kinh nghiệm, bố trí lịch xuống kiểm tra, giám sát và cập nhật cho nhân viên y tế xã những chảy máu 3 tháng cuối trong thai kỳ.

Gợi ý phương pháp giảng dạy

1. Giới thiệu bài rồi làm bài tập tình huống.
2. Dựa vào bài tập tình huống sẽ đóng vai, sau khi kết thúc thực hành sẽ tổng kết quá trình thực hành theo trình tự như bài lý thuyết.

Tài liệu tham khảo

1. Victor Y.H (2006). Ethical problem in carrying premature baby. Conference book 14th congress of FAOPS. 2006 - pp: 209 - 214.
2. Lim Ngok - Linh (2006). An overview of ethical problem in care of newborn conference book 14th congress of FAOPS. 2006 - pp: 217 - 222.
3. Suibua B. Chilchareon (2006). Ethical problem in carrying of pregnant woman. Conference book 14th congress of FAOPS 2006 - pp: 223 - 226.
4. Trường đại học Y Hà Nội (2006) - Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. NXB y học 2006.
5. Bộ y tế (2005) Hướng dẫn chuẩn quốc gia về chăm sóc SKSS.

Bài 2

VÔ KHUẨN TRONG CHĂM SÓC CẤP CỨU SẢN KHOA

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này, học viên phải:

1. Nói được 4 đối tượng cần được vô khuẩn trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản nói chung và cấp cứu sản khoa nói riêng.
2. Thực hiện đúng kỹ thuật rửa tay vô khuẩn.
3. Nêu được nguyên tắc sử dụng găng tay đối với từng loại dịch vụ.
4. Mô tả được chính xác các bước trong quy trình vô khuẩn dụng cụ.
5. Nói được cách xử lý dụng cụ, găng, vật dụng đã nhiễm khuẩn.
6. Nói được cách khử nhiễm, khử khuẩn mức độ cao, tiệt khuẩn và bảo quản dụng cụ đã vô khuẩn.

Phương tiện dạy học

- Bảng lật.
- Giấy to khổ A0.
- Giấy màu và bút dạ.

Kế hoạch bài giảng: Thời gian 3 tiết

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp, phương tiện dạy/học	Hoạt động học viên	Phản hồi nhanh
Mục tiêu 1: Nói được 4 đối tượng cần được vô khuẩn trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản nói chung và cấp cứu sản khoa nói riêng.				
1. Môi trường sạch trong các phòng kỹ thuật	5	Thuyết trình. Ghi lên bảng mọi ý kiến của học viên. Bảng lật, giấy khổ to, bút.	Nghe, ghi Động não trả lời.	Quan sát học viên.
2. Khách hàng. Trước và sau khi làm thủ thuật, phẫu thuật.	5	Thuyết trình. Ghi lên bảng mọi ý kiến của học viên. Bảng lật, giấy khổ to, bút.	Động não và viết vào các mảnh giấy có 2 màu khác nhau và dán lên bảng theo màu.	Quan sát học viên. Nhận xét.
3. Người cung cấp dịch vụ.	5	Hỏi - gợi ý trả lời.	Trả lời câu hỏi	Nhận xét
4. Dụng cụ, phương tiện	5	Hỏi - gợi ý trả lời.	Trả lời câu hỏi	Nhận xét

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp, phương tiện dạy/học	Hoạt động học viên	Phản hồi nhanh
Mục tiêu 2: Thực hiện đúng kỹ thuật rửa tay vô khuẩn				
5. Rửa tay nên làm vào lúc nào?	10	Đọc và bình luận tài liệu.		
6. Kỹ thuật rửa tay.	10	Thảo luận nhóm nhỏ tại chỗ.		
Mục tiêu 3: Nêu được nguyên tắc sử dụng găng tay đối với từng loại dịch vụ				
8. Nguyên tắc sử dụng găng tay.	10	Thảo luận nhóm nhỏ tại chỗ. Nhận xét và bổ sung của giáo viên - học viên.		
9. Thực hành rửa tay - Đi găng.	35	Thực hành rửa tay đi găng và trong nhóm nhỏ Sử dụng bảng kiểm để thực hành và quan sát lẫn nhau. Giảng viên chuẩn bị địa điểm, dụng cụ cần theo bảng kiểm. Chia nhóm, địa điểm, dụng cụ và hướng dẫn sử dụng bảng kiểm.		
Mục tiêu 4: Mô tả được chính xác các bước trong quy trình vô khuẩn dụng cụ				
10. Quy trình vô khuẩn dụng cụ.	20	Giảng viên hỏi và ghi nhanh mọi câu trả lời trên bảng.	Động não trả lời.	Đánh giá, nhận xét, bổ sung ý kiến.
Mục tiêu 5: Nói được các xử lý các dụng cụ, găng, vật dụng đã nhiễm khuẩn				
11. Cách xử lý dụng cụ, găng, vật dụng đã nhiễm khuẩn.	15	Chia lớp thành 4 nhóm, thảo luận 4 nội dung: lược, ngâm hoá chất (khử khuẩn cao và tiết khuẩn), hấp ỨC, sấy khô.	Thảo luận nhóm, viết trên giấy khổ to, liên hệ thực tế tại cơ sở.	Đánh giá, nhận xét, bổ sung ý kiến.
Mục tiêu 6: Nói được cách khử nhiễm, khử khuẩn mức độ cao, tiết khuẩn và bảo quản dụng cụ đã vô khuẩn.				
12. Khử nhiễm, khử khuẩn mức độ cao, tiết khuẩn và bảo quản dụng cụ đã vô khuẩn.	15	Chia lớp thành 4 nhóm, thảo luận 4 nội dung: lược, ngâm hoá chất (khử khuẩn cao và tiết khuẩn), hấp ỨC, sấy khô.	Thảo luận nhóm, viết trên giấy khổ to, liên hệ thực tế tại cơ sở.	Đánh giá, nhận xét, bổ sung ý kiến.

Nội dung bài học

1. NGUYÊN NHÂN GÂY NHIỄM KHUẨN

Do các loại vi khuẩn, virus và ký sinh trùng

Các điều kiện thuận tiện cho nhiễm khuẩn:

- Cơ sở vật chất: không đảm bảo tiêu chuẩn
- Dụng cụ, trang thiết bị: không thực hiện không chế chống nhiễm khuẩn
- Quy trình chống nhiễm khuẩn: không tuân thủ đúng
- Người cung cấp dịch vụ: thiếu kiến thức, ý thức về chống nhiễm khuẩn

Có 4 đường lây truyền:

- Môi trường
- Khách hàng (người sử dụng dịch vụ)
- Cán bộ y tế (người cung cấp dịch vụ)
- Dụng cụ/ phương tiện

1.1.Môi trường:

Các phòng kỹ thuật phải đảm bảo môi trường trong sạch.

- Vị trí: sạch sẽ, đặt xa để lây nhiễm như nhà bếp, nhà vệ sinh, đường đi...
- Bố trí; nền và tường không thấm nước, có thể rửa bằng nước hoặc xà phòng, có hệ thống kín dẫn nước thải, không dùng quạt trần, có thể dùng quạt bàn hoặc điều hòa nhiệt độ. Cửa sổ có kính mờ cao hơn sàn nhà 1,5 m. Nếu không có kính, phải có lưới che hoặc vải xô tránh muỗi, ruồi.
- Nguyên tắc: khi không làm thủ thuật phải đóng kín tuyệt đối, thay tấm lót bàn thủ thuật, vệ sinh tấm trải bàn, vệ sinh thường xuyên các vật dụng khác trong phòng thủ thuật.

1.2. Khách hàng/bệnh nhân:

- Trước thủ thuật, phẫu thuật:

Khách hàng/bệnh nhân phải được tắm rửa, thay quần áo sạch, đi tiểu hoặc làm rỗng bàng quang, làm vệ sinh và sát trùng vùng được phẫu thuật.

- Sau thủ thuật, phẫu thuật:

Error! Not a valid link.

1.3.Cán bộ y tế/ Người cung cấp dịch vụ:

- Tiêu chuẩn: cán bộ y tế phải chùi mũ/ không để lộ tóc, khẩu trang che kín mũi, đi giày/dép riêng, không mắc các bệnh truyền nhiễm.

1.4. Dụng cụ/ trang thiết bị:

Tuân thủ theo đúng quy trình vô khuẩn

2.RỬA TAY

Rửa tay là thao tác không chế nhiễm khuẩn đơn giản nhất và quan trọng nhất.

-Thời điểm rửa tay:

Bảng 1. Thời điểm rửa tay

TRƯỚC	<ul style="list-style-type: none"> - Khi làm việc - Khám hay lấy máu - Vận chuyển dụng cụ sạch - Đi găng vô khuẩn - Khi về nhà 	SAU	<ul style="list-style-type: none"> - Khi tay có thể bị nhiễm khuẩn - Dùng dụng cụ đã chạm vào dịch tiết hay chất bài tiết của cơ thể - Khi tháo găng - Khi đi vệ sinh
-------	---	-----	---

- Các phương tiện rửa tay:

- o Nước sạch, thùng có vòi, vòi đóng mở không phải dùng tay
- o Xà phòng diệt khuẩn
- o Bàn chải mềm, đã được luộc hoặc ngâm trong dung dịch sát khuẩn
- o Khăn khô, sạch, vô khuẩn

- Kỹ thuật rửa tay:

o Rửa tay thường quy:

- + Bước 1: tháo bỏ đồng hồ và đồ trang sức ở tay, làm ướt và xoa xà phòng hoặc dung dịch rửa tay vào bàn tay, cẳng tay.
- + Bước 2: sát 2 lòng bàn tay vào nhau 10 lần
- + Bước 3: dùng lòng bàn tay này sát lên mu bàn tay kia (10 lần)
- + Bước 4: dùng ngón tay và bàn tay này xoáy và cuốn quanh lần lượt từng ngón của bàn tay kia

o Rửa tay ngoại khoa:

- + Bước 1: Mặc áo choàng, đội mũ che kín tóc, tháo bỏ trang sức, cắt ngắn móng tay, đeo khẩu trang, tiến hành rửa tay thường quy, không lau tay.
- + Bước 2: dùng bàn chải vô khuẩn và dung dịch rửa tay đánh cọ vào đầu, kẽ, và cạnh của ngón tay theo chiều dọc hoặc xoắn ốc.
- + Bước 3: đánh cọ lòng và mu bàn tay
- + Bước 4: đánh cọ cẳng tay lên quá khuỷu 5cm
- + Bước 5: rửa tay dưới vòi nước chảy (nước vô khuẩn)
- + Bước 6: lau khô bằng khăn vô khuẩn. Ngâm tay vào dung dịch sát khuẩn trong 5 phút.

3. SỬ DỤNG GĂNG TAY

3.1. Đeo găng tay:

Mở rộng ắc ngón tay, cho bàn tay vào đúng vị trí các ngón (phân biệt găng bên trái/ bên phải). Để cổ găng trùm lên cổ tay áo, chú ý bàn tay chưa đi găng chỉ chạm vào mặt trong của găng. Lau sạch phần bên ngoài găng để tránh rơi vào ổ bụng. Sau khi đeo găng, luôn để tay phía trước.

3.2. Nguyên tắc sử dụng găng tay

Hầu hết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản đều cần sử dụng găng tay.

Bảng 2. Cách sử dụng từng loại găng đối với mỗi loại dịch vụ

TT	Tên dịch vụ	Cần dùng găng tay	Cần găng khử khuẩn cao	Cần găng tiết khuẩn
1	Khám bộ phận sinh dục.	+	+	-
2	Đỡ đẻ.	+	+	+
3	Đặt, tháo vòng.	+	+	-
4	Hút thai.	+	+	+
5	Nạo, phá thai.	+	-	+
6	Cấy, tháo Norplant.	+	-	+
TT	Tên dịch vụ	Cần dùng găng tay	Cần găng khử khuẩn cao	Cần găng tiết khuẩn
7	Phẫu thuật, kiểm soát tử cung, bóc rau.	+	-	+
8	Cấp cứu trẻ sơ sinh.	+	-	+
9	Rút máu, truyền máu.	+	+	-
10	Tẩy uế dụng cụ.	+	-	-
11	Rửa dụng cụ, lau sạch cơ thể.	+	-	-

Ghi chú: (-) không cần, (+) bắt buộc.

Bảng 3. Bảng kiểm rửa tay - đi găng để phẫu thuật

TT	Nội dung	Có	Không	Ghi chú
1	Có sẵn xà phòng chín, bàn chải vô khuẩn, khăn khô vô khuẩn.			
2	Nước sạch có vòi, đóng mở không dùng bàn tay.			
3	Không đeo đồ trang sức, móng tay cắt ngắn.			
4	Làm ướt cẳng tay và bàn tay, dốc bàn tay, cổ tay để nước chảy xuống.			
5	Dùng bàn chải, xà phòng chải kỹ bàn tay, đầu ngón tay, kẽ móng tay, cẳng tay, khuỷu tay.			
6	Rửa tay 3 lần mỗi lần 3 - 5 phút.			
7	Không được chạm tay vào bất kỳ vật gì.			
8	Tráng bàn tay, cẳng tay bằng nước sạch, để ngược ngón tay. Để 2 bàn tay cao hơn khuỷu tay.			
9	Làm khô tay bằng khăn vô khuẩn rồi ngâm tay vào dung dịch sát khuẩn.			
10	Không sờ vào mặt ngoài găng, khi đeo chỉ cầm vào cổ găng đã lộn trái.			

Kết luận: Đạt Không đạt

Nhận định

Đạt: Thực hiện đầy đủ 10 điểm trong bảng kiểm.

Không đạt: Làm không đủ 10 điểm trong bảng kiểm.

4. QUY TRÌNH VÔ KHUẨN DỤNG CỤ

4.1. Một số khái niệm cơ bản:

Bảng 4. Các khái niệm cơ bản trong vô khuẩn

Vô khuẩn	Là những biện pháp phòng ngừa sự xâm nhập của vi khuẩn và các mầm bệnh khác bằng việc loại trừ chúng với mức độ khác nhau trên bề mặt cơ thể, ác mô bị tổn thương, và các vật dụng tiếp xúc với cơ thể người và các sinh vật khác.
Sát khuẩn	Là quá trình tiêu diệt phần lớn các vi khuẩn và các mầm bệnh khác bám vào y dụng cụ vừa sử dụng xong trên cơ thể người bệnh.
Khử nhiễm	Là quá trình tiêu diệt phần lớn các vi khuẩn và các mầm bệnh khác trên da, niêm mạc, và các mô bị tổn thương của cơ thể.
Làm sạch	Là quá trình vật lý (cọ, rửa bằng nước, lau khô) để loại bỏ các vật bẩn do bụi, đất hay máu và chất dịch cơ thể và ác vi khuẩn hay các mầm bệnh khác còn bám ở y / dụng cụ
Khử khuẩn mức độ cao	Là quy trình tiêu diệt phần lớn các loại vi khuẩn và mầm bệnh khác nhưng chưa tiêu diệt hết tất cả, đặc biệt là nha bào.
Tiệt khuẩn	Là quá trình diệt tất cả các vi khuẩn và mầm bệnh khác, kể cả nha bào.

4.2. Khử nhiễm dụng cụ

- Khử nhiễm là bước đầu tiên trong quy trình vô khuẩn.
- Thiết bị: 1 xô nhựa có quai xách với chiều cao trên 35cm và một giỏ nhựa có quai hơi nhỏ hơn để lọt vào xô.
- Dung dịch hóa chất để khử nhiễm: Chloramin 0,5% hoặc Glutaraldehyd. Dung dịch này sẽ thay sau mỗi buổi làm việc.
- Dụng cụ sau khi làm thủ thuật, phẫu thuật phải cho ngay vào xô, ngập hết trong dung dịch khử nhiễm, ngâm trong 10 phút. Sau đó đem ra rửa bằng nước lạnh.

4.3. Làm sạch dụng cụ

- Thiết bị: một chậu nhựa, vòi nước sạch, xà phòng, bàn chải.
- Trong khi rửa, người rửa dụng cụ cần đi găng cao su và đeo khẩu trang để tránh lây nhiễm. Dùng bàn chải và xà phòng đánh sạch dụng cụ cho hết máu và tổ chức cơ thể bám lại trên dụng cụ.
- Cọ sạch các nơi dễ bám bẩn như răng, khe kẽ của dụng cụ. Sau đó rửa sạch xà phòng và lau khô bằng khăn sạch. Cọ rửa dưới vòi nước chảy hiệu quả hơn cọ rửa trong thùng nước.

- Yêu cầu: máu mủ và các tổ chức tế bào bám vào dụng cụ như rau thai, mỡ, cơ... không còn dính lại trên dụng cụ.

4.4. Khử khuẩn mức độ cao

Ngâm trong hóa chất

- Yêu cầu: các dụng cụ phải được ngâm trong các hóa chất dùng khử khuẩn mức độ cao như: Glutaraldehyd 2% hoặc các dung dịch khác như Chloramin 0,5% trong 20 phút.
- Phương pháp này áp dụng đối với các dụng cụ làm bằng chất nhựa, cao su, không áp dụng với các loại dụng cụ bằng kim loại, vải.
- Khi ngâm phải để dung dịch hóa chất ngập toàn bộ dụng cụ. Dụng cụ vớt ra phải rửa bằng nước đã tiệt khuẩn rồi để vào khay vô khuẩn có nắp đậy, làm khô rồi mới sử dụng hoặc bảo quản.

Luộc dụng cụ

- Thiết bị: hộp luộc dụng cụ bằng kim loại có nắp đậy kín, đủ lớn để chứa dụng cụ, dưới hộp có hệ thống bếp điện hoặc sử dụng một bếp riêng (điện, ga hoặc dầu).
- Yêu cầu: dụng cụ đã rửa sạch cho vào hộp luộc trên, đổ nước sạch vào hộp sao cho ngập các dụng cụ. Khi nước sôi, duy trì trong 20 phút, vớt dụng cụ dùng ngay không được để lâu.

4.5. Tiệt khuẩn

Hấp ướt áp lực cao

- Phương pháp này dùng cho tất cả các loại dụng cụ y tế trừ đồ nhựa (quần áo, gạc, khăn mổ, mũ, khẩu trang...) và đồ cao su (sonde, găng cao su...). Đồ vải và đồ cao su phải hấp riêng, vì nhiệt độ, áp suất, thời gian hấp hai loại đó khác nhau.
- Thiết bị: nồi hấp ướt áp lực các loại.
- Yêu cầu: khi nhiệt độ lên tới 121°C (áp lực 1.5kg/cm²) đối với dụng cụ đóng gói phải duy trì nhiệt độ như vậy trong 30 phút. Đối với dụng cụ không đóng gói chỉ cần duy trì 20 phút.

Sấy khô

- Phương pháp này chỉ dùng cho các dụng cụ y tế bằng kim loại.
 - Thiết bị là tủ sấy khô.
 - Yêu cầu:
 - Nếu nhiệt độ 170°C phải duy trì 60 phút.
 - Nếu nhiệt độ 160°C phải duy trì 120 phút.
 - Nhiệt độ 150°C phải duy trì 150 phút.
 - Nhiệt độ 140°C phải duy trì 180 phút.
 - Nhiệt độ 121°C phải duy trì 8 giờ.

Kiểm tra vô khuẩn

- Ngâm trong hóa chất: Sole, ống hút thai ngâm trong 10 giờ. Dụng cụ vớt ra phải rửa bằng nước tiệt khuẩn.
 - Kiểm tra dụng cụ
 - Kiểm tra xem đã vô khuẩn chưa? Trước khi hấp, sấy, dán một giấy báo hiệu an toàn (trắng) vào hộp hay gói đồ.
 - Sau khi đã hấp hoặc sấy xong nếu giấy báo hiệu đó đổi màu (đen) là dụng cụ hấp sấy đạt yêu cầu.
 - Sau khi kiểm tra phải ghi rõ ngày và tên người hấp sấy dụng cụ vào các hộp và gói đó.

5. Bảo quản dụng cụ đã vô khuẩn

- Nơi bảo quản dụng cụ đã vô khuẩn phải sạch sẽ, khô ráo, có cửa đóng kín.
- Có giá kệ và tủ đựng dụng cụ, có sổ sách ghi chép tên dụng cụ, ngày xử lý vô khuẩn, ngày nhập, xuất dụng cụ (chú ý nguyên tắc nhập trước xuất trước).
- Không để lẫn dụng cụ đã tiệt khuẩn với dụng cụ chưa tiệt khuẩn.
- Thời gian bảo quản:
- Không bảo quản những dụng cụ tiệt khuẩn mà không đóng gói (loại này cần phải dùng ngay sau khi tiệt khuẩn).
- Dụng cụ đã khử khuẩn cao chỉ được sử dụng trong vòng 3 ngày.
- Những dụng cụ tiệt khuẩn được đóng gói hoặc đặt trong hộp tiệt khuẩn, được bảo quản một tuần, sau một tuần nếu chưa dùng cần phải hấp sấy lại.
- Khi vận chuyển dụng cụ đã tiệt khuẩn từ nơi bảo quản đến phòng thủ thuật phẫu thuật, phải che đậy để tránh nhiễm bẩn.

Bảng 5- Bảng kiểm qui trình vô khuẩn dụng cụ

Nội dung	Có	Không	Ghi chú
1. Khử nhiễm			
- Có sẵn dung dịch Chloramin 0,5%.			
- Cho dụng cụ ngập hoàn toàn trong dung dịch.			
- Hút dung dịch chlorine vào bơm và các vật hình ống rồi súc.			
- Tháo rời các dụng cụ.			
- Ngâm trong 10 phút.			
2. Làm sạch			
- Rửa các dụng cụ bằng xà phòng và nước sạch.			
- Làm sạch các khớp nối ở dụng cụ.			
- Dùng bàn chải cọ rửa các dụng cụ.			
- Súc các vật hình ống và bơm tiêm.			
- Tráng bằng nước sạch.			
3. Khử khuẩn mức cao bằng luộc			
- Cho dụng cụ ngập hoàn toàn trong nước.			
- Bắt đầu tính giờ từ lúc nước sôi.			
- Đun sôi trong 20 phút.			

Nội dung	Có	Không	Ghi chú
- Lấy các dụng cụ bằng kẹp vô trùng và cho vào hộp đựng đã được khử khuẩn.			
- Để dụng cụ tự khô.			
- Bảo quản trong hộp đựng đã được khử khuẩn và có nắp đậy.			
4. Khử khuẩn mức cao bằng hoá chất			
- Cho dụng cụ ngập hoàn toàn trong dung dịch khử khuẩn thích hợp.			
- Ngâm trong 20 phút.			
- Tráng sạch bằng nước đun sôi để nguội và hong khô.			
- Để vào hộp đã khử nhiễm có nắp đậy.			
5. Hấp ướ			
- Gói dụng cụ.			
- Xếp rời nhau trong nồi hấp.			
- Vận hành theo sự hướng dẫn của nơi sản xuất.			
- Khử trùng trong 30 phút cho các dụng cụ được gói và 20 phút cho các dụng cụ không được gói ở 21°C (áp suất 1,5 kg/cm ²).			
- Cất dụng cụ trong hộp vô khuẩn và có nắp đậy.			
6. Sấy khô			
- Dụng cụ sau khi rửa sạch, lau khô cho vào hộp có nắp, từng bộ riêng.			
- Bắt đầu tính giờ khi nhiệt độ lên đủ.			
- Thời gian và nhiệt độ chuẩn: 170°C trong 1 giờ.			
- Cất dụng cụ trong hộp vô trùng có nắp đậy.			
7. Thời hạn sử dụng			
- Dụng cụ khử khuẩn cao chỉ được sử dụng trong 3 ngày.			
- Dụng cụ đã luộc chỉ sử dụng trong 24 giờ.			
- Dụng cụ tiệt khuẩn được bảo quản 1 tuần.			
- Bất kỳ dụng cụ nào đã mở túi chỉ dùng trong vòng 24 giờ.			

Tài liệu tham khảo

1. Quy định chuẩn mực vô khuẩn trong dịch vụ KHHGD (số 1267 BYT/QĐ ngày 31 tháng 12 năm 1994).
2. Modul 2 - Khống chế nhiễm khuẩn.
3. Chương trình Sức khoẻ sinh sản - Bộ Y tế, Tài liệu huấn luyện toàn diện về Sức khoẻ sinh sản.

BÀI 3

GIAO TIẾP VỚI KHÁCH HÀNG VÀ GIA ĐÌNH TRONG CẤP CỨU SẢN KHOA

Mục tiêu học tập

Sau khi kết thúc bài học này, học viên phải:

1. Kể được các kỹ năng cần thiết khi giao tiếp với khách hàng và gia đình họ trong các dịch vụ chăm sóc sản khoa cấp cứu (SKCC).
2. Thực hành được việc trao đổi với khách hàng và gia đình họ trong một số tình huống cụ thể với các kỹ năng đã học thông qua đóng vai.

Phương tiện dạy học

- Giấy con.
- Bảng, bút dạ.
- Giấy trong, bìa màu.

Kế hoạch bài học: (thời gian 2 tiết)

Nội dung chủ yếu	Thời gian (Phút)	Phương pháp, phương tiện dạy/học	Hoạt động học viên	Phản hồi nhanh
Mục tiêu 1: Kể được các kỹ năng cần thiết khi giao tiếp với khách hàng và gia đình họ trong các dịch vụ chăm sóc sản khoa cấp cứu.				
Những nguyên tắc khi thực hành giao tiếp:	10	Thuyết trình ngắn có minh họa trên giấy trong. Gợi ý thảo luận.	Động não dán giấy:	GV nhận xét và bổ sung hoàn chỉnh nội dung.
Các kỹ năng giao tiếp cơ bản:	20	Thảo luận nhóm nhỏ tại chỗ:	Một HV tập hợp lại các ý kiến giống nhau xếp thành nhóm.	
Mục tiêu 2: Thực hành được việc trao đổi với khách hàng và gia đình họ trong một số tình huống cụ thể với các kỹ năng cụ thể thông qua đóng vai.				
Bài tập đóng vai số 1:	30	Chia lớp thành nhóm 3 người, thảo luận và 2 nhóm bốc thăm lên đóng vai.		Nội dung và kế hoạch đóng vai

Bài tập đóng vai số 2:	30	HV thảo luận, rút kinh nghiệm theo sự hướng dẫn của GV.		trong bài tập số 1 (trích trong EmOC trang 49).
-------------------------------	----	---	--	---

Nội dung bài học

1. Bài tập đóng vai

Hướng dẫn

Giảng viên (GV) chia lớp thành các nhóm, mỗi nhóm 3 học viên (HV) đóng các vai sau đây: người cung cấp dịch vụ (BS hoặc NHS), bệnh nhân (BN) sau sinh bị tai biến sản khoa (TBSK) và một người trong vai người hỗ trợ đi cùng với BN. Ba HV của mỗi nhóm đọc kỹ và thảo luận với nhau về tình huống được nêu ở dưới trong thời gian 5-10 phút, sau đó GV cho bốc thăm xem nhóm nào được lên đóng vai trước lớp. Số HV còn lại của các nhóm khác quan sát và góp ý kiến nhận xét. Sau đó GV mời nhóm thứ hai lên đóng vai và cho lớp học thảo luận nhận xét đánh giá. GV sẽ cho lớp thảo luận các câu hỏi (nêu dưới đây), tóm tắt ý kiến nhận xét của HV và phản hồi cho họ những điều họ đã làm tốt và rút kinh nghiệm về những điều chưa tốt.

1.1 Bài tập đóng vai 1.

Trọng tâm: Sự giao tiếp, trao đổi giữa NHS của trạm y tế với BN và bà đỡ dân gian và những thông tin được đưa ra phải thích hợp, giúp việc hỗ trợ tình cảm và sự an tâm của các đối tượng được trao đổi.

Phân vai:

- Người cung cấp dịch vụ: Là một BS hoặc NHS có kinh nghiệm trong giao tiếp với BN và thân nhân gia đình hoặc người hỗ trợ hộ tống BN.
- Bệnh nhân: Bà A sinh con tại nhà do bà đỡ dân gian đỡ đẻ trước đây 2 giờ.
- Người hỗ trợ sản phụ: Bà đỡ dân gian đã theo dõi và đỡ đẻ cho bà A.

Bà A 36 tuổi, được một bà đỡ dân gian đưa đến trạm y tế xã vì sau khi sinh con lần thứ ba cách đây 2 giờ và bị chảy máu nặng. Thời gian chuyển dạ kéo dài 12 giờ và theo bà đỡ dân gian thì không có biến chứng. NHS của trạm y tế xã đã khám ngay cho BN, điều trị choáng và tình trạng tử cung co hồi kém của SP. Mặc dầu tình trạng chảy máu đã giảm ngay khi vừa đến trạm nhưng tử cung của bà A thì vẫn không co lại tốt cho dù đã xoa bóp đáy TC và tiêm oxytocin. Bà A rất lo sợ khi phải chuyển lên BV để xử lý thêm. Bà đỡ dân gian cũng lo lắng và cảm thấy có lỗi trong trường hợp của bà A. NHS của trạm y tế xã phải giải thích về tình huống của bà A và của bà đỡ dân gian và cố gắng hỗ trợ về tình cảm làm cho họ yên tâm cũng như chuẩn bị cho cuộc vận chuyển BN lên BV.

Câu hỏi thảo luận sau khi đóng vai

1- Người NHS của trạm y tế xã đã giải thích về hoàn cảnh của bà A và bà đỡ dân gian cũng như việc cần thiết phải chuyển bệnh nhân lên Bệnh viện như thế nào?	
2- Người NHS đã thể hiện sự hỗ trợ tình cảm và làm an tâm như thế nào trong khi trò chuyện với bà A và bà đỡ dân gian?	
3- Thái độ nào của bà A và bà đỡ dân gian biểu hiện qua ngôn ngữ nói và ngôn ngữ hình thể đã chứng tỏ họ cảm thấy được hỗ trợ tình cảm và được an tâm?	

1.2 Bài tập đóng vai 2

Trọng tâm: Cách ứng xử của cán bộ y tế, làm cho bà B và người thân trong gia đình họ biết được con, cháu họ bị dị tật bẩm sinh, là sự giao tiếp, trao đổi giữa NHS với sản phụ và gia đình họ. Những thông tin được đưa ra phải thích hợp, giúp việc hỗ trợ tình cảm và sự an tâm của các đối tượng được trao đổi kể cả việc điều trị dị tật cho cháu bé thế nào. Mục tiêu học tập cao nhất cần đạt được là bà B và gia đình an tâm chấp nhận cháu bé và biết cách chăm sóc cháu đúng đắn nhất.

Phân vai

- Người cung cấp dịch vụ: Bác sĩ hoặc NHS vừa đỡ đẻ cho sản phụ.
- Sản phụ B vừa mới sinh con bị dị dạng không được phát hiện từ trước.
- Người thân trong gia đình: Bố cháu bé hoặc mẹ của bà B (bà ngoại cháu).

<p>Bà B sinh con lần thứ hai tại bệnh viện huyện, đẻ thường, không có biến chứng. Cháu bé là con gái sinh ra khóc ngay, nặng 3000 gam nhưng bị dị dạng sứt môi và hở hàm ếch. Thai bị dị tật không được chẩn đoán từ trước nên gây bất ngờ cho cả bà B, gia đình và nhân viên y tế. Cuộc giao tiếp diễn ra giữa NHS là người đỡ đẻ, bà B và người thân trong gia đình bà ví dụ bố cháu bé hoặc bà ngoại của cháu (mẹ đẻ của bà B).</p>	
1- NHS đỡ đẻ cho bà B đã làm gì để có thể cho bà B và gia đình tiếp cận cháu bé dị tật?	
2- NHS đã giải thích thế nào để hỗ trợ tình cảm và làm an tâm bà B và gia đình trong khi trò chuyện với họ?	
3- Thái độ nào của bà B và gia đình biểu hiện qua ngôn ngữ nói và ngôn ngữ hình thể đã chứng tỏ họ cảm thấy được hỗ trợ tình cảm và được an tâm?	

2. Bảng kiểm về tư vấn trong dịch vụ cấp cứu sản khoa

TT	Nội dung	Có	Không	Ghi chú
	Gặp gỡ			
1	Tiếp đón, chào hỏi khách hàng niềm nở, gây thiện cảm để họ an tâm ngay từ khi tiếp xúc. Mời khách hàng ngồi ngang hàng với người tư vấn.			
2	Tự giới thiệu: tên, chức vụ, nhiệm vụ chính tại cơ sở y tế của người làm tư vấn.			
	Gọi hỏi			
3	Hỏi tên, tuổi, địa chỉ của khách hàng và lý do cần tư vấn.			
4	Hỏi khách hàng về hoàn cảnh sinh sống, về gia đình, con cái, những thuận lợi hoặc khó khăn chính trong cuộc sống của khách hàng (nếu có).			
5	Hỏi về lý do khách hàng cần tư vấn.			
6	Từ vấn đề do khách hàng đặt ra, gọi hỏi thêm các chi tiết cần thiết để hiểu rõ nhu cầu của khách hàng; biết được nhận thức, quan niệm, kể cả nỗi lo lắng của khách hàng.			
7	Thái độ thân mật, gần gũi, lắng nghe, quan tâm, đồng cảm với khách hàng trong những vấn đề họ biểu lộ.			
	Giới thiệu thông tin			
8	Dựa trên nhu cầu của khách hàng, cung cấp những thông tin chính xác, phù hợp và cần thiết cho khách hàng.			
9	Cung cấp đủ thông tin từng vấn đề và giới thiệu các giải pháp đề nghị khách hàng suy nghĩ, lựa chọn sao cho phù hợp với hoàn cảnh của họ.			
10	Luôn quan sát thái độ cử chỉ của khách hàng và thỉnh thoảng đặt câu hỏi cho khách trả lời về những điều đã giới thiệu để đánh giá họ có hiểu đúng các điều đã được nghe (phản hồi).			
11	Cần sử dụng tất cả các phương tiện sẵn có về truyền thông tư vấn của cơ sở kết hợp với phân ngôn ngữ để giới thiệu thông tin.			
	Giúp đỡ			
12	Giúp khách hàng hiểu được thực chất vấn đề trong hoàn cảnh cụ thể của họ để tự lựa chọn một giải pháp họ cho là tốt và phù hợp với họ nhất.			
	Giải thích			
13	Giải thích đầy đủ với cách nói cụ thể, dễ hiểu, hạn chế từ chuyên môn, phù hợp trình độ nhận thức của khách hàng về những giải pháp họ đã lựa chọn.			

14	Cần phân tích rất khách quan mặt thuận lợi, ưu điểm và cả các mặt không thuận lợi, nhược điểm của giải pháp khách hàng đã chọn lựa. Không chỉ nói mặt tốt hoặc ngược lại chỉ nói mặt không tốt.			
15	Nếu phát hiện khách hàng có những quan niệm hay hiểu biết chưa phù hợp về giải pháp họ đã chấp nhận thì nhẹ nhàng góp ý, giải thích. Không được tỏ thái độ bực dọc, coi thường họ.			
16	Khuyến khích khách hàng đặt câu hỏi hoặc nói ra những suy nghĩ hoặc thắc mắc của họ về những điều đã được giải thích.			
	Gặp lại			
17	Cần dặn những trường hợp cụ thể cần trở lại ngay cơ sở tư vấn.			

Tài liệu tham khảo

1. Chương trình Sức khoẻ sinh sản — Bộ Y tế, *Tài liệu huấn luyện toàn diện về sức khoẻ sinh sản.*

Bài 4

ĐÁNH GIÁ NHANH BAN ĐẦU VÀ XỬ TRÍ CHOÁNG

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này, học viên phải:

1. Mô tả được các bước chẩn đoán nhanh ban đầu một trường hợp cấp cứu sản khoa.
2. Kể được các triệu chứng của choáng .
3. Mô tả được cách xử trí một trường hợp choáng bao gồm xử trí nhanh ban đầu và điều trị tiếp tục.
4. Giải quyết được tình huống lâm sàng choáng sản khoa theo bài tập tình huống.
5. Bộc lộ được tĩnh mạch theo đúng bảng kiểm trên mô hình.
6. Thao tác xử trí được một trường hợp choáng qua đóng vai.

Phương tiện dạy học: Bảng, bút dạ, giấy khổ lớn, giấy trong, máy chiếu over head, projector, mô hình để bộc lộ tĩnh mạch.

Kế hoạch bài giảng: Thời gian 4 tiết

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp, phương tiện dạy/học	Hoạt động học viên	Phản hồi nhanh
Mục tiêu 1: Mô tả được các bước chẩn đoán nhanh ban đầu một trường hợp cấp cứu sản khoa.				
1. Đánh giá hệ hô hấp. 2. Đánh giá hệ tuần hoàn. 3. Đánh giá cơ quan khác.	10	Thuyết trình Máy chiếu Giấy trong	Nghe giảng	
Mục tiêu 2: Kể được các triệu chứng của choáng				
4. Các triệu chứng của choáng: Định nghĩa, các triệu chứng...	10	Đặt câu hỏi Bảng, bút viết.	Động não, trả lời câu hỏi.	Đánh giá qua câu trả lời của học viên.
Mục tiêu 3: Mô tả được cách xử trí một trường hợp choáng bao gồm xử trí nhanh ban đầu và điều trị tiếp tục.				

5. Xử trí ban đầu một trường hợp choáng. 6. Điều trị tiếp tục choáng. 7. Xử trí tiếp sau khi điều trị tích cực ban đầu. 8. Điều trị các nguyên nhân.	20	Đặt câu hỏi	Động não, trả lời câu hỏi.	Đánh giá dựa trên câu trả lời của học viên.
Mục tiêu 4: Giải quyết tình huống lâm sàng				
9. Nghiên cứu trường hợp	50	Chia học viên thành hai nhóm, mỗi nhóm nghiên cứu một trường hợp choáng theo hai tình huống lâm sàng.	Học viên thảo luận, sau đó trình bày trên giấy khổ lớn.	Quan sát các nhóm thảo luận.
Mục tiêu 5: Bộc lộ tĩnh mạch				
10. Kỹ năng bộc lộ tĩnh mạch	45	Giảng viên thao tác mẫu. Thực hành lâm sàng.	Học viên quan sát giảng viên thao tác. Các học viên lần lượt thực hành.	Đánh giá qua thực hành bộc lộ tĩnh mạch trên mô hình, dựa vào bảng kiểm.
Mục tiêu 6: Thao tác xử trí được một trường hợp choáng				
11. Thao tác xử trí choáng	45	-Chia nhóm Kịch bản dựa trên hai tình huống lâm sàng bệnh nhân bị choáng do mất máu và choáng do nhiễm khuẩn.	Chia 2 nhóm thực hành xử trí choáng theo hai kịch bản cho sẵn	Dựa trên bảng kiểm hướng dẫn học tập xử trí choáng.

Nội dung bài học

1. ĐÁNH GIÁ NHANH BAN ĐẦU

1.1. Đánh giá hệ hô hấp: Đánh giá hệ hô hấp rất quan trọng và tối cấp, nếu người bệnh thiếu oxy trong vòng 3 phút có thể nguy hiểm đến tính mạng.

Đánh giá các dấu hiệu :

- Tím tái về mức độ, vị trí : Đầu chi, môi, niêm mạc mắt
- Mức độ khó thở : Khó thở thì thở ra hay hít vào, tần số thở, co kéo các cơ hô hấp.
- Thăm khám : Đánh giá mức độ xanh tái, do thiếu oxy, nghe phổi xem có rale bất thường không, vị trí ở một hay hai bên, đánh giá độ thông thoáng đường thở.
- Xác định sơ bộ nguyên nhân gây choáng
 - + Do thiếu máu: Mất máu cấp tính do chảy máu, băng huyết.
 - + Bệnh lý tim mạch dẫn đến suy tim, hen tim.
 - + Bệnh lý phổi: Viêm phổi, hen phế quản, phù phổi cấp.
 - + Do choáng phản vệ (dị ứng thuốc...).

1.2. Đánh giá hệ tuần hoàn

- Đánh giá các dấu hiệu mạch, huyết áp (các chỉ số).
- Các bệnh lý của tim, mạch nếu có.
- Tinh thần của người bệnh: Tỉnh táo hay hôn mê, hốt hoảng.
- Da xanh tái hay hồng hào.

1.3. Đánh giá các triệu chứng cấp cứu khác

- Sốt: sốt bao nhiêu độ, diễn biến của sốt, kèm theo rét run không? Có kèm theo các triệu chứng nhiễm khuẩn các cơ quan khác không như nhiễm khuẩn đường tiết niệu, hô hấp hay nhiễm khuẩn vùng tiểu khung.
- Ra máu âm đạo: Ra máu trong thời kỳ thai nghén hay ngoài thời kỳ thai nghén, hay sau đẻ, mức độ ra máu. Ra máu khi có thai có thể do dọa sảy thai, đẻ non, rau tiền đạo, vỡ tử cung hay rau bong non. Ra máu sau đẻ có thể do đờ tử cung băng huyết, sót rau.
- Đau bụng: cần xác định bệnh nhân có thai hay không, đau do thai nghén hay không, mức độ đau, tính chất đau, vị trí đau.

2. CHOÁNG

Định nghĩa : Choáng là một tình trạng suy sụp tuần hoàn do nhiều nguyên nhân khác nhau, làm giảm hoặc ngừng cung cấp máu, oxy đến nuôi dưỡng các cơ quan đặc biệt là các cơ quan quan trọng như tim, phổi, não. Đây là tình trạng nguy hiểm đòi hỏi nhân viên y tế phải có thái độ xử trí kịp thời và tích cực mới có khả năng cứu sống bệnh nhân.

Trong sản khoa choáng thường gặp là choáng do mất máu (băng huyết, sảy thai...) hoặc do nhiễm khuẩn (phá thai nhiễm khuẩn...).

2.1. Biểu hiện

- Mạch nhanh nhỏ (mạch thường nhanh > 110lần /phút), có khi không đều, mạch ngoại biên không bắt được.
- Huyết áp tụt < 90/60mmHg.
- Da xanh tái (quanh môi, mi mắt và lòng bàn tay).

- Vã mồ hôi.
- Tay chân lạnh do co mạch ngoại vi.
- Nhịp thở nhanh nông (nhịp thở thường trên 30 l/phút).
- Lơ mơ, vật vã hoặc hôn mê.
- Thiếu niệu hoặc vô niệu.
- Tuỳ từng nguyên nhân gây choáng mà có biểu hiện tình trạng choáng do nhiễm trùng nhiễm độc hay choáng do mất máu.

2.2. Thái độ xử trí

2.2.1 Xử trí ban đầu

Đứng trước một trường hợp choáng xử trí tích cực ban đầu là rất quan trọng nhằm cứu bệnh nhân qua cơn nguy kịch.

- Kêu gọi mọi người đến giúp đỡ, cùng cấp cứu bệnh nhân.
- Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn: Mạch huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ.
- Đảm bảo thông thoáng đường thở bằng cách cho bệnh nhân nằm tư thế đầu ngửa thấp (hoặc quay về một bên nếu như bệnh nhân nôn), ở tư thế này đường thở sẽ được thông thoáng, đồng thời tim và não sẽ nhận được nhiều máu hơn, hút đờm rãi nếu bệnh nhân tiết nhiều đờm rãi và cho bệnh nhân thở oxy qua mũi với tốc độ 6- 8l/phút. Tại tuyến xã nếu không có bình oxy có thể cho bệnh nhân thở oxy qua túi đựng oxy, tốt nhất nên cho oxy đi qua một bình chứa nước để đảm bảo đủ độ ẩm.

- Bù khối lượng tuần hoàn bằng truyền tĩnh mạch tốc độ nhanh 60-80 giọt/phút các dung dịch đẳng trương (Ringerlactat) hoặc dung dịch keo (Gelafudin), không nên dùng các dung dịch đường để bồi phụ lại khối lượng tuần hoàn, trong trường hợp nguy cấp cần lập nhiều đường truyền cùng một lúc. Tốc độ truyền có thể tới 1lít/15-20 phút, trong giờ đầu tiên phải truyền được 2 lít dịch. Cố gắng bồi phụ dịch với tốc độ nhanh nếu như choáng do chảy máu và khối lượng dịch bù vào gấp 2-3 lần khối lượng dịch đã mất. Trong trường hợp khó lấy tĩnh mạch (vì lúc này tất cả các mạch máu đều bị xẹp xuống) thì phải bộc lộ tĩnh mạch, tuyệt đối không cố gắng bù nước cho bệnh nhân bằng cách cho uống nước.

- Trong trường hợp mất máu (do băng huyết) cần phải truyền máu cho bệnh nhân. Việc quyết định truyền máu hay không chủ yếu dựa vào xét nghiệm máu bao gồm: số lượng hồng cầu < 2tr, Hemoglobin < 5 g/100ml, Hematocrite < 15%. Nên tiến hành thử máu tại giường bệnh.

- Kiểm tra thường xuyên các dấu hiệu sinh tồn 15 phút/ lần.
- Trong trường hợp băng huyết phải bằng mọi cách cầm máu ngay lập tức
- Xét nghiệm công thức máu, chức năng gan thận, tình trạng đông máu...
- Trong trường hợp choáng do nhiễm khuẩn cần cấy máu, cấy sản dịch tìm nguyên nhân gây bệnh sau đó dùng ngay kháng sinh phổ rộng và kết hợp kháng sinh, khi đã có kháng sinh đồ thì dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

2.2.2 Điều trị tiếp tục

Sau khi đã xử trí tích cực ban đầu trong những ngày sau bệnh nhân cần được theo dõi sát và điều trị tích cực, lúc này chủ yếu là điều trị nguyên nhân. Các bệnh nhân choáng do nhiễm khuẩn cần điều trị kháng sinh ngay ban đầu cho

đến khi bệnh nhân hết sốt lúc này mới tiến hành điều trị nguyên nhân cụ thể, ví dụ hút lại buồng tử cung trong trường hợp sót rau. Đối với các trường hợp choáng do mất máu thì cần bồi phụ lại khối lượng tuần hoàn hoặc truyền máu nếu như có chỉ định, tuy nhiên trong những trường hợp này nếu như đã qua khỏi giai đoạn cấp tính thì tiên lượng bệnh nhân sẽ tốt hơn.

Xác định và xử trí nguyên nhân gây choáng.

Sau khi đã điều trị ban đầu bệnh nhân đã ổn định thì tiến hành xác định nguyên nhân gây choáng.

- Choáng do mất máu

Xác định nguyên nhân chảy máu và xử trí cầm máu ngay lập tức: Có thể chảy máu do sảy thai, sảy thai trứng hoặc do chữa ngoài tử cung vỡ. Cũng có thể chảy máu trong những tháng cuối thời kỳ thai nghén hay trong chuyển dạ như rau tiền đạo, rau bong non, vỡ tử cung, sang chấn đường sinh dục sau đẻ hay đờ tử cung gây băng huyết. Trong các trường hợp này phải nhanh chóng hoặc bằng thuốc hoặc bằng thủ thuật hay mổ để cầm máu.

Truyền máu càng sớm càng tốt bù đắp lại khối lượng tuần hoàn đã mất.

- Choáng do nhiễm khuẩn

Choáng do nhiễm khuẩn thường do nội độc tố vi khuẩn Gram âm giải phóng ra.

Phải lấy máu hoặc bệnh phẩm cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

Dùng kháng sinh ngay, phổ rộng, kết hợp kháng sinh và nên dùng một kháng sinh diệt vi khuẩn kỵ khí.

2.2.3 Đánh giá lại

Sau khi đã điều trị tích cực trong vòng khoảng 30 phút cần đánh giá lại xem bệnh nhân có đáp ứng với điều trị không, các dấu hiệu cần đánh giá là:

- Mạch huyết áp có ổn định không (mạch dần chậm lại, huyết áp tăng lên).
- Tình trạng tri giác của bệnh nhân cải thiện lên (bệnh nhân tỉnh táo lại hoặc bớt lú lẫn).
- Lượng nước tiểu cải thiện (lượng nước tiểu > 30ml/phút).
- Nếu tình trạng bệnh nhân cải thiện thì tiếp tục điều trị duy trì, nâng huyết áp và cân bằng lượng nước vào và ra, đồng thời điều trị nguyên nhân gây choáng.
- Nếu tình trạng bệnh nhân không cải thiện thì phải tiếp tục điều trị tích cực, tiếp tục truyền dịch.
- Tiếp tục theo dõi truyền dịch.
- Làm các xét nghiệm cần thiết để tiên lượng và chẩn đoán nguyên nhân.
- Tuỳ theo nguyên nhân mà lúc đó sẽ tiến hành xử trí theo nguyên nhân, ví dụ choáng do nhiễm khuẩn hậu sản thì phải mổ để cắt tử cung. Choáng do chảy máu phải mổ để thắt động mạch tử cung, hạ vị hoặc cắt tử cung tuỳ từng hoàn cảnh cụ thể.

Bài tập tình huống 1: Chẩn đoán, xử trí nhanh trường hợp choáng do băng huyết sau đẻ.

Tình huống: Sản phụ A 37 tuổi được đưa đến bệnh viện trong tình trạng lơ mơ, ra máu âm đạo rất nhiều, thấm ướt hết quần, người nhà khai sản phụ đẻ thai lần thứ 4 tại nhà trước đó 2 giờ, rau đã bong ra ngoài nhưng sau đó chảy máu rất nhiều nên gia đình đã đưa đến bệnh viện ngay.

Đáp án

<p>1. Bạn phải làm gì khi tiếp nhận người bệnh?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nhanh chóng tập trung mọi người cùng giúp đỡ. - Đánh giá tình trạng choáng (mạch, nhiệt độ, HA, nhịp thở...), tinh thần, màu sắc da. - Thông báo cho bệnh nhân và người nhà các bước sẽ làm, giải thích tình trạng bệnh nhân. - Nếu bệnh nhân hôn mê thì phải đặt nằm nghiêng, đảm bảo thông thoáng đường thở.
<p>Khi khám cho bệnh nhân bạn thấy: Nhiệt độ 37 °C, mạch quay 120 lần/p, nhỏ, huyết áp tụt 80/50 mmHg, thở nhanh 35 l/p, da xanh, lạnh niêm mạc nhợt.</p>	
<p>2. Theo bạn chị A gặp phải những vấn đề gì</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chị A bị choáng.
<p>3. Bạn phải làm gì tiếp theo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chuẩn bị dụng cụ và dung dịch truyền, dịch mặn hoặc ringerlactat. Tốc độ truyền 1000ml/15-20 phút. - Lấy máu làm xét nghiệm (hemoglobin, đông máu). - Thở oxy tốc độ 5 lít/phút. - Thông đái, đo lượng nước tiểu. - Xác định sơ bộ nguyên nhân. - Giữ ấm. - Kê chân cao.
<p>Tiếp tục thăm khám thấy: Ra máu âm đạo rất nhiều, thấm ướt hết quần, và băng vệ sinh Tử cung co rất kém cao trên rốn, mật độ mềm</p>	
<p>4. Bạn làm gì tiếp theo? Tại sao</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tiếp tục hồi sức chống choáng bằng truyền dịch. - Xoa đáy tử cung cầm máu. - Cho các thuốc tăng co bóp tử cung. - Khi sản phụ ổn định hơn có thể phải KSTC để lấy hết rau, máu cục.
<p>Sau 15 phút sau khi xử trí tích cực đánh giá lại thấy tử cung co hồi chắc hơn, không ra máu âm đạo nữa, tuy nhiên mạch nhanh 110 l/p, huyết áp 90/60 mmHg, thở nhanh 30 l/p.</p>	
<p>5. Bạn sẽ làm gì tiếp theo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tiếp tục cho truyền dịch. - Thở oxy 5l/phút. - Duy trì dịch và thuốc co hồi tử cung, theo dõi co hồi tử cung.

	<ul style="list-style-type: none"> - Nếu có thiếu máu cần xem xét truyền máu. - Theo dõi lượng nước tiểu.
<p>Toàn trạng sản phụ A hồi phục dần, tỉnh táo hơn, kết quả xét nghiệm Hemoglobin là 70g/l, số lượng nước tiểu 1000 ml/24h.</p>	
6. Bạn sẽ làm gì tiếp theo?	<ul style="list-style-type: none"> - Tiếp tục cho truyền máu. - Dùng kháng sinh. - Cho thuốc co hồi tử cung.

Bài tập tình huống 2: Chẩn đoán và xử trí choáng do nhiễm khuẩn

Tình huống: Sản phụ B 26 tuổi sau đẻ 5 ngày tại trạm xá xã, sau đẻ về nhà đi lại rất ít, cũng không thay băng vệ sinh. Gia đình bệnh nhân cho biết bị sốt cách đây 2 ngày nhưng gia đình chỉ cho chườm mát và sau 1 ngày thấy người mệt nhiều sau đó lơ mơ dần và gọi hỏi không biết nên được đưa đến bệnh viện.

Đáp án

1. Bạn làm gì khi tiếp cận tình huống này?	<ul style="list-style-type: none"> - Nhanh chóng tập trung mọi người cùng giúp đỡ. - Đánh giá tình trạng choáng (mạch, nhiệt độ, HA, thở...), tinh thần, màu sắc da. - Thông báo cho bệnh nhân và người nhà các bước sẽ làm, giải thích tình trạng bệnh nhân. - Đặt nằm nghiêng, đảm bảo thông thoáng đường thở.
<p>Khi khám cho bệnh nhân bạn thấy: Nhiệt độ 40°C, mạch nhanh 130 lần/phút, huyết áp 80/50 mmHg, nhịp thở 34 l/p, bệnh nhân trong tình trạng hôn mê</p>	
2. Theo bạn sản phụ B gặp rắc rối nào và tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Sản phụ B bị choáng nhiễm khuẩn
3. Bạn sẽ làm gì?	<ul style="list-style-type: none"> - Chuẩn bị dụng cụ và dung dịch truyền, dịch mặn hoặc Ringer lactat. - Lấy máu làm xét nghiệm (Hemoglobin, đông máu). - Thở oxy. - Thông đái, đo lượng nước tiểu. - Xác định sơ bộ nguyên nhân. - Giữ ấm tuy nhiên không được quá nóng. - Kê chân cao.
<p>Tiếp tục thăm khám cho bệnh nhân B bạn thấy tử cung to, mềm ra máu âm đạo rất hôi, hỏi chồng bệnh nhân thì được biết khi đẻ chị cán bộ cho tay vào tử cung để lấy rau sót nhưng về nhà chị không uống kháng sinh và cũng không vệ sinh gì.</p>	

4. Nguyên nhân chính nào gây choáng? Tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Nguyên nhân của choáng do nhiễm khuẩn hậu sản nặng, do không vệ sinh tốt trong thời kỳ hậu sản.
5. Bạn xử trí tình huống này như thế nào?	<ul style="list-style-type: none"> - Thông báo tình hình cho chồng bệnh nhân - Tiêm hydrocortisol 1000mg tĩnh mạch - Dùng kháng sinh, kết hợp β lactam, Aminoglycosid, Metronidazol, dùng đường tĩnh mạch. - Cấy sản dịch, cấy máu trước khi dùng kháng sinh. - Tiếp tục truyền dịch nâng huyết áp. - Theo dõi nhiệt độ, toàn trạng (mạch, HA), số lượng nước tiểu.
Sau 6 giờ điều trị, nhiệt độ 38°C, mạch 100 l/phút, huyết áp 100/60 mmHg, thở 28 l/phút, bệnh nhân tỉnh táo hơn	
6. Bạn xử trí tiếp tục như thế nào?	<ul style="list-style-type: none"> - Tiếp tục theo dõi lượng nước tiểu. - Tiếp tục truyền kháng sinh. - Thuốc co hồi tử cung.

HƯỚNG DẪN HỌC TẬP XỬ TRÍ CHOÁNG

Hướng dẫn học tập xử trí choáng (Nhiều bước dưới đây cần phải thực hiện thành thạo)					
Các bước thực hiện			Đánh giá		
Xử trí chung					
1. Nhanh chóng huy động, yêu cầu các nhân viên khác giúp đỡ.					
2. Nhẹ nhàng thăm hỏi bệnh nhân.					
3. Nếu bệnh nhân vẫn tỉnh táo và có thể nói chuyện thì thông báo cho bệnh nhân và người nhà các bước sẽ tiến hành tiếp, lắng nghe ý kiến, trả lời câu hỏi của bệnh nhân.					
4. Thường xuyên động viên an ủi bệnh nhân.					
Xử trí ngay					
1. Kiểm tra những dấu hiệu sống: <ul style="list-style-type: none"> - Nhiệt độ - Mạch - Huyết áp - Nhịp thở 					
2. Đặt bệnh nhân nằm nghiêng, thông thoáng đường thở, nếu bệnh nhân khó thở cần hồi sức.					
3. Cho bệnh nhân thở oxy qua mặt nạ hoặc qua xông tốc độ 6 l/p.					
4. Đắp chăn cho bệnh nhân, giữ ấm.					

5. Tư thế nằm cao chân đầu thấp nhằm cung cấp máu cho não.					
Lấy máu làm xét nghiệm và thay dịch truyền					
1. Rửa tay bằng xà phòng, lau khô hoặc sấy.					
2. Chuẩn bị dung dịch truyền : muối đẳng trương, Ringer lactate.					
3. Cắm dây truyền và cho dịch chảy vào ống.					
4. Chọn điểm sẽ lấy tĩnh mạch, nếu khó khăn thì bộc lộ tĩnh mạch.					
5. Quấn garo trên chỗ sẽ lấy tĩnh mạch.					
6. Đeo găng phẫu thuật, tiệt trùng.					
7. Sát khuẩn vùng da sẽ lấy tĩnh mạch.					
8. Sử dụng kim truyền hoặc catheter.					
9. Lấy mẫu máu làm xét nghiệm.					
10. Tháo bơm tiêm ra khỏi kim.					
11. Nối dây truyền với kim.					
12. Dùng băng keo cố định kim truyền.					
13. Điều chỉnh tốc độ truyền cho phù hợp.					
14. Cho mẫu máu vào ống nghiệm để làm xét nghiệm.					
Xét nghiệm đông máu					
15. Nhỏ 2 ml máu vào ống nghiệm thủy tinh để làm xét nghiệm đông máu tại chỗ. - Dùng bàn tay giữ chặt ống nghiệm để giữ nhiệt. - Sau khoảng 4 phút nghiêng ống nghiệm xem máu đã đông chưa. - Cứ sau khoảng 1 phút thì nghiêng ống cho đến khi máu đông hoàn toàn có dốc ngược ống mà máu không chảy ra. - Nếu máu không đông hoặc không vón cục sau 7 phút thì chứng tỏ có rối loạn đông máu.					
16. Vứt bỏ chất thải vào thùng rác trước khi tháo găng tay.					
17. Thay găng và tiến hành các bước vệ sinh, tiệt trùng khác.					
Đặt ống xông bàng quang					
1. Đi găng tiệt trùng.					
2. Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài.					
3. Đưa ống thông qua niệu đạo vào bàng quang sau đó nối ống xông với túi nước tiểu, đánh giá màu sắc số lượng.					

4. Cố định ống thông bàng quang.					
5. Thay găng và rửa tay.					
Đánh giá lại và xử trí tiếp theo					
6. Sau 30 phút kiểm tra lại <ul style="list-style-type: none"> - Mạch trở lại bình thường chưa. - Huyết áp tăng lên. - Tinh thần ổn định hơn. - Số lượng nước tiểu. 					
7. Nếu bệnh nhân hồi phục trở lại <ul style="list-style-type: none"> - Điều chỉnh lại lượng dịch truyền. - Tiếp tục theo dõi và xử trí nguyên nhân gây choáng. 					
8. Nếu tình trạng bệnh nhân không có dấu hiệu hồi phục tốt lên <ul style="list-style-type: none"> - Điều chỉnh tốc độ và lượng dịch truyền. - Tiếp tục cho thở oxy. - Theo dõi sát các dấu hiệu sống, nước tiểu. - Làm xét nghiệm bổ sung. 					
9. Thực hiện một số các xét nghiệm khác, tìm nguyên nhân để xử trí.					

HƯỚNG DẪN HỌC KỸ THUẬT BỘC LỘ TĨNH MẠCH

Hướng dẫn học kỹ thuật bộc lộ tĩnh mạch					
Các bước	Trường hợp				
Chuẩn bị					
Chuẩn bị phương tiện cần thiết để bộc lộ tĩnh mạch.					
Giải thích với sản phụ (và gia đình) những việc sắp làm, lắng nghe và trả lời các câu hỏi và các mối quan tâm của sản phụ cũng như của gia đình.					
Liên tục hỗ trợ sản phụ về mặt tình cảm và làm an lòng sản phụ.					
Đặt thông tiểu nếu cần.					
Đeo khẩu trang, mang găng nếu cần.					
Kỹ Thuật					
- Xác định vị trí tĩnh mạch hiển trong.					
- Gây tê tại chỗ bằng dung dịch lidocain 0,5%.					
- Rạch 2 cm ngang vuông góc với tĩnh mạch.					
- Dùng kẹp không răng tách tổ chức					

dưới da để bộc lộ tĩnh mạch.					
- Luồn hai sợi chỉ vào dưới tĩnh mạch (để cố định catheter), thắt sợi chỉ về phía ngón chân.					
- Rạch một đường nhỏ dọc tĩnh mạch.					
- Đưa catheter vào tĩnh mạch.					
- Buộc sợi chỉ còn lại để cố định catheter.					
- Khâu vết rạch da.					
- Khâu cố định catheter.					
- Kiểm tra tốc độ truyền.					
Sau thủ thuật					
Trước khi tháo găng, bỏ rác thải vào một hộp hoặc túi đựng rác thải.					
Khử nhiễm dụng cụ trong vòng 10 p bằng dung dịch chlorin 0,5%.					
Ngâm cả hai tay vào dung dịch chlorin 0,5%. Tháo găng bằng cách lột từ trong ra ngoài. Nếu không dùng lại găng thì bỏ vào túi nhựa đựng rác thải. Nếu dùng lại găng thì ngâm trong dung dịch khử nhiễm.					
Rửa tay bằng bàn chải với dung dịch sát khuẩn hoặc dung dịch xà phòng, lau khô tay bằng khăn sạch hoặc để khô tự nhiên.					
Ghi tiến trình thủ thuật vào bệnh án.					

Tài liệu tham khảo

1. WHO. Xử trí các tai biến trong khi mang thai và sinh đẻ.
2. Bộ Y tế. Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.

BÀI 5

CHẢY MÁU TRONG THỜI KỲ ĐẦU THAI NGHÉN

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này, học viên phải:

1. Trình bày được các dấu hiệu, triệu chứng chảy máu âm đạo trong thời kỳ đầu của quá trình thai nghén.
2. Chẩn đoán xác định được các nguyên nhân gây chảy máu trong thời kỳ đầu của quá trình thai nghén.
3. Trình bày được cách chăm sóc và xử trí đối với từng nguyên nhân.

Phương tiện học tập

- Bảng, bút.
- Giấy trong, giấy Ao, giấy màu các loại.
- Máy chiếu, Projector.

Kế hoạch bài giảng: Thời gian 4 tiết

Nội dung chủ yếu	Thời gian (Phút)	Phương pháp, phương tiện dạy/ học	Hoạt động học viên	Phản hồi nhanh
Mục tiêu 1: Trình bày dấu hiệu, triệu chứng chảy máu âm đạo				
Mở đầu.	5	Động não ,dán giấy.	Học viên viết lên giấy màu 01 nguyên nhân chảy máu.	Quan sát học viên. Nhận xét .
Mục tiêu 2: Chẩn đoán, xác định nguyên nhân				
Chảy máu trong nửa đầu thai kỳ.	25	Đọc tài liệu. Giấy màu các loại	Mỗi học viên đọc tài liệu và phân tích.	
Mục tiêu 3: xác định cách xử trí đối với từng nguyên nhân				
Tình huống số 1	50	Bài tập tình huống số 1. Chia nhóm, thảo luận. Giảng viên cung cấp bài tập tình huống A0, bút viết, bìa màu	Thảo luận nhóm . Báo cáo	Giảng viên tóm tắt và kết luận. Hỏi -đáp

Tình huống số 2	50	Bài tập tình huống số 2. Chia nhóm thảo luận. Báo cáo, tóm tắt ý chính. Giấy A0. Bút viết bảng. Bìa màu.	GV cung cấp tình huống. Chia 3 nhóm thảo luận. Đại diện nhóm báo cáo. GV hỏi, học viên trả lời	Giảng viên tóm tắt và kết luận.
Tình huống số 3	45	Bài tập tình huống 3. Thảo luận nhóm. Đại diện nhóm báo cáo. GV cung cấp tình huống thứ 3.	Chia 3 nhóm thảo luận. Đại diện nhóm báo cáo.	Giảng viên tóm tắt và kết luận.
- Tự lượng giá	5	Giảng viên ra câu hỏi.	Học viên trả lời.	

Giới thiệu bài học

Trong nửa đầu của thời kỳ thai nghén có 3 nguyên nhân gây chảy máu :

- Doạ sẩy thai - Sẩy thai.
- Chửa ngoài tử cung.
- Chửa trứng.

Cán bộ y tế cần phải phát hiện được sớm các nguyên nhân để xử trí ở tuyến cơ sở hoặc chuyển tuyến kịp thời.

Nội dung

1. DOẠ SẢY THAI - SẢY THAI

Định nghĩa

Sẩy thai là trường hợp thai và rau bị tống ra khỏi buồng tử cung trước 22 tuần (kể từ ngày đầu của kỳ kinh cuối).

Sẩy thai bao gồm

- Doạ sẩy thai.
- Đang sẩy thai.
- Sẩy thai hoàn toàn.
- Sẩy thai không hoàn toàn.
- Sẩy thai nhiễm khuẩn.

1.1. Doạ sẩy thai

1.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Tắt kinh.
- Có triệu chứng nghén.
- Ra máu âm đạo số lượng ít.
- Đau bụng âm ỉ hoặc từng cơn.

1.1.2. Triệu chứng thực thể

- Cổ tử cung còn dài, đóng kín.
- Kích thước thân tử cung to tương ứng với tuổi thai.

1.1.3. Xét nghiệm

- Xét nghiệm hCG bằng que thử nhanh dương tính.
- Siêu âm thấy hình ảnh túi ối tròn đều, âm vang thai và tim thai ở trong buồng tử cung.

1.1.4. Xử trí

- *Tuyến xã*
 - + Nằm nghỉ tuyệt đối, ăn nhẹ, chống táo bón.
 - + Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình về những tiến triển có thể xảy ra.
 - + Papaverin 40 mg x 01 ống x 2 lần (sáng, chiều) hoặc uống 02viên x 2lần.
 - + Ba ngày không đỡ phải chuyển lên tuyến trên.
 - + Nếu đau bụng và ra máu tăng phải chuyển tuyến trên ngay không được giữ lại ở tuyến cơ sở, trước khi chuyển cho Papaverin 40 mg x 01 ống tiêm bắp.

- *Tuyến huyện*

- + Nếu muốn giữ thai
 - Thuốc giảm co Papaverin 40 mg x 02 ống tiêm bắp, chia làm 2 lần.

Có thể dùng Sparmaverin hoặc Spasfon.

- Nằm nghỉ tuyệt đối, ăn nhẹ, chống táo bón.
- + Nếu không muốn giữ thai thì chấm dứt thai nghén bằng hút hay nạo.

1.2. Đang sảy thai

1.2.1. Triệu chứng

- Đau bụng nhiều vùng hạ vị, đau từng cơn.
- Máu ra ngày càng nhiều, có khi choáng.
- Thăm âm đạo: cổ tử cung đã xoá, mở, có thể thấy rau, thai hoặc cổ tử cung hình con quay vì đoạn dưới phình to do khối thai đã xuống đoạn dưới.

1.2.2. Xử trí

- *Tuyến xã*: nếu thai và rau đã thập thò ở cổ tử cung thì dùng tay hay kẹp hình tim lấy thai ra rồi chuyển tuyến trên, nếu có choáng truyền dịch trong khi chuyển tuyến hoặc chờ tuyến trên xuống xử trí.
- *Tuyến huyện*
 - + Nong cổ tử cung nếu cần rồi gấp bọc thai ra, hút hay nạo.
 - + Nếu có choáng: truyền dung dịch mặn đẳng trương 0,9%.
 - + Cho oxytocin 5 đơn vị x 1 ống tiêm bắp sau nạo, có thể cho oxytocin 2 lần

nếu còn chảy máu.

- + Cho kháng sinh : Amoxilin 500mg x 2 viên x 2 lần/ ngày x 5 ngày.

1.3. Sẩy thai hoàn toàn

1.3.1. Triệu chứng

- Thường gặp khi sẩy thai trong 6 tuần đầu.
- Sau khi đau bụng, ra máu, thai ra cả bọc, sau đó ra máu ít dần.
- Khám thấy cổ tử cung đóng, tử cung co hồi bình thường.

1.3.2. Xử trí

- *Tuyến xã*
- + Cho uống kháng sinh.
- + Tư vấn cho người bệnh về nghỉ ngơi, ăn uống, theo dõi nếu có các triệu chứng bất thường như: đau bụng, ra máu, sốt tái khám để chuyển tuyến trên.
- *Tuyến huyện*: Siêu âm buồng tử cung, nếu đã sạch không cần hút hay nạo lại.

1.4. Sẩy thai không hoàn toàn : sót rau.

1.4.1. Triệu chứng:

- Sau khi thai sẩy, máu vẫn ra.
- Còn đau bụng.
- Cổ tử cung mở và tử cung còn to.

1.4.2. Xử trí

- *Tuyến xã*
- + Tư vấn.
- + Cho kháng sinh và chuyển tuyến trên.
- *Tuyến huyện*
- + Cho kháng sinh.
- + Nếu siêu âm thấy buồng tử cung còn nhiều âm vang bất thường thì cần tiến hành hút và nạo lại hoặc có thể cho Misoprostol (cứ 3-4 giờ cho uống 400mcg. Tối đa chỉ cho 3 lần). Ngày hôm sau siêu âm kiểm tra lại.
- + Nếu không có siêu âm, tiến hành hút hay nạo sạch buồng tử cung đối với tất cả các trường hợp. Trước khi hút hay nạo cho oxytocin 5 đơn vị x 1 ống tiêm bắp.

1.5. Sẩy thai nhiễm khuẩn

1.5.1. Triệu chứng

- Thường sau một phá thai không an toàn (không bảo đảm vô khuẩn) hoặc sẩy thai sót rau.
- Cổ tử cung mở.
- Tử cung mềm, ấn đau.
- Ra máu kéo dài và hôi, có khi có mủ.
- Sốt cao, mệt mỏi khó chịu, tim đập nhanh.

1.5.2. Xử trí

- *Tuyến xã*
- + Tư vấn.
- + Phải cho kháng sinh Gentamycin 80 mg x 01 ống (tiêm bắp) hoặc Amoxilin 500 mg x 02 viên (uống) và chuyển tuyến trên ngay.
- *Tuyến huyện*
- + Cho kháng sinh liều cao, phối hợp.
- + Nếu máu chảy nhiều, tiến hành hồi sức và hút hoặc nạo ngay.
- + Nếu máu ra ít, dùng kháng sinh 4 — 6 giờ sau đó hút hay nạo rau còn sót lại trong tử cung. Cho oxytocin 5 đơn vị x 01 ống tiêm bắp trước khi nạo.
- + Trong trường hợp chảy máu và nhiễm khuẩn nặng phải tiến hành cắt tử cung. Tư vấn cho người bệnh và gia đình những biến chứng và tai biến nguy hiểm có thể xảy ra cho người bệnh. Vì vậy, phải tuân thủ những chỉ định điều trị của y, bác sĩ.

2. CHỮA NGOÀI TỬ CUNG (CNTC)

2.1. Định nghĩa và phân loại

- CNTC là trường hợp noãn sau khi đã thụ tinh không làm tổ và phát triển trong buồng tử cung mà phát triển ở bên ngoài buồng tử cung.
- CNTC có thể gặp ở :
 - + Vòi trứng: chứa ở vòi tử cung là loại hay gặp nhất. Tùy theo vị trí của phôi làm tổ trên đoạn nào của vòi tử cung, người ta chia ra: CNTC ở kẽ, CNTC ở eo, CNTC ở bóng, CNTC ở loa.
 - + Buồng trứng: chứa ở buồng trứng ít gặp hơn.
 - + Trong ổ bụng: chứa trong ổ bụng cũng rất ít gặp.
 - + Ống cổ tử cung: chứa trong ống cổ tử cung cũng là loại rất hiếm gặp, nhưng rất nguy hiểm vì chảy máu dữ dội.
- CNTC dù là chứa ở vị trí nào cũng là một tai biến về thai nghén có thể gây tử vong cho người bệnh. Tại vòi tử cung, CNTC tại đây sẽ làm vòi tử cung giãn căng ra và bị vỡ gây chảy máu trong ổ bụng rất nặng.

Vì vậy: **Chửa ngoài tử cung là một cấp cứu cần được phát hiện sớm và gửi đi điều trị sớm ở cơ sở có khả năng phẫu thuật.**

2.2. Hình thái CNTC

Về hình thái của CNTC có thể gặp thể chửa vỡ, thể vỡ gây lỵ máu trong ổ bụng, thể huyết tụ thành nang, thể giả sẩy thai, thể chứa trong ổ bụng.

Ba hình thái hay gặp của chửa ngoài tử cung là:

2.2.1. Chửa ngoài tử cung chưa vỡ

- Triệu chứng cơ năng
- + Có chậm kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt, có thể có triệu chứng nghén.
- + Đau bụng âm ỉ ở vùng bụng dưới và đau về bên vòi tử cung có trứng làm tổ, thỉnh thoảng có cơn đau nhói.
- + Rong huyết: máu ra ít một ở âm đạo với đặc điểm máu đen, lợn cợn (như bã cà phê) và ra trong nhiều ngày.
- Triệu chứng thực thể

Thân tử cung hơi to hơn bình thường, cạnh tử cung có một khối nề, ranh giới không rõ, ấn đau. Khi khám ngón tay chạm vào cổ tử cung thì đau tăng lên.

- Cận lâm sàng

Ở tuyến huyện xét nghiệm hCG bằng que thử nhanh cho kết quả dương tính. Nếu siêu âm sẽ không thấy hình ảnh túi ối hoặc âm vang thai nhi trong buồng tử cung; có thể thấy những âm vang bất thường ở một bên vòi tử cung.

- Xử trí

- + Tuyến xã: Khi nghi ngờ CNTC phải tư vấn và chuyển ngay lên tuyến trên, nơi có khả năng phẫu thuật.

- + Tuyến huyện: Chẩn đoán xác định và mổ cắt bỏ khối thai CNTC.

2.2.2. Chữa ngoài tử cung vỡ (Thể lưt máu ổ bụng)

- Nếu CNTC chưa vỡ không được phát hiện và xử trí thì sẽ đến giai đoạn vòi tử cung bị vỡ. Bệnh cảnh sẽ diễn ra đột ngột và rất nguy kịch.

- + Có cơn đau bụng đột ngột, dữ dội, có thể làm cho người bệnh bị ngất.

- + Tình trạng bị choáng do mất máu: Xanh xao, nhợt nhạt, vã mồ hôi, lạnh tay chân, mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ.

- + Thăm khám: Bụng chướng nhẹ, nắn đau nhiều hơn một bên hố chậu (nơi có khối CNTC bị vỡ). Thành bụng có phản ứng và cảm ứng phúc mạc, gõ đục vùng thấp.

- + Khám âm đạo thấy cổ tử cung đóng có ít huyết theo tay, các túi cùng đầy đặc biệt túi cùng sau phòng và ấn ngón tay vào người bệnh rất đau (thét lên), tử cung di động như bơi trong nước.

- Thái độ xử trí

- + Tuyến xã: Phải hồi sức chống choáng và phải chuyển đi bằng phương tiện nhanh nhất đến nơi có khả năng phẫu thuật gần nhất hoặc mời kíp phẫu thuật và hồi sức tuyến trên xuống xử trí. Khi di chuyển cần có cán bộ y tế đi hộ tống và có thuốc hồi sức đem theo.

- + Tuyến huyện: Phải hồi sức chống choáng và mổ cắt khối thai cầm máu càng sớm càng tốt. Có thể truyền máu hoàn hồi nếu có đủ điều kiện.

Bảng 6. Bảng phân biệt CNTC chưa vỡ và vỡ

Khi chưa vỡ	Khi bị vỡ
<ul style="list-style-type: none"> - Chậm kinh, rối loạn kinh nguyệt. - Tình trạng nghén. - Đau bụng âm ỉ một bên hố chậu, thỉnh thoảng đau nhói. - Rong huyết: âm đạo ra máu ít một, đen, nhiều ngày. - Cổ tử cung đóng ; chạm vào túi cùng sau âm đạo đau tăng lên, hoặc một bên túi cùng đau. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trước đó có các triệu chứng của CNTC chưa vỡ, đột nhiên xuất hiện: - Cơn đau dữ dội. - Toàn trạng nguy kịch do mất máu. - Bụng có phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc. Cổ TC đóng, túi cùng sau đầy, ấn vào rất đau.

2.2.3. Chữa ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang

- Khai thác tiền sử bệnh nhận có triệu chứng của chữa ngoài tử cung.

- + Người bệnh xanh xao, thiếu máu và luôn đau bụng âm ỉ ở hạ vị, thường có

dấu hiệu rối loạn tiểu tiện, đái khó, đái rắt do khối máu tụ chèn ép, có thể có rối loạn đại tiện: táo bón hoặc hội chứng giả lỵ do khối huyết tụ ở túi cùng sau kích thích và chèn vào trực tràng, có khi xuất hiện hội chứng bán tắc ruột do quai ruột bị dính gây nên.

+ Thăm âm đạo kết hợp sờ nắn bụng thấy có một khối u ở hạ vị, không nắn rõ ranh giới tử cung, ấn vào khối đó bệnh nhân đau.

- Xử trí

+ *Tuyến xã*: nếu phát hiện được hoặc nghi ngờ cần phải tư vấn và gửi đi bệnh viện sớm vì có thể có hai biến chứng xảy ra: vỡ gây chảy máu lại trong ổ bụng và nhiễm khuẩn.

+ *Tuyến huyện*: chẩn đoán xác định và mổ có chuẩn bị để lấy khối máu tụ, cắt vòi tử cung vỡ, khâu ép cầm máu và dẫn lưu khí thật cần thiết. Nếu thấy khó khăn thì chuyển tuyến tỉnh hoặc mời tuyến tỉnh đến xử trí. Cho kháng sinh sau mổ.

2.3. Phòng bệnh

Để hạn chế tỷ lệ chữa ngoài tử cung cần phải tư vấn

- Thực hiện tốt vệ sinh hàng ngày, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh khi giao hợp, khi sẩy, đẻ ... để tránh viêm nhiễm.

- Khám phụ khoa định kỳ hoặc có triệu chứng bất thường phải đi khám phụ khoa ngay để phát hiện sớm các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục và phải điều trị tích cực.

- Khi có thai cần phải đi khám sớm ngay những ngày đầu thấy chậm kinh để có thể kịp thời phát hiện các tai biến sớm của thai nghén, trong đó có chữa ngoài tử cung.

- Lựa chọn biện pháp tránh thai thích hợp để hạn chế tỷ lệ nạo hút thai.

- Dùng kháng sinh đủ liều sau nạo sẩy, phá thai.

3. CHỮA TRỨNG

3.1. Định nghĩa

Chửa trứng là bệnh của rau thai trong đó gai rau thoái hóa thành các túi mọng nước. Chửa trứng bao gồm các triệu chứng sau:

- Triệu chứng cơ năng: người có thai bị chửa trứng có 4 triệu chứng cơ năng thường gặp

+ Mất kinh như những trường hợp thai nghén khác.

+ Tình trạng nghén nặng hơn bình thường: nôn mửa nhiều, mệt mỏi, người xanh xao, gầy sút, có khi xuất hiện đầy đủ các triệu chứng của tiền sản giật như cao huyết áp, phù, protein niệu.

+ Ra máu âm đạo ít một, máu đen, dai dẳng nhiều ngày, ban đêm máu thường ra nhiều hơn.

+ Đau bụng (nếu bắt đầu hiện tượng sẩy trứng).

- Triệu chứng thực thể: 4 triệu chứng thực thể thường gặp :

+ Tử cung to hơn tuổi thai (thai 2-3 tháng nhưng tử cung đã to bằng thai 5-6 tháng, trừ chửa trứng thoái triển).

+ Thăm khám ngoài và khám qua âm đạo đều thấy tử cung mềm.

+ Nắn qua thành bụng không thấy các phần thai nhi (dù tử cung to).

- + Nghe tim thai không thấy.
- Xét nghiệm :
- + Thử hCG trong nước tiểu tăng rất cao, giúp chẩn đoán xác định một cách chắc chắn.
- + Siêu âm có hình ảnh tuyết rơi là hình ảnh điển hình của chửa trứng.

3.3. Xử trí

- *Tuyến xã*: tư vấn và chuyển ngay lên tuyến trên, không được giữ lại theo dõi ở tuyến cơ sở vì có thể gây sảy trứng băng huyết, nguy hiểm cho người bệnh.
- *Tuyến huyện*
 - + Xác định chẩn đoán, chuyển tuyến tỉnh ngay để được xử trí sớm vì biến chứng của chửa trứng ngoài tình trạng băng huyết nặng khi sảy trứng, gây choáng có thể tử vong, còn có thể biến thành ung thư rau.
 - + Chỉ nạo hút trứng khi đang sảy và sau đó chuyển người bệnh và bệnh phẩm lên tuyến tỉnh.
 - + Cần phải theo dõi, nhắc nhở người bệnh đi thăm khám đầy đủ, đúng định kỳ ở tuyến trên và không nên có thai trong vòng 2 năm.

4. KẾT LUẬN

Trong nửa đầu của thời kỳ thai nghén chảy máu là dấu hiệu nguy cơ cao có thể dẫn đến các tai biến nghiêm trọng và có thể gây tử vong cho bà mẹ. Vì vậy hầu hết các trường hợp chảy máu phải được phát hiện sớm và chuyển lên tuyến trên để xử trí kịp thời.

Bài tập tình huống

1. Tình huống số 1

Cô A, 22 tuổi, 1 con, không thấy kinh nguyệt 3 tháng, bị ra máu đỏ từ hôm qua. Bắt đầu ít và tăng nhiều vào hôm nay, máu loãng lẫn máu cục kèm theo đau bụng dưới từng cơn, mệt mỏi.

Anh chị sẽ làm gì trong bốn bước cơ bản sau đây:

Bước 1: Đánh giá ban đầu.

<p>Câu hỏi 1: Bạn làm những gì để đánh giá ban đầu tình trạng sức khỏe của cô A?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chào hỏi thân thiện với cô A và những người đi cùng cô. - Đánh giá nhanh nếu cô A bị choáng cần hồi sức/cấp cứu: <ul style="list-style-type: none"> + Mạch nhanh trên 90 lần/ph. + Huyết áp tâm thu giảm < 90mmHg. + Nhiệt độ 37°C. + Ra mồ hôi, da xanh. + Thở nhanh hoặc không tỉnh táo. - Thu thập thêm thông tin về tiền sử: <ul style="list-style-type: none"> + Có sảy ra thai không? + Tần suất, độ dài kỳ kinh. + Biện pháp tránh thai hiện đang sử dụng. + Các triệu chứng sản khoa khác (nếu có).
---	---

Câu hỏi 2: Nguyên nhân gây chảy máu cần phải loại trừ gồm những nguyên nhân nào?	<ul style="list-style-type: none"> - Sảy thai (đọa sảy, đang sảy, sảy thai hoàn toàn, sảy thai không hoàn toàn, sảy thai nhiễm khuẩn). - Thai ngoài tử cung. - Chửa trứng.
---	---

Bước 2: Chẩn đoán xác định nguyên nhân gây chảy máu.

- Hỏi tiền sử và bệnh sử: Cô A có kinh nguyệt đều, chu kỳ 30 ngày, ra kinh 5 ngày, đã có một con 2 tuổi và không sử dụng biện pháp tránh thai. Cô A thấy buồn nôn từ 2 tháng trước và không thấy dấu hiệu nghén khác. Cô thấy ra máu và cho biết có ra một ít tổ chức mềm, đổ vào sáng nay.

- Khám thực thể
 - + Cô A hoàn toàn tỉnh táo và da không xanh. Mạch 100 lần/phút, HA 110/70 mmHg, nhịp thở 25 l/ph, nhiệt độ 37°C.
 - + Khám bụng: không đau, không có khối u, tử cung không sờ thấy.
 - + Khám âm đạo: thấy có chảy máu nhiều, có máu cục, cổ tử cung mở 2cm, thấy mô rau thai thập thò ở lỗ ngoài cổ tử cung, cổ tử cung và phần phụ không đau. Tử cung to bằng thai 8 tuần.

Câu hỏi 3: Theo kết quả trên chẩn đoán là gì?	<ul style="list-style-type: none"> - Triệu chứng và dấu hiệu của cô A là phù hợp với chẩn đoán sảy thai không hoàn toàn (tắt kinh, ra máu nhiều, đau bụng từng cơn, cổ tử cung mở, có tổ chức thập thò ở cổ tử cung, tử cung nhỏ hơn tuổi thai).
--	--

Bước 3: Chăm sóc và xử trí

Câu hỏi 4: Dựa theo chẩn đoán trên kế hoạch chăm sóc và xử trí cho cô A là như thế nào ?	<ul style="list-style-type: none"> - Hỗ trợ tâm lý, động viên và giải thích cho cô A. - Cần làm sạch và hút sạch buồng tử cung ngay. - Tiếp tục theo dõi các dấu hiệu sinh tồn khi làm thủ thuật và cho đến 2 giờ sau thủ thuật.
---	---

Bước 4: Đánh giá kết quả chăm sóc và xử trí

3 giờ sau thủ thuật, cô A phục hồi tốt, mạch 80l/ph, HA 120/70 mmHg, nhịp thở 18 l/ph, nhiệt độ 37°C, ra máu rất ít. Cô sẵn sàng để ra viện.

Câu hỏi 5: Theo kết quả trên, kế hoạch chăm sóc tiếp theo cho cô A là gì? Tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Tình trạng ổn định cho ra viện. - Cần trở lại khám ngay nếu có: đau bụng, ra máu kéo dài, ra máu nhiều, ngất, sốt rét run hoặc lạnh. - Động viên cô A về khả năng có thai lần sau và được khuyến nên hoãn có thai cho đến khi hồi phục.
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Tư vấn về các biện pháp tránh thai phù hợp. - Xác định sử dụng các dịch vụ CSSKSS khác mà cô A có thể có nhu cầu (khám và điều trị viêm nhiễm đường sinh dục, tiêm phòng).
--	---

Câu hỏi lượng giá

1. Hãy kể 3 nguyên nhân chảy máu trong nửa đầu của thai kỳ
 - A.....
 - B.....
 - C.....
2. Hãy kể 3 triệu chứng của sảy thai sót rau
 - A.....
 - B.....
 - C.....
3. Hãy kể 5 triệu chứng chính của cô A
 - A.....
 - B.....
 - C.....
 - D.....
 - E.....
4. Chẩn đoán xác định bệnh của cô A là gì?
5. Trình bày cách xử trí cho cô A ở tuyến xã
 - A.....
 - B.....
 - C.....
 - D.....

Đáp án

Câu 1.

- A. Doạ sảy thai — Sảy thai.
- B. Chửa ngoài tử cung
- C. Chửa trứng

Câu 2.

- A. Sau sảy còn ra máu kéo dài
- B. Chửa ngoài tử cung.
- C. Cổ tử cung mở và tử cung còn to.

Câu 3.

- A. Sảy thai sót rau.
- B. Ra máu đỏ tãng.
- C. Đau bụng từng cơn.
- D. Ra một tổ chức mềm, đỏ.
- E. Cổ tử cung mở và rau thai thập thò.

Câu 4.

- Sảy thai sót rau.

- Câu 5. A. Tư vấn.
 B. cho kháng sinh.
 C. Có thể lấy tổ chức rau thai thò bằng 2 ngón tay hoặc kẹp hình tim.
 D. Chuyển tuyến trên.

2. Tình huống số 2

Chị B 30 tuổi, có thai lần thứ 4, mất kinh 3 tháng, ra máu từ 4 ngày nay. Chị không muốn giữ thai này. Chị đã được bà lang vườn cho đặt thuốc vào âm đạo. Chị B thông báo có ra máu từ khi đặt thuốc đó. Từ ngày hôm qua sự chảy máu tăng dần, chị thấy đau quặn bụng dưới, sẩy ra thai, mặt mày và chóng mặt, sốt 39°.

Bước 1: Đánh giá ban đầu.

<p>Câu hỏi 1: Khi đánh giá ban đầu về tình trạng sức khỏe của chị B bạn làm những gì? Tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chào hỏi chị B và chồng chị ân cần và lịch sự. - Thông báo về những gì sẽ được làm sắp tới và giải đáp những câu hỏi của hai vợ chồng để họ yên tâm. - Đánh giá nhanh các dấu hiệu sinh tồn để cần điều trị cấp cứu/ hồi sức (mạch nhanh > 90 l/ph, HA tâm thu <90mmHg, da xanh, vã mồ hôi, thở nhanh, mất nhận thức, đau bụng và sốt.)
<p>Câu hỏi 2: Nguyên nhân gây chảy máu cần phải loại trừ ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sẩy thai (doạ sẩy thai, đang sẩy thai, sẩy thai hoàn toàn, sẩy thai không hoàn toàn, sẩy thai nhiễm khuẩn). - Chửa ngoài tử cung. - Chửa trứng.

Bước 2 :Chẩn đoán xác định nguyên nhân gây chảy máu.

- Bệnh sử: Chị B chỉ biết khi đến nhà bà lang chị đã được khám âm đạo và đặt thuốc vào đó.
- Khám toàn thể: tỉnh táo, da xanh tái. Sốt 38,5°C, mạch 120 lần/ph.
- HA100/60 mmHg, nhịp thở 25 lần/ph. Bụng dưới căng đau.
- Khám âm đạo cho thấy dịch âm đạo có máu, mùi hôi, cổ tử cung mở 2 — 3 cm, có rau thai ở lỗ cổ tử cung. Kích thước tử cung to bằng thai 8 tuần và đau.

<p>Câu hỏi 3: Theo kết quả thăm khám trên, chẩn đoán xác định bệnh của chị B là gì? Tại sao?</p>	<p>- Các triệu chứng của chị B phù hợp với chẩn đoán sẩy thai không hoàn toàn có nhiễm khuẩn sau phá thai phạm pháp (ra máu nhiều, đau bụng dưới, sốt, dịch âm đạo hôi, cổ tử cung mở có tổ chức rau ở lỗ cổ tử cung, tử cung nhỏ</p>
---	--

	hơn tuổi thai, căng đau.
--	--------------------------

Bước 3: Chăm sóc và xử trí

<p>Câu hỏi 4: Dựa theo chẩn đoán trên kế hoạch chăm sóc và xử trí cho chị B như thế nào? Tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nếu ở trạm y tế xã cho uống kháng sinh, chống choáng (nếu có) và chuyển tuyến trên ngay. - Tiêm tĩnh mạch ngay Ampicillin 2 g 6g/lần và Gentamycin 5mg/kg cân nặng 24g/lần và Metronidazol 500 mg 8g/l. - Cần điều trị choáng nếu có. - Chị B cần được khám kiểm tra ở tử cung, âm đạo, đại tràng. Nếu có tổn thương cần được chuyển mổ ngay. - Âm đạo cần phải được vệ sinh, sát khuẩn cẩn thận, lấy các vật hoặc thuốc lạ có ở trong âm đạo. - Cần làm sạch buồng tử cung ngay bằng hút chân không. - Động viên và giải thích cho chị B và gia đình về những lo lắng.
--	---

Bước 4: Đánh giá kết quả chăm sóc và xử trí.

Tình trạng sức khỏe sau xử trí của chị B tiến triển khá dần lên. Dịch âm đạo ít dần sau 2 ngày điều trị, nhiệt độ 37⁰C, mạch 86l/ph, HA 110/70mmHg, nhịp thở 18 l/ph, không đau bụng, đại tiểu tiện bình thường.

<p>Câu hỏi 5: Dựa theo kết quả trên kế hoạch chăm sóc tiếp theo cho chị B là gì? Tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cần dừng kháng sinh sau khi hết sốt trong 48 giờ. - Chị B cần phải tái khám ngay nếu có các dấu hiệu: đau quặn bụng kéo dài quá một vài ngày, ra máu kéo dài trên 2 tuần, ra máu nhiều hơn máu kinh, ngất, sốt rét run hoặc khó chịu. - Chị B cần được tư vấn phá thai không an toàn, tư vấn KHHGĐ và cung cấp biện pháp tránh thai cho chị B trước khi ra viện (nếu không muốn có thai). - Nếu muốn có thai, chị B cần được giải thích về khả năng có thai và khuyến khích hoãn có thai cho đến khi hoàn toàn hồi phục. - Xác định sử dụng các dịch vụ CSSKSS khác (điều trị viêm nhiễm đường sinh dục, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, tiêm chủng).
--	---

Câu hỏi lượng giá

- Hãy kể 6 triệu chứng chính của chị B
A.....
B.....
C.....
D.....
E.....
F.....
- Chẩn đoán xác định bệnh của chị B là gì?
- Trình bày cách chăm sóc và xử trí bệnh của chị B ở tuyến huyện
A.....
B.....
C.....
D.....
E.....
F.....

Đáp án

- Câu 1
- Có thai 3 tháng không muốn đẻ.
 - Chảy máu âm đạo.
 - Bà lang vườn đặt thuốc.
 - Sẩy thai sót rau.
 - Sốt 39°.
 - Dịch âm đạo có máu, mùi hôi.

Câu 2. Sẩy thai nhiễm khuẩn.

- Câu 3
- Tư vấn cho chị B và gia đình.
 - Cho kháng sinh phối hợp trước 4 — 6 giờ.
 - Vệ sinh sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung.
 - Hút buồng tử cung.
 - Theo dõi chảy máu và dấu hiệu sinh tồn.
 - Hướng dẫn biện pháp tránh thai.

3. Tình huống số 3

Chị B 20 tuổi, có thai lần thứ 2, đến trạm y tế xã 2 ngày trước đây vì ra máu âm đạo bất thường, đau bụng dưới và vùng chậu. Dấu hiệu có thai khẳng định bằng test thử thai cho kết quả dương tính. Chị B được khuyên nên tránh lao động nặng, tránh quan hệ tình dục và cần trở lại trạm y tế ngay lập tức nếu vẫn còn các triệu chứng đau bụng và ra máu. Chị B quay trở lại trạm cho biết vẫn còn ra máu và đau bụng nhiều lên cách đây 2 giờ.

Bước 1: Đánh giá ban đầu.

Câu hỏi 1: Bạn sẽ đánh giá ban đầu đối với chị B bằng những biện pháp gì?	- Chào hỏi chị B và gia đình ân cần lịch sự. - Cần giải thích cho chị B những việc cần làm, lắng nghe ý kiến của chị và động viên
--	--

	<p>chị.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đánh giá nhanh nhằm xác định các dấu hiệu xem có choáng và cần hồi sức tích cực không (mạch > 100l/ph, HA tâm thu dưới 90mmHg, da tái, vã mồ hôi, thở nhanh, hốt hoảng, đau bụng...).
<p>Câu hỏi 2: Các vấn đề cụ thể nào của việc khám chị B sẽ giúp bạn chẩn đoán xác định bệnh của chị B? Tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Khám bụng có đau căng và chướng không? - Khám âm đạo nhẹ nhàng xem di động cổ tử cung và khối ở phần phụ có đau không (đặc trưng cho thai ngoài tử cung), tử cung có mềm và to hơn tuổi thai không.
<p>Câu hỏi 3: Các xét nghiệm, kỹ thuật nào cần được thực hiện?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Xét nghiệm hCG nước tiểu hoặc β hCG huyết thanh. - Siêu âm sàng lọc giúp chẩn đoán phân biệt dọa sảy thai, u nang buồng trứng xoắn với thai ngoài tử cung.

Bước 2: Chẩn đoán xác định.

Sau khi đánh giá ban đầu cho thấy: thân nhiệt của chị B là 36,8°C, mạch nhanh nhỏ 120l/ph, HA 80/60 mmHg, nhịp thở 24 l/ph. Da tái và vã mồ hôi.

Chị B có đau bụng cấp ở vùng hạ vị, bụng chướng đau, ra máu âm đạo ít, màu đen.

Khám âm đạo: Cổ tử cung đóng, di động CTC đau. Kích thước cổ tử cung to và mềm hơn bình thường.

<p>Câu hỏi 4: Theo kết quả thăm khám trên, chẩn đoán xác định bệnh của chị B là gì? Tại sao?</p>	<p>Các triệu chứng và dấu hiệu của chị B phù hợp với chẩn đoán xác định chửa ngoài tử cung vỡ (với các dấu hiệu choáng, đau bụng và đau tiểu khung cấp, bụng chướng, chảy máu âm đạo nhẹ, cổ tử cung đóng và di động đau).</p>
---	---

Bước 3: Chăm sóc và xử trí.

<p>Câu hỏi 5: Theo chẩn đoán xác định, kế hoạch chăm sóc và xử trí cho chị B là như thế nào? Tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chị B cần được điều trị choáng ngay lập tức: <ul style="list-style-type: none"> + Đặt nằm nghiêng, nâng cao chân. + Thở oxy 6-8l/ph. + Giữ ấm. + Truyền TM bằng kim số 18 để truyền nhanh huyết thanh mặn 0,9% hoặc Ringer lactate. + Theo dõi mạch, HA, hô hấp, nhiệt độ, lượng nước tiểu (đặt xông bàng quang theo dõi). + Cần bố trí để chuyển ngay đến bệnh viện huyện để mổ ngay (hoặc mời bệnh viện huyện xuống hồi sức và chuyển nếu
--	--

	<p>tình trạng xấu). Mổ cấp cứu cần thực hiện ngay trong khi chờ đợi máu truyền.</p> <p>+Cần được xét nghiệm máu, hemoglobin và thử chéo, máu truyền cần có sẵn.</p> <p>+ An ủi động viên chị B và gia đình, giải thích tình hình và tiên lượng, trả lời các câu hỏi và thắc mắc.</p>
--	--

Bước 4: Đánh giá.

Chị B sau khi mổ không có biến chứng, có khả năng uống đường miệng tốt. Ít ên đau bụng, hồi phục tốt, tự bài tiết. Chị sẵn sàng ra viện, tuy nhiên Hemoglobin còn 9g/dl. Chị thông báo muốn có con trong năm tới.

<p>Câu hỏi 6: Theo kết quả trên, kế hoạch chăm sóc cho chị B là như thế nào? Tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cần điều trị tiếp Sulfate sắt hoặc Fumarate sắt 200mg, thêm Folic acid 400 mcg hàng ngày trong 6 tháng. - Tư vấn và khuyên về khả năng sinh đẻ tiếp theo và nguy cơ thai ngoài tử cung ở lần có thai sau. - Tư vấn KHHGD cần được thực hiện và tự lựa chọn các biện pháp tránh thai. - Cần theo dõi thêm chị B trong 4 tuần, cần khuyến khích chị B tái khám và được tư vấn tiếp tục.
--	--

Câu hỏi lượng giá

1. Hãy kể 4 triệu chứng chính của chị B:
 - A.....
 - B.....
 - C.....
 - D.....
2. Hãy chẩn đoán xác định bệnh của chị B là gì ?
3. Hãy kể các công việc cần chăm sóc và xử trí cho chị B.?
 - A.....
 - B.....
 - C.....
 - D.....

ĐÁP ÁN

- Câu1. A. Có thai.
 B. Ra máu bất thường.
 C. Đau 1 bên bụng dưới .
 D. Choáng .

- Câu3. A. Tư vấn.
 B. Hồi sức.
 C. Mổ cấp cứu.
 D. Điều trị thiếu máu.

Câu 2. Chửa ngoài tử cung vỡ.

Tài liệu tham khảo

1. Tài liệu đào tạo “ Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản”. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội 2005, trang 216 đến 218.
2. “ Xử trí biến chứng trong khi mang thai và sinh đẻ” IMPAC (tài liệu dịch). Nhà xuất bản Y học, Hà Nội 2003, trang 127 - 132.
3. “Xử trí tai biến trong khi mang thai và sinh đẻ”. Trang C-1 đến C-2; S-1; S-8 đến S-13; S-26.

BÀI 6

CHẢY MÁU TRONG NỬA CUỐI THỜI KỲ THAI NGHÉN VÀ TRONG CHUYỂN DẠ

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này, học viên phải:

1. Nêu được 3 nguyên nhân chảy máu trong nửa cuối thời kỳ thai nghén và trong khi chuyển dạ.
2. Nêu được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của từng nguyên nhân để đưa ra các chẩn đoán xác định liên quan tới chảy máu âm đạo trong nửa cuối của thời kỳ thai và trong chuyển dạ.
3. Xử trí được những bệnh liên quan tới chảy máu trong nửa cuối của thời kỳ thai nghén và trong chuyển dạ cho từng tuyến.
4. Nêu được các biện pháp phòng ngừa.

Phương tiện dạy học: Bảng trắng, bút dạ, giấy trong, máy chiếu overhead và máy chiếu projector

Kế hoạch bài giảng: Thời gian 3 tiết

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp phương tiện dạy /học	Hoạt động học viên	Phản hồi nhanh
Mục tiêu học tập 1: Nêu được 3 nguyên nhân chảy máu	15	Lượng giá trước khi học. Thực hành trên lâm sàng, bệnh nhân dưới sự hướng dẫn của giảng viên trình bày chảy máu âm đạo nửa cuối thời kỳ thai nghén và trong chuyển dạ.	Học viên trả lời các câu hỏi. Nghe thuyết trình của giảng viên.	Đánh giá qua câu trả lời của học viên.
Mục tiêu học tập 2: Chẩn đoán chi tiết từng nguyên nhân gây chảy máu Âm Đạo: - Rau tiền đạo - Rau bong non - Vỡ tử cung	45	Thuyết trình minh họa. Thảo luận nhóm nhỏ. Nghiên cứu trường hợp. Thực hành lâm sàng.	Học viên thảo luận đưa ra chẩn đoán.	Đưa ra các đáp án khi học viên trình bày nghiên cứu trường hợp.
Mục tiêu học tập 3:	45	Thuyết trình, trình	Nghe giảng	Đánh giá

Hướng xử trí cụ thể từng nguyên nhân.		bày : Hướng xử trí cụ thể tại các tuyến Thực hành lâm sàng. Nghiên cứu trường hợp.	Giải quyết trường hợp	qua quan sát học viên Đánh giá qua trình bày nghiên cứu trường hợp
Mục tiêu 4: Biện pháp phòng bệnh	15	Thuyết trình Thảo luận nhóm lớn Tài liệu tham khảo: <i>Xử trí các tai biến trong mang thai và sinh đẻ</i> , S-17-23	Thảo luận nhóm	
Lượng giá sau học	15	Sử dụng test	Học viên trả lời	Đánh giá qua câu trả lời của học viên.

Giới thiệu bài học

Chảy máu trong nửa cuối của quá trình mang thai và trong chuyển dạ là triệu chứng của nhiều bệnh có nguy cơ cao và thường gây ra các tai biến sản khoa đe dọa tính mạng người mẹ và thai nhi, có thể dẫn đến tử vong mẹ và thai .

Trong nửa cuối thời kỳ thai nghén và chuyển dạ có 3 nguyên nhân chính gây chảy máu :

- Rau tiền đạo.
- Rau bong non
- Võ tử cung

Cán bộ y tế cần phải phát hiện sớm từng nguyên nhân để xử trí cấp cứu ban đầu ở tuyến cơ sở và chuyển tuyến trên để chẩn đoán và xử trí kịp thời, bảo đảm an toàn cho mẹ và con, một trong những mục tiêu chính của chương trình làm mẹ an toàn.

Nội dung bài học

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Chảy máu trong nửa cuối của thời kỳ thai nghén và trong chuyển dạ: Bao gồm những chảy máu âm đạo từ 22 tuần thời kỳ thai nghén hay chảy máu âm đạo trong chuyển dạ, nhưng trước khi thai ra.

Rau bong non là hiện tượng rau bám đúng vị trí, nhưng bong ra khỏi thành tử cung trước khi thai sổ ra ngoài .

Rau tiền đạo : Rau bám ở đoạn dưới hay che lấp CTC.

Võ tử cung : Tổn thương các lớp cơ tử cung gây chảy máu vào tử cung hay

ra ngoài âm đạo.

1.2. Đặc điểm ra máu âm đạo: Có 2 đặc điểm

- Chất nhầy có lẫn máu (nút nhầy CTC): Báo hiệu chuyển dạ.
- Các loại ra máu khác: Chảy máu âm đạo khi có thai và trước đẻ, phải xác định được những nguyên nhân gây chảy máu, từ vị trí nào tại tử cung, bánh rau, hay máu lẫn nước ối.

2. CÁC NGUYÊN NHÂN, CHẨN ĐOÁN DỰA VÀO CÁC TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Bảng 7. Chẩn đoán dựa trên các triệu chứng lâm sàng

Dấu hiệu cơ năng, thực thể thường gặp	Triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng có thể	Chẩn đoán xác định
Chảy máu sau 22 tuần. Đau bụng từng đợt hay liên tục. Máu âm đạo thường loãng, không đông.	Choáng. Tử cung căng, tăng trương lực, nhiều khi cứng như gỗ. Cử động thai yếu hay mất cử động thai Tim thai suy, mất tim thai. Thường liên quan tới các triệu chứng của tiền sản giật.	Rau bong non
Chảy máu sau 22 tuần có thai. Chảy máu từng đợt, máu đỏ, máu cục, tự cầm.	Choáng Chảy máu có thể xảy ra sau khi va chạm như giao hợp, thăm khám. Tử cung không có cơn co. Ngôi bất thường, tiểu khung rộng. Tim thai bình thường nếu ra máu ít, tim thai suy nếu ra máu nhiều.	Rau tiền đạo
Chảy máu trong ổ bụng hay ra ngoài âm đạo. Đau bụng dữ dội (có thể giảm đau sau khi vỡ).	Có dấu hiệu của bất tương xứng thai nhi và khung chậu. Có dấu hiệu dọa vỡ tử cung. Choáng. Bụng chướng có nhiều dịch tự do. Hình dạng bất thường của tử cung. Phản ứng thành bụng. Sờ thấy phần thai ngay dưới da bụng. Không có cử động thai nhi và mất tim thai. Mạch mẹ nhanh ÂĐ có máu đỏ tươi, mất ngôi thai. Không có dấu hiệu dọa vỡ tử cung. Đau bụng và mất tim thai đột ngột, sờ thấy phần thai nhi dưới da bụng. Ấn vào vết mổ cũ bệnh nhân rất đau.	Vỡ tử cung Vỡ tử cung ở người có sẹo mổ cũ

3. CHẨN ĐOÁN VÀ HƯỚNG XỬ TRÍ

Nguyên tắc chung :

- Phải huy động một nhóm nhân viên y tế cấp cứu .
- Phải khám và đánh giá nhanh toàn trạng, đặc biệt các dấu hiệu sinh tồn (Mạch, HA, nhịp thở và nhiệt độ). Phải thăm hỏi bệnh, khám bệnh nhanh để phát hiện tình trạng choáng cần phải xử trí cấp cứu, đặt một đường truyền TM hồi sức.

3.1. Rau bong non

3.1.1 Định nghĩa

Rau bong non là rau bám đúng vị trí bình thường nhưng đã bong một phần, hay toàn bộ bánh rau trước khi sổ thai.

Có 2 loại rau bong non :

- Rau bong non bệnh lý (thường do tiền sản giật)
- Rau bong non do chấn thương (bị ngã hay tai nạn)

Rau bong non thể nặng thường gây tử vong mẹ rất cao do bị rối loạn đông máu và tỷ lệ thai chết rất cao (gần 100%).

3.1.2. Triệu chứng lâm sàng

Tùy theo thể bệnh, chia làm 3 loại

- Loại 1 hay thể nhẹ: Tử cung chỉ tăng trương lực và cơn co hơn bình thường, sản phụ thấy đau nhẹ, đôi khi ra ít máu đen, tim thai bình thường. Thể này khó chẩn đoán nếu không có siêu âm, đôi khi chỉ chẩn đoán hồi cứu sau khi đẻ, khi kiểm tra rau thấy có máu tụ sau rau.

- Loại 2 hay thể trung bình: Tử cung tăng trương lực, sản phụ đau vừa, tim thai bắt đầu suy, máu ÂĐ ra vừa, đen, loãng không đông, có thể có tình trạng choáng nhẹ, thường kèm theo hội chứng tiền sản giật.

- Loại 3 hay thể nặng (Phong huyết tử cung rau- hội chứng Couvelaire)

- + Trương lực cơ bản tăng, tử cung cứng liên tục như gỗ
- + Sản phụ đau dữ dội, tim thai không nghe thấy, thai chết.
- + Ra máu âm đạo đen, loãng, không đông.
- + Có hội chứng tiền sản giật nặng.
- + Tình trạng choáng nặng do mất máu và rối loạn đông máu.
- + Nếu máu ra ít ở ÂĐ, tử cung to lên nhanh chóng tử rau bong nhiều, máu chảy vào buồng tử cung.

Chú ý : Tuy choáng nặng, nhưng lúc đầu HA chưa tụt thấp vì HA của sản phụ đã cao sẵn. Khi HA tụt xuống dưới mức bình thường là tình trạng sản phụ rất nặng, bắt đầu có dấu hiệu rối loạn đông máu và đe dọa tính mạng.

3.1.3. Nguyên nhân: Có thể do tăng HA, hội chứng tiền sản giật, sang chấn, dây rốn ngắn, hút thuốc lá, nghiện rượu.

3.1.4. Xử trí

3.1.4.1 Tuyến xã

- Khi đã chẩn đoán là rau bong non dù ở thể nào cũng phải tư vấn và gửi tuyến có trung tâm phẫu thuật và hồi sức, khi chuyển tuyến phải cho thuốc giảm

co.

- Nếu có tình trạng choáng phải hồi sức trước và trong khi chuyển đi và có nhân viên y tế đi kèm.

3.1.4.2 Tuyến huyện

- Đánh giá yếu tố đông máu: Lấy máu tại giường. Nếu thời gian chảy máu hơn 7 phút, hay cục máu đông rất mềm và dễ bị tan ra phải nghĩ đến rối loạn đông máu.

- Truyền máu theo nhu cầu, tốt nhất là truyền máu tươi .

- Nếu chảy máu âm đạo nhiều phải xử trí về sản khoa càng sớm càng tốt :

+ Nếu cổ tử cung mở hết, đủ điều kiện thì lấy thai qua đường dưới bằng forceps.

+ Nếu không đủ điều kiện để đường dưới phải mổ lấy thai, cả trường hợp thai đã chết.

Chú ý: Tất cả những trường hợp rau bong non đều có nguy cơ chảy máu ÂĐ từ tử cung sau đẻ là rất cao.

- Nếu chảy máu âm đạo ít hay trung bình (Bệnh nhân không ở trong tình trạng cấp cứu). Mọi xử trí phụ thuộc vào tình trạng thai nhi.

+ Nếu nhịp tim thai bình thường hay mất tim thai thì bấm ối tùy tình trạng tiến triển cuộc chuyển dạ có thể đẻ đường dưới hay mổ lấy thai.

+ Nếu cơn co không tốt có thể truyền oxytocin để tăng cơn co (phải thận trọng, theo dõi sát vì có nguy cơ làm rau bong thêm, chảy máu nhiều) .

+ Nếu CTC không thuận tiện cho cuộc đẻ (CTC dày, CTC không mở) phải mổ lấy thai .

+ Nếu tim thai có dấu hiệu suy: Nhịp tim thai dưới 100l/phút hay cao hơn 180 l/phút.

- Thúc đẩy cuộc chuyển dạ tiến triển nhanh .

- Nếu không thuận lợi đẻ đường dưới thì mổ lấy thai cấp cứu .

- Điều trị rối loạn đông máu: Rối loạn đông máu vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của chảy máu âm đạo sau đẻ. Nó có thể là hậu quả của rau bong non, thai lưu, tiền sản giật, tắc mạch ối và một vài biến chứng sản khoa khác. Bệnh cảnh lâm sàng của bệnh rối loạn đông máu đa dạng có thể chỉ là triệu chứng ra máu ÂĐ nhiều, có phối hợp với những biến chứng đông máu rải rác thành mạch, cho đến toàn trạng bình thường chỉ có thay đổi về hóa sinh.

Chú ý trong trường hợp mất máu nhiều, cần phải điều trị rối loạn đông máu bằng cách truyền dung dịch bồi phụ khối lượng tuần hoàn bằng huyết thanh sinh lý và Ringer lactate.

+ Điều trị nguyên nhân gây ra rối loạn đông máu: Rau bong non, tiền sản giật.

+ Dùng các sản phẩm máu

+ Truyền máu tươi hoàn toàn, hoặc truyền yếu tố đông máu và hồng cầu.

+ Nếu không có máu tươi có thể truyền các chế phẩm sau: Truyền plasma tươi, để thay thế các yếu tố đông máu (15ml/kg cân nặng). Truyền khối hồng cầu để bồi phụ, truyền chế phẩm đông lạnh của máu để tăng cường

fibrinogen, khối tiểu cầu, nếu máu vẫn tiếp tục chảy và số lượng tiểu cầu dưới 20.000/ mm³

3.1.5. Phòng bệnh

- Thực hiện tốt quản lý thai nghén, khám thai ít nhất 5 lần. Khi có dấu hiệu nguy cơ cao trong thai nghén (tăng HA, phù, protein niệu) phải được theo dõi xử trí kịp thời.

- Đề phòng các tai nạn trong cuộc sống, giao thông.

- Tư vấn tốt cho sản phụ và gia đình khi có dấu hiệu ra máu 3 tháng cuối phải khám thai tại các cơ sở y tế ngay.

3.2. Rau tiền đạo

3.2.1. Định nghĩa: Rau tiền đạo là rau không bám ở đáy mà bám ở đoạn dưới tử cung lan tới, hoặc che phủ lỗ trong CTC, cản trở đường ra của thai nhi khi chuyển dạ.

3.2.2. Phân loại

3.2.2.1. Phân theo vị trí giải phẫu : 5 loại

- Rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn, khi bánh rau che kín cả lỗ trong CTC .

- Rau tiền đạo trung tâm không hoàn toàn, khi bánh rau che lấp một phần CTC.

- Rau bám mép là bánh rau chỉ bám đến bờ lỗ trong CTC.

- Rau bám bên khi mép bánh rau bám gần đến lỗ trong CTC.

- Rau bám thấp khi một phần bánh rau lan xuống đoạn dưới .

3.2.2.2. Phân theo lâm sàng: dựa vào dấu hiệu ra máu ÂĐ.

- Rau tiền đạo chảy máu ít : Thường gặp trong rau bám thấp, bám mép.

- Rau tiền đạo chảy máu nhiều: Thường gặp trong rau tiền đạo trung tâm và bán trung tâm. Loại này không có khả năng đẻ đường dưới.

3.2.2.3. Phân loại theo siêu âm : Tính mép bánh rau cách lỗ trong CTC

Mép bánh rau cách lỗ trong CTC < 2cm là loại rau tiền đạo trung tâm, chảy máu nhiều, không có khả năng đẻ đường dưới.

3.2.3. Nguyên nhân

Nguyên nhân sinh ra RTĐ cho đến nay chưa hiểu đầy đủ. Chỉ thấy tần xuất rau tiền đạo tăng lên ở những người có tiền sử :

- Có tiền sử mổ lấy thai vì rau tiền đạo.

- Có sẹo mổ cũ tại tử cung.

- Tiền sử nạo sảy thai, nạo sót rau.

- Tiền sử đẻ nhiều lần.

Những nguyên nhân trên có thể làm tổn thương nội mạc tử cung vùng đáy làm cho tuần hoàn màng rụng kém phát triển nên rau bám rộng, dễ dẫn đến rau tiền đạo.

3.2.4. Triệu chứng

- Triệu chứng cơ năng: Chảy máu đột ngột, đỏ tươi, từng đợt, tự cầm, không kèm theo đau bụng. Khoảng cách giữa các đợt ngắn lại, thời gian chảy máu dài hơn. Khi chuyển dạ chảy máu nhiều hơn.
- Triệu chứng toàn thân: Tùy tình trạng mất máu, nhiều có thể choáng
- Triệu chứng thực thể:
 - + Tử cung mềm, ngôi còn cao hay ngôi bất thường do bánh rau cản trở sự bình chỉnh của thai.
 - + Tim thai có thể bình thường hay biến đổi tùy tình trạng mất máu.
 - + Đặt mỏ vịt để phân biệt chảy máu do tổn thương ở CTC.
 - + Khi chuyển dạ có thể sờ thấy múi rau, hay bờ bánh rau. Thăm Âm Đ phải làm tại phòng mổ.
- Cận lâm sàng: CTM, yếu tố đông máu, nhóm máu, siêu âm.

3.2.5. Xử trí

3.2.5.1. Tuyến xã

- Khi chẩn đoán là rau tiền đạo dù chưa chuyển dạ hay đã chuyển dạ
- Máu chảy ít phải tư vấn, cho thuốc giảm co rồi chuyển tuyến trên.
 - Máu ra nhiều kèm theo choáng, cần sơ bộ chống choáng, cho thuốc giảm co rồi gửi tuyến trên hay mời tuyến trên xuống hỗ trợ.
 - Khi chuyển tuyến trên phải có nhân viên y tế đi kèm.

3.2.5.2. Tuyến huyện

Thăm âm đạo chỉ thực hiện trong phòng mổ trước khi mổ lấy thai. Có thể kiểm tra bằng mỏ vịt để loại trừ các nguyên nhân chảy máu âm đạo khác như viêm CTC, tổn thương do sang chấn polype CTC hay khối u ác tính CTC. Ngược lại nếu có một trong những tổn thương này cũng chưa loại trừ được rau tiền đạo khác.

- Bồi phụ khối lượng tuần hoàn.
- Đánh giá mức độ mất máu.
- + Đang chảy máu nhiều phải mổ lấy thai cứu mẹ là chính, quyền lợi của thai nhi đặt dưới quyền lợi của mẹ.
- + Nếu ra máu Âm Đ ít hay tự cầm, thai sống, nhưng có nguy cơ đẻ non, điều trị giữ thai tiếp tục đến khi chuyển dạ đẻ hay ra máu nhiều .
- + Cho bệnh nhân nằm viện đến khi đẻ .
- + Điều trị thiếu máu.
- + Chuẩn bị sẵn máu truyền trong trường hợp cần thiết .
- + Nếu chảy máu tái phát, tính đến những lợi hại cho mẹ và cho thai để tiếp tục điều trị đến khi có chuyển dạ hay có quyết định khác.

3.2.5.3. Hướng xử trí cụ thể

- Nếu có điều kiện nên chỉ định siêu âm để tìm vị trí rau bám. Nếu chắc chắn rau tiền đạo, thai đã trưởng thành (đủ 38 tuần) chỉ định mổ lấy thai chủ động.
- Nếu không có máy siêu âm hay kết quả siêu âm chưa chắc chắn và thai chưa đến 37 tuần phải điều trị giữ thai đến 38 tuần.
- Nếu không có siêu âm hay kết quả siêu âm không chắc chắn và thai đã

được hơn 37 tuần, khám sản phụ và chuẩn bị để đỡ đẻ đường dưới hay mổ lấy thai cũng phải thực hiện như sau:

- + Phải truyền dịch chuẩn bị và dự trữ máu khi cần.
- + Đưa bệnh nhân vào bàn mổ và chuẩn bị một kíp mổ.
- + Kiểm tra CTC bằng mổ vạt vô khuẩn .
- Nếu CTC đã mở một phần và sờ thấy rau, chẩn đoán chắc chắn là RTĐ thì mổ lấy thai.
- Nếu CTC chưa mở sờ vào túi cùng sau.
 - + Thấy một khối mềm như đệm nút khẳng định là RTĐ trung tâm thì mổ lấy thai.
 - + Khi thăm ÂĐ thấy đầu thai nhi cứng không nghĩ đến RTĐ trung tâm thì theo dõi tiếp chuyển dạ.
- Nếu chẩn đoán RTĐ chưa chắc chắn thì thăm âm đạo cẩn thận nhẹ nhàng, sờ vào trong lỗ CTC .
 - + Nếu cảm giác có tổ chức mềm trong CTC, khẳng định RTĐ thì mổ lấy thai .
 - + Nếu khi thăm ÂĐ CTC thấy màng ối và phần ngôi thai ở trung tâm hay bờ CTC thì loại trừ RTĐ theo dõi tiếp. Khi chuyển dạ xé ối cầm máu thì theo dõi để đường dưới, không cầm máu thì mổ lấy thai.

3.2.5.4. Chủ động đình chỉ thai nghén (kế hoạch cụ thể)

- * Thai đã đủ tháng
- * Thai chết, thai dị dạng .
- * Nguy hiểm đến tính mạng người mẹ do mất máu nhiều
- Nếu RTĐ bám bên, bám mép, không chảy máu nhiều: Cho đẻ đường dưới, nếu không cầm máu được, phải mổ lấy thai.

Nguy cơ chảy máu sau đẻ, rau cài răng lược thường gặp ở vết sẹo mổ cũ, rau bám mặt trước ở đoạn dưới tử cung chiếm tỷ lệ rất cao trong RTĐ.
- Nếu bệnh nhân mổ lấy thai và chảy máu tại vùng rau bám
 - + Khi khâu tử cung phải khâu rộng và sâu vào cơ tử cung để khâu được vùng rau bám .
 - + Truyền oxytocin 20 đv pha trong 1l dung dịch glucose đẳng trương truyền 60giọt/phút.

3.2.6. Phòng bệnh

- Thực hiện sinh đẻ có kế hoạch, không đẻ dày, không đẻ nhiều.
- Tránh nạo hút thai nhiều.
- Quản lý thai nghén có nguy cơ cao, khám thai đúng tuyến.

3.3. Vỡ tử cung

3.3.1 Phân loại

Vỡ TC là một tai biến sản khoa rất nguy hiểm dẫn đến tử vong mẹ và thai nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời.

Theo giải phẫu bệnh lý vỡ tử cung có 4 hình thái

- Vỡ tử cung hoàn toàn: Tử cung bị xé rách từ niêm mạc, cơ, phúc mạc, thai và rau bị đẩy vào trong ổ bụng.

- Vỡ tử cung dưới phúc mạc: Chỉ có lớp niêm mạc và lớp cơ bị xé rách, phúc mạc đoạn dưới bị bong ra nhưng vẫn còn nguyên vẹn. Thai và rau vẫn nằm trong tử cung, đoạn dưới tử cung căng phồng nhưng ấn rất đau, đặc biệt đau nhiều ở chỗ bị vỡ, thăm ÂĐ có máu tươi theo tay.

- Vỡ tử cung phức tạp: Ngoài vỡ tử cung hoàn toàn, tổn thương có thể kéo dài xuống ÂĐ, rách cùng đồ, bàng quang tạo nên một vết rách phức tạp.

- Nứt sẹo mổ cũ ở tử cung: Thường do sẹo mổ cũ bị nứt một phần, bờ vết rách không nhám nhở và ít khi chảy máu.

Tất cả những trường hợp vỡ tử cung trong chuyển dạ đều phải qua dấu hiệu dọa vỡ tử cung, trừ trường hợp tử cung có sẹo mổ cũ.

3.3.2. Nguyên nhân

- Khung chậu hẹp, bất tương xứng thai nhi và khung chậu, khối u tiền đạo.
- Ngôi thai bất thường ngôi ngang, ngôi trán.
- Thai dị dạng dính nhau, não úng thủy.
- Sẹo mổ ở tử cung.
- Do dùng thuốc tăng co không đúng, đặc biệt những trường hợp sử dụng Prostaglandin gây chuyển dạ không đúng.
- Do ấn đáy tử cung khi sản phụ rặn ngôi chưa lọt.
- Do thủ thuật sản khoa: Forceps, nội xoay thai.

3.3.3. Dọa vỡ tử cung

3.3.3.1. Triệu chứng

- Đau nhiều do cơn co tử cung mau mạnh.
- Tử cung co liên tục, có thể co cứng, chiều cao tử cung cao hơn so với lúc trước chưa có dọa vỡ vì đoạn dưới tử cung phồng căng, kéo dài thắt ngãng thành một vòng giữa đoạn dưới và thân tử cung gọi là dấu hiệu vòng Bandl- Fromel. Vòng băng kéo lên cao, khiến tử cung có hình quả bầu nậm.
- Thai suy.
- Ngôi bất thường, cao hay chưa lọt.

3.3.3.2. Xử trí

- *Tuyến xã*
 - + Cho thuốc giảm cơn co tử cung: Spasfon 40mg x 1 ống (tiêm bắp), nếu không có dùng Morphin 10mg x 1 ống (tiêm bắp) hoặc Diazepam 10mg x 1 ống (tiêm bắp).
 - + Tư vấn, gửi tuyến trên ngay và có nhân viên y tế đi kèm
- *Tuyến huyện*
 - + Cho thuốc giảm cơn co tử cung: Papaverin 40mg x 1 ống (tiêm bắp), nếu không có dùng Morphin 10mg x 1 ống (tiêm bắp) hoặc Diazepam 10mg x 1 ống (tiêm bắp).
 - + Nếu đủ điều kiện để đường dưới thì làm forceps (xem bài “Kỹ thuật đặt forceps).
 - + Nếu chưa đủ điều kiện thì mổ lấy thai.

3.3.4. Vỡ tử cung

3.3.4.1. Triệu chứng vỡ tử cung

- Trước khi vỡ tử cung có dấu hiệu dọa vỡ tử cung, trừ trường hợp có sẹo mổ ở tử cung. Thai phụ đang đau dữ dội, sau một cơn đau chói đột ngột, bớt đau dần.

- Cơn co tử cung không còn.
- Tim thai không còn.
- Tử cung không còn hình trứng, không còn dấu hiệu vòng Bandl.
- Bụng chướng, nắn bụng sản phụ đau.
- Có phản ứng thành bụng.
- Sờ phần thai dưới da bụng.

Chú ý

Nếu vỡ tử cung dưới thúc mạc hầu hết các thớ cơ bị rách, nhưng lớp phúc mạc vẫn còn nguyên. Vì vậy, thai nhi vẫn nằm trong buồng tử cung không nằm trong ổ bụng, nắn bụng không thấy phần thai nhi.

- Ra máu ở âm đạo
- Thăm âm đạo không thấy phần thai nhi trình diện, chứng tỏ thai nhi bị kéo lên cao.
- Có dấu hiệu choáng: Nhợt nhạt, vã mồ hôi, khó thở, mạch nhanh, huyết áp hạ.

3.3.4.2. Xử trí

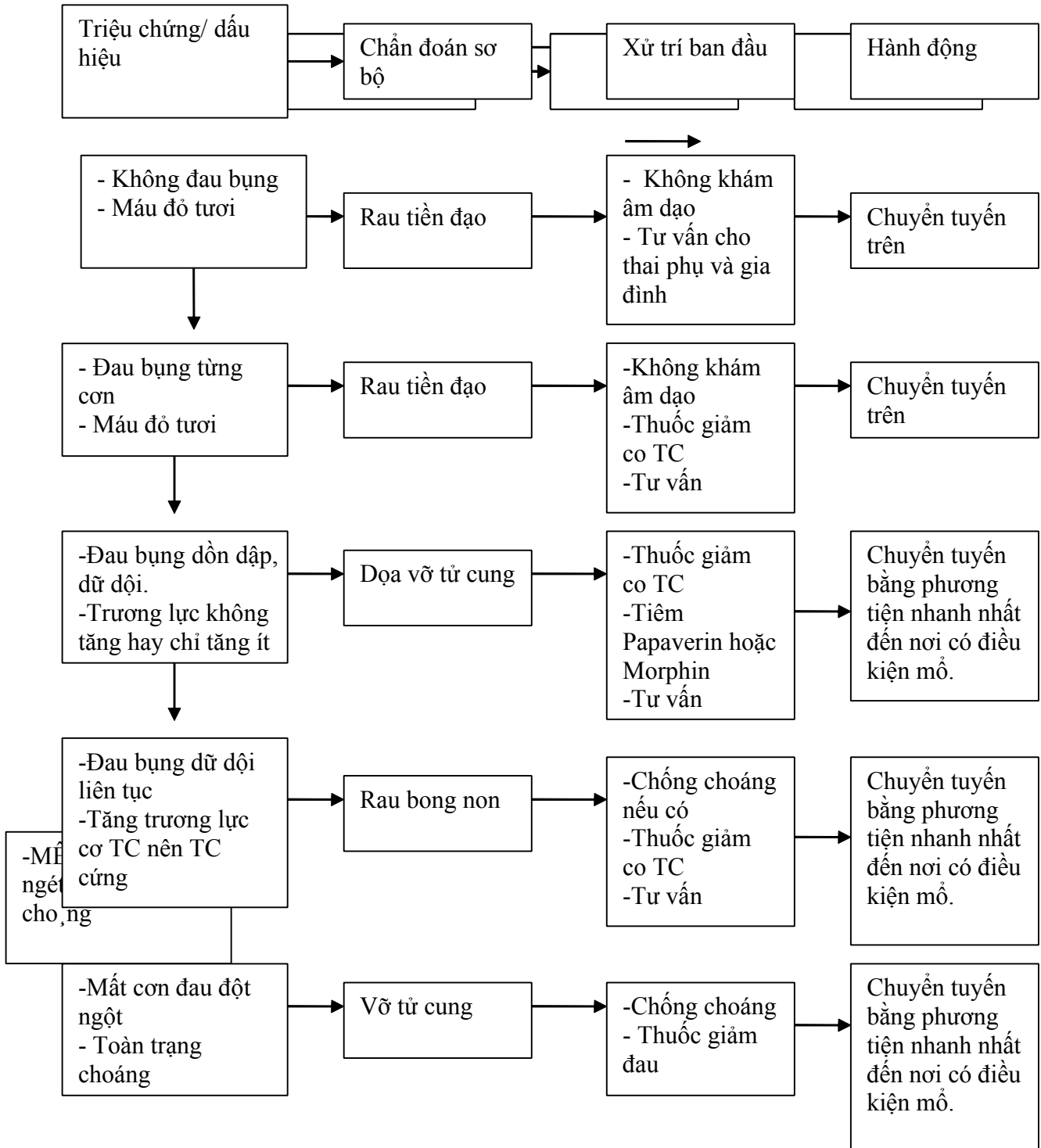
- *Tuyến xã*
 - + Hồi sức chống choáng và chuyển tiếp trên ngay, nhất thiết phải có nhân viên y tế đi kèm.
 - + Nếu tình trạng nặng phải mời tuyến trên xuống hỗ trợ.
- *Tuyến huyện*
 - + Hồi sức, chống choáng và mở cấp cứu, xử trí vết rách tử cung (bảo tồn hoặc cắt tử cung).
 - + Hồi sức, bồi phụ tuần hoàn máu bằng các loại dung dịch thay thế, tốt nhất là truyền máu tươi.
 - + Vừa hồi sức vừa phẫu thuật lấy thai và rau ra, xử trí tổn thương tử cung .
 - + Nếu tử cung rách không phức tạp có khả năng bảo tồn khâu lại vết rách. Nhưng phẫu thuật này đòi hỏi mất thời gian, mất máu, bác sĩ có tay nghề cao hơn cắt tử cung. Bảo tồn tử cung nguy cơ vỡ tử cung lần có thai sau rất cao, nên phải tư vấn cho bệnh nhân dùng biện pháp tránh thai phù hợp khi ra viện, tránh có thai lại quá sớm. Chú ý trước khi bảo tồn phải kiểm tra kỹ các tạng xung quanh.
 - + Nếu rách phức tạp, không có khả năng bảo tồn tử cung, thì cắt tử cung bán phần. Nếu vết rách rộng, lan xuống CTC và âm đạo cần thiết phải cắt tử cung hoàn toàn. Phẫu thuật này yêu cầu người có kinh nghiệm, đề phòng cắt vào bàng quang và niệu quản.
 - + Nếu tình trạng nặng chuyển lên tuyến tỉnh hoặc mời tuyến tỉnh đến hỗ trợ.

3.3.4.3. Dự phòng

- Phải thực hiện tốt quản lý thai nghén để phát hiện các nguy cơ cao như: khung chậu hẹp, u tiền đạo, bất tương xứng giữa thai và khung chậu, ngôi trán, ngôi ngang, có sẹo mổ cũ ở tử cung ... cần phải gửi tuyến trên theo dõi và xử trí.
- Cần thực hiện sinh đẻ có kế hoạch, không đẻ dày, không đẻ nhiều.
- Khi có thai phải đi khám định kỳ và thực hiện đúng lời khuyên của cán bộ y tế.
- + Theo dõi chuyển dạ cẩn thận, phải sử dụng biểu đồ chuyển dạ để phát hiện và xử trí sớm dấu hiệu dọa vỡ tử cung.
- + Xử dụng thuốc tăng co , gây chuyển dạ oxytocin đúng qui cách.
- + Đỡ đẻ đúng phương pháp, tuyệt đối không được đẩy bụng.
- + Chuẩn bị sẵn phương tiện vận chuyển và hồi sức cấp cứu.

Hình 1. Sơ đồ diễn biến về chẩn đoán và xử trí chảy máu nửa sau thai kỳ đối với tuyến xã

T trhai và sinh đẻ, Trang S-6; S-21 tới S-23



**Hình 1. Sơ đồ diễn biến về chẩn đoán và xử trí chảy máu nửa sau thai kỳ
đối với tuyến xã**

NGHIÊN CỨU TRƯỜNG HỢP I

CHẢY MÁU TRONG NỬA CUỐI CỦA THỜI KỲ THAI NGHÉN

Hướng dẫn

Đọc và phân tích nghiên cứu tình huống dưới đây. Khi các học viên khác trong nhóm của bạn đọc xong, hãy cùng nhau trả lời các câu hỏi nghiên cứu tình huống. Chú ý tới các bước trong việc đưa ra các quyết định lâm sàng khi trả lời các câu hỏi. Các nhóm khác nên nghiên cứu cùng một tình huống hoặc một tình huống tương tự. Khi các nhóm đã hoàn tất, chúng ta sẽ thảo luận về các nghiên cứu tình huống và trả lời các câu hỏi mà cả nhóm đưa ra.

Bài tập tình huống 1 và đáp án

<p>Chị D năm nay 20 tuổi, sức khỏe tốt, đang mang thai con so. Quá trình có thai bình thường, tình trạng thai của chị không phức tạp. Thai tuần 38, chị D được chồng đưa vào khoa cấp cứu bệnh viện huyện do chảy máu âm đạo màu đỏ tươi 2 tiếng trước khi đến viện, nhưng chị không cảm thấy đau bụng. Chị D đã khám thai 3 lần, lần cuối cùng cách đây 2 tuần, không có dấu hiệu bất thường nào.</p>	
Đánh giá (Bệnh sử, Khám thực thể, quy trình khám/xét nghiệm máu)	
<p>1. Khi đánh giá ban đầu về tình trạng sức khỏe của chị D bạn làm những gì? Tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none">- Chị D và chồng chị cần được chào hỏi ân cần và lịch sự.- Họ phải được thông báo về những gì sẽ làm sắp tới. Ngoài ra, những câu hỏi của hai vợ chồng chị phải được giải đáp một cách bình tĩnh và chắc chắn.- Nên khám và đánh giá nhanh nhằm xác định có dấu hiệu choáng và có cần điều trị cấp cứu/hồi sức: mạch nhanh và yếu, huyết áp tâm thu giảm dưới 90 mm Hg; trông xanh xao, ra mồ hôi, chân tay lạnh, da lạnh, thở gấp; không tỉnh táo. Cần xác định lượng máu mất từ khi chị D bị chảy máu âm đạo.- Không nên khám âm đạo kết hợp với nắn bụng bằng tay khi đánh giá ban đầu; tuy nhiên, cần phải đặt mỏ vịt để tìm các nguyên nhân chảy máu âm đạo không phải do thai nghén (ví dụ như viêm cổ tử cung, chấn thương, khối u cổ tử cung, ung thư CTC).
<p>2. Triệu chứng đặc biệt nào bạn phát hiện được trong khi khám thực thể cho chị D giúp bạn chẩn đoán và xác định được hướng xử trí. Tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none">- Khám bụng để xác định vị trí của ngôi thai, nên kiểm tra sự toàn vẹn, chắc chắn của tử cung và xác định sự xuất hiện của cơn đau để phân biệt các triệu chứng và dấu hiệu của đứt dây rốn. (Rau bong non thường đi kèm với tử cung căng và tăng nhạy cảm).- Xác định cơn co TC, tình trạng CTC nếu cần thiết, chủ yếu đặt mỏ vịt kiểm tra CTC.

	<ul style="list-style-type: none"> - Nghe nhịp tim thai để đánh giá tình trạng thai (Tình trạng thai là bình thường nếu chị D có rau quấn cổ, nhưng ngược lại, nếu rau tiền đạo, có hiện tượng bong rau thai, tim thai sẽ rời rạc, hoặc không nghe thấy nhịp tim thai).
3. Khi đánh giá tình trạng của chị D, trong quy trình khám/ xét nghiệm máu, bạn làm gì và tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Nên thực hiện siêu âm nếu có thể để xác định vị trí vùng rau bám, có chảy máu sau rau, tim thai, sự toàn vẹn của tử cung. - Xét nghiệm máu đánh giá tình trạng mất máu, yếu tố đông máu.
<p>Chẩn đoán (Xác định các vấn đề/ nhu cầu)</p> <p>Bạn đã hoàn tất đánh giá tình trạng sức khỏe chị D, sau đây là những phát hiện chính:</p> <p>Nhịp tim của chị D là 88 lần/phút, huyết áp 110/ 80 mm Hg, nhịp thở 16 lần/ phút và thân nhiệt là 37°C.</p> <p>Chảy máu âm đạo màu đỏ tươi và đã thấm ướt 12 miếng băng vệ sinh trước khi tới bệnh viện.</p> <p>Tử cung bình thường không có cơn co, không đau bụng, không có cảm ứng phúc mạc hay phản ứng thành bụng khi ấn bụng. Tư thế thai nằm theo chiều dọc tử cung, và đầu cao lỏng chưa chúc vào tiểu khung. Thai nhi vẫn cử động bình thường và nhịp tim thai là 120 lần/phút, đều.</p> <p>Chưa thể tiến hành siêu âm.</p>	
4. Dựa vào những phát hiện trên, chị D được chẩn đoán như thế nào? Tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Những biểu hiện và triệu chứng của chị D (ví dụ như âm đạo chảy máu nhưng không đau bụng, ngôi đầu cao, mang thai lần đầu, tình trạng thai nhi bình thường) là phù hợp với rau bám thấp có thể kết hợp dây rau quấn cổ.
<p>Thực hiện chăm sóc (Lập kế hoạch và can thiệp)</p>	
5. Dựa vào chẩn đoán, kế hoạch chăm sóc cho chị D của bạn là gì? Tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Cần phải truyền tĩnh mạch dung dịch huyết thanh mặn, Ringer lactat để bù lại khối lượng tuần hoàn do mất máu. - Xét nghiệm máu kiểm tra lượng hemoglobin và thử nhóm máu, chuẩn bị sẵn máu để truyền. - Chị D phải ở lại bệnh viện và cần được theo dõi những dấu hiệu nguy hiểm 15 phút/lần cho tới khi tình trạng ổn định. - Phải siêu âm ngay khi có thể để khẳng định chẩn đoán. - Uống viên sắt Sulfate hoặc viên sắt Fumarate 60 mg mỗi ngày. - Phải giải thích cho chị D và chồng chị các bước tiến hành xử trí tai biến, nên động viên chị tích cực tham gia vào quá trình điều trị, chú ý lắng nghe, trấn an và ủng hộ về tình cảm.
<p>Đánh giá</p>	

Chị D nằm viện bị chảy máu âm đạo nhẹ 7 ngày kể từ khi vào bệnh viện huyện. Tình trạng của chị đã ổn định, thai nhi vẫn hoạt động bình thường, và nhịp tim thai từ 120 tới 140 nhịp đập/phút. Đến sáng ngày thứ 8 tại bệnh viện, máu chảy tăng từ nhẹ tới vừa và có màu đỏ tươi.

Vẫn chưa thể tiến hành siêu âm.

6. Dựa vào những phát hiện trên, bạn sẽ tiếp tục điều trị cho chị D như thế nào? Tại sao?

- Khi không thể tiến hành siêu âm và chị D đang điều trị, cần khám âm đạo cho chị D ngay, sử dụng van âm đạo vô khuẩn để xem cổ tử cung. Nếu không nhìn thấy rau thai, cần phải khám thành âm đạo bằng ngón tay. Khám âm đạo phải được thực hiện tại phòng mổ trong khi chuẩn bị cho mổ đẻ.

- Giải thích cho chị D và chồng về các thủ tục và những rủi ro có thể xảy ra, tiếp tục trấn an và hỗ trợ tinh thần cho chị D.

- Trước khi khám âm đạo, phải chuẩn bị một đường truyền tĩnh mạch để truyền và phải chuẩn bị sẵn máu để truyền.

- Nếu khám âm đạo, cần phải kiểm tra để xác định xem có rau tiền đạo hay không?

- Cổ tử cung đã mở và có thể nhìn thấy rau thai.

- Cổ tử cung không mở nhưng cảm nhận được mô đệm tại vòm âm đạo.

- Nếu xác định là rau tiền đạo, rau bám thấp và chảy máu nhẹ, phải tính đến có đủ điều kiện cho đẻ đường dưới hay không; nếu không, phải tiến hành mổ lấy thai .

- Tư vấn cho gia đình nguy cơ chảy máu tử cung sau mổ hay sau đẻ do rau bám thấp.

- Theo dõi thận trọng tình trạng của chị D (các dấu hiệu nguy cơ, co hồi tử cung, chảy máu tử cung) sau khi sinh, vì những phụ nữ mang thai rau tiền đạo có nguy cơ chảy máu sau đẻ cao. Dùng oxytocin 40 IU/ lít dung dịch muối hoặc sử dụng Misoprostol nhằm ngăn ngừa chảy máu sau đẻ.

- Sau khi sinh, hướng dẫn và khuyến khích chị D cách cho con bú và chăm sóc trẻ mới sinh, dinh dưỡng, nghỉ ngơi và vệ sinh mẹ, cách nhận biết và xử trí sớm các dấu hiệu nguy hiểm cho hai mẹ con.

- Trước khi chị D xuất viện, cần hẹn chăm sóc sau sinh, tư vấn sinh đẻ kế hoạch.

- Chị D phải uống viên sắt theo chỉ dẫn và dùng hàng ngày.

NGHIÊN CỨU TRƯỜNG HỢP 2

Chảy máu âm đạo trong thời kỳ cuối của thai nghén

Hướng dẫn

Đọc và phân tích nghiên cứu tình huống dưới đây. Khi các học viên khác trong nhóm của bạn đọc xong, trả lời các câu hỏi nghiên cứu tình huống. Khi trả lời câu hỏi, chú ý tới các bước đưa ra quyết định lâm sàng. Tất cả các học viên khác trong lớp nên nghiên cứu cùng một tình huống hoặc một tình huống khác tương tự. Khi tất cả các nhóm đã hoàn thành, chúng ta sẽ thảo luận các nghiên cứu tình huống và trả lời các câu trả lời mỗi nhóm đưa ra.

Bài tập tình huống 2 và đáp án

<p>Chị C mang thai 32 tuần, có thai lần 3, đã có 2 con khoẻ mạnh. Chị đi khám thai đều đặn và tất cả đều bình thường cho tới 10 ngày trước đây. Tại lần khám thai đó huyết áp của chị là 130/96 mm Hg; không có dấu hiệu hay triệu chứng nào của cao huyết áp do thai nghén. Chị C đã được tư vấn về các dấu hiệu nguy hiểm và cách xử trí nếu tăng huyết áp xuất hiện và được yêu cầu trở lại phòng khám sau 2 tuần nữa. Chị có mặt tại bệnh viện huyện cùng mẹ chồng 2 ngày trước lần khám thai kế tiếp, với các triệu chứng âm đạo chảy máu, đau bụng và đau đầu.</p>	
Đánh giá (Bệnh sử, Khám thực thể, quy trình khám/xét nghiệm máu)	
<p>1. Khi đánh giá ban đầu cho chị C bạn làm những gì và tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none">- Chị C và mẹ chồng phải được chào hỏi ân cần và đối xử tốt.- Chị C cần được thông báo kỹ về những gì sẽ phải làm sắp tới. Ngoài ra, những câu hỏi của chị nên được giải đáp một cách thoả đáng để chị yên lòng.- Nên đánh giá nhanh để kiểm tra các dấu hiệu sau nhằm xác định xem chị có trong tình trạng choáng và cần điều trị cấp cứu: mạch nhanh, yếu, huyết áp tâm thu dưới 90 mm Hg; mặt tái xanh, mô hôi nhễ nhại hoặc lạnh, da lạnh, thở gấp; không tỉnh táo. Cần xác định lượng máu mất từ khi chị C bắt đầu bị chảy máu âm đạo cũng như máu có tươi và có bị đông cục không.- Cần phải xác định:<ul style="list-style-type: none">+ Cơ đau bụng bắt đầu khi nào (ví dụ như cùng thời điểm với chảy máu âm đạo) và tính chất cơn đau.+ Khi bị chảy máu có thấy cử động của thai và đau bụng không.+ Khi bắt đầu bị đau đầu, có bị rối loạn thị giác không.
<p>2. Biểu hiện đặc biệt nào trong khi khám sức khoẻ cho chị C giúp bạn chẩn đoán hoặc xác định các vấn đề/nhu cầu của chị ấy. Tại</p>	<ul style="list-style-type: none">- Cần khám bụng để xác định vị trí và tính chất của cơn đau, để cảm nhận trương lực cơ tử cung, cũng nên kiểm tra để đảm bảo và cảm nhận cử động bào thai (tử cung căng và cử động bào thai giảm là dấu hiệu của rau bong non). Không nên khám nhiều

<p>sao?</p>	<p>để tránh làm tăng triệu chứng.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cần phải cố gắng phát hiện nhịp tim thai vì có thể mất nhịp tim thai khi rau bong non.
<p>3. Khi đánh giá tình trạng của chị C, trong quy trình khám/ xét nghiệm máu, bạn làm gì và tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Không nhất thiết phải xét nghiệm máu để đưa ra chẩn đoán. Nhưng phải làm để xác định tình trạng thiếu máu để điều trị. - Nên siêu âm nếu có thể để định vị rau thai nếu nghi ngờ đứt mạch máu dây rốn.
<p>Chẩn đoán (Xác định các vấn đề/nhu cầu)</p> <p>Bạn đã hoàn thành đánh giá tình trạng của chị C và phát hiện thấy: Nhịp tim của chị C là 120 nhịp/phút và yếu, huyết áp 110/60 mm Hg, nhịp thở 20 nhịp/phút và thân nhiệt là 37°C. Da tái xanh và đổ mồ hôi. Chị C đau bụng liên tục, tử cung căng và không nghe thấy tim thai. Âm đạo chảy máu nhiều hơn nặng hơn, máu loãng và không có máu cục. Chẩn đoán: Rau bong non gây mất tim thai ít nhất là thể trung bình hoặc nặng.</p>	
<p>4. Dựa vào những phát hiện trên, chị C được chẩn đoán như thế nào và tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Những biểu hiện và triệu chứng của chị C (cụ thể như có dấu hiệu choáng, đau bụng liên miên, tử cung mềm, âm đạo chảy máu, và không thấy nhịp tim thai) liên quan đến đứt dây rau.
<p>5. Xét nghiệm nào thích hợp tại thời điểm này?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nên kiểm tra máu yếu tố đông máu xem có thay đổi, loại trừ bệnh về máu. - Siêu âm xác định tim thai và vị trí bánh rau.
<p>Chăm sóc (Lập kế hoạch và can thiệp)</p>	
<p>6. Dựa vào chẩn đoán, kế hoạch chăm sóc cho chị C của bạn là gì và tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chị C phải được điều trị choáng ngay tức thì: <ul style="list-style-type: none"> + Đặt chị nằm nghiêng. + Đảm bảo đường thở thông thoáng. + Cung cấp oxy cho chị C 6—8 L/phút bằng mặt nạ hoặc ống thông. + Giữ ấm cho chị. + Đặt chân cao. + Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, và thân nhiệt. + Nhanh chóng truyền dung dịch tĩnh mạch (1L dung dịch muối hoặc lactate trong 15-20 phút). + Giám sát lượng nước hấp thụ và thải ra (đặt ống thông tiểu để kiểm soát lượng nước tiểu thải ra). - Xét nghiệm máu để kiểm tra Hemoglobin và lấy mẫu đối chiếu và chuẩn bị sẵn sàng truyền máu. - Chuẩn bị cho chị C để sớm nhất có thể. - Phải giải thích cho chị C và gia đình các bước được tiến hành để xử trí tại bệnh. Trấn an và hỗ trợ tình cảm cho chị C và giải đáp mọi câu hỏi hay băn

	khoản của chị.
Đánh giá	
<p>Nửa tiếng sau khi nhập viện, tình trạng của chị C còn nguy cơ bị choáng do rau bong non. Cổ tử cung của chị đóng và không có lợi cho chuyển dạ. Tim thai không còn. Xét nghiệm máu đông cho kết quả bình thường.</p>	
<p>7. Dựa vào những phát hiện trên, bạn sẽ tiếp tục điều trị cho chị C như thế nào và tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Do chị C không thể sinh thường đường dưới, cần phải tiến hành mổ đẻ ngay. Tuỳ thuộc thương tổn ở tử cung mà xử trí. - Cần phải truyền đủ máu để bù vào lượng máu mất. - Giải thích cho chị C và mẹ chồng chị về các thủ tục và những rủi ro có thể xảy ra, tiếp tục trấn an và hỗ trợ tinh thần cho chị C. Đặc biệt, cần phải chuẩn bị tinh thần cho họ trong trường hợp con chị C sẽ mất ngay sau sinh. - Theo dõi cẩn thận tình trạng của chị C (các dấu hiệu nguy cấp, co hồi tử cung, chảy máu tử cung) sau khi sinh, vì những phụ nữ bị rau bong non có nguy cơ chảy máu sau sinh cao. Dùng oxytocin 40 IU/ lít với dung dịch muối hoặc misoprostol nhằm ngăn ngừa chảy máu sau sinh. - Trước khi ra viện, có thể thảo luận các biện pháp phòng bệnh trong tương lai với chị C và các thành viên khác trong gia đình nếu họ muốn.

NGHIÊN CỨU TRƯỜNG HỢP 3

Chảy máu âm đạo giai đoạn cuối của thời kỳ thai nghén

Hướng dẫn

Đọc và phân tích nghiên cứu tình huống dưới đây. Khi các học viên khác trong nhóm của bạn đọc xong, trả lời các câu hỏi nghiên cứu tình huống. Khi trả lời câu hỏi, chú ý tới các bước đưa ra quyết định lâm sàng. Tất cả các học viên khác trong lớp nên nghiên cứu cùng một tình huống hoặc một tình huống khác tương tự. Khi tất cả các nhóm đã hoàn thành, chúng ta sẽ thảo luận các tình huống nghiên cứu và trả lời các câu trả lời mỗi nhóm đưa ra.

Bài tập tình huống 3 và đáp án

Chị D mang thai 34 tuần, có thai lần 3, đã có 2 con khoẻ mạnh. Lần 1 đẻ đường âm đạo, lần thứ 2 mổ lấy thai do cạn ối. Chị đi khám thai đều đặn và tất cả đều bình thường cho tới 10 ngày trước đây. Tại lần khám thai đó huyết áp của chị 120/80 mm Hg; không có dấu hiệu hay triệu chứng nào của chứng tăng huyết áp do thai nghén. Chị D được tư vấn về cách phát hiện và xử trí các dấu hiệu nguy hiểm và được yêu cầu trở lại phòng khám sau 2 tuần nữa. Chị có mặt tại bệnh viện huyện cùng mẹ chồng 2 ngày trước lần khám thai kế tiếp, với các triệu chứng âm đạo chảy máu, đau bụng, thai không đạp.

Đánh giá (Bệnh sử, Khám thực thể, quy trình khám/xét nghiệm máu)	
1. Khi đánh giá ban đầu cho chị D bạn làm những gì và tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Chị D và mẹ chồng phải được chào hỏi ân cần và đối xử tốt. - Cần phải thông báo cho chị D và mẹ chồng chị về các bước sẽ được thực hiện. Ngoài ra, những câu hỏi của chị nên được giải đáp một cách thoải mái và làm chị yên lòng. - Nên đánh giá nhanh để kiểm tra các dấu hiệu sau nhằm xác định xem chị có trong tình trạng choáng và cần điều trị cấp cứu: mạch nhanh, yếu, huyết áp tâm thu dưới 90 mm Hg; trông tái xanh, mô hôi nhễ nhại hoặc lạnh, da lạnh, thở gấp; không tỉnh táo. Cần xác định lượng máu mất từ khi chị D bắt đầu bị chảy máu âm đạo, máu có tươi và đông cục không. - Cần xác định các yếu tố sau <ul style="list-style-type: none"> + Đau bụng bắt đầu khi nào (cụ thể như cùng thời điểm với chảy máu âm đạo) và tính chất cơn đau. + Có cảm nhận được cử động của thai nhi khi bị chảy máu và đau hay không/ + Khi bắt đầu bị ra máu có cơn đau bụng dữ dội không.
2. Biểu hiện đặc biệt nào trong phần khám sức khoẻ của chị D giúp bạn đưa ra một chẩn đoán hoặc nhận biết về các vấn đề của chị ấy. Tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Cần khám bụng để xác định vị trí và tính chất của cơn đau, để cảm nhận sự chắc chắn của tử cung, cũng nên kiểm tra để đảm bảo và cảm nhận cử động bào thai. Cảm nhận hình dạng của tử cung bị thay đổi. Sờ thấy các phần thai nhi ngay dưới da bụng, ngôi thai bất thường. Bụng cảm giác có dịch tự do. - Cố gắng phát hiện nhịp tim thai, vì có thể không thấy nhịp tim thai.
3. Khi đánh giá tình trạng của chị D, trong quy trình khám/ xét nghiệm máu, bạn làm gì và tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Không nhất thiết phải xét nghiệm máu để chẩn đoán. Tuy nhiên, phải xét nghiệm máu để điều trị và tiên lượng. - Nên siêu âm nếu có thể để định vị rau thai, hình dạng tử cung.
<p>Chẩn đoán (Xác định các vấn đề/ nhu cầu)</p> <p>Bạn đã hoàn thành đánh giá tình trạng của chị D và phát hiện thấy: Nhịp tim của chị D là 120 nhịp/phút và yếu, huyết áp 80/60 mm Hg, nhịp thở 20 nhịp/phút và thân nhiệt là 37°C. Da tái xanh và đổ mồ hôi. Chị D đau bụng liên miên, tử cung mềm và không thể nghe nhịp tim thai. Âm đạo chảy máu nặng hơn và có máu đông. Không sờ thấy ngôi thai.</p>	

4. Dựa vào những phát hiện trên, chị D được chẩn đoán như thế nào và tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Những biểu hiện và triệu chứng của chị D (cụ thể như có dấu hiệu choáng, đau bụng liên miên, tử cung mềm, âm đạo chảy máu, và không thấy nhịp tim thai trên sản phụ có sẹo mổ cũ nên nghĩ đến nứt sẹo mổ cũ.
5. Xét nghiệm nào thích hợp tại thời điểm này?	<ul style="list-style-type: none"> - Nên xét nghiệm máu để phát hiện hay lại trừ khả năng bị rối loạn đông máu.
Chăm sóc (Lập kế hoạch và can thiệp)	
6. Dựa vào chẩn đoán, kế hoạch chăm sóc cho chị D của bạn là gì và tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Chị D phải được điều trị choáng ngay tức thì: <ul style="list-style-type: none"> + Đặt chị nằm nghiêng. + Đảm bảo đường thở thông thoáng. + Thở oxy cho chị C 6—8 L/phút bằng mặt nạ hoặc ống thông. + Giữ ấm cho chị. + Nâng chân cho chị. + Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, và thân nhiệt. + Nhanh chóng truyền dung dịch tĩnh mạch (1L dung dịch muối hoặc lactate trong 15-20 phút). + Giám sát lượng nước hấp thụ và thải ra ra (đặt ống thông tiểu để kiểm soát lượng nước tiểu thải ra). - Xét nghiệm máu để kiểm tra hemoglobin và lấy mẫu đối chiếu và chuẩn bị sẵn sàng truyền máu - Chuẩn bị cho chị D phải mổ cấp cứu sớm nhất có thể. - Phải giải thích cho chị D và mẹ chồng chị các bước được tiến hành để xử trí tai biến. Chấn an và hỗ trợ tinh cảm cho chị D, và giải đáp mọi câu hỏi hay băn khoăn của chị.
<p>Đánh giá</p> <p>Nửa tiếng sau khi nhập viện, tình trạng của chị D tạm thời ổn định, dù máu âm đạo vẫn chảy. Cổ tử cung của chị đóng kín. Không thấy nhịp tim thai. Xét nghiệm đông máu cho kết quả bình thường.</p>	
7. Dựa vào những phát hiện trên, bạn sẽ tiếp tục điều trị cho chị D như thế nào và tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Cần phải truyền đủ máu để bù vào lượng máu mất. - Giải thích cho chị D và mẹ chồng chị về tính chất của qui trình chăm sóc và những rủi ro có thể xảy ra, tiếp tục trấn an và hỗ trợ tinh thần cho chị D. Đặc biệt, chuẩn bị tinh thần cho chị D và mẹ chồng chị vì đứa trẻ sẽ bị chết ngay sau khi sinh là điều không tránh khỏi. - Theo dõi cẩn thận tình trạng của chị D. Chú ý các tai biến khi mổ cấp cứu (tổn thương các tạng lân cận, tổn thương tử cung). Giải thích khả năng

	<p>phải cắt tử cung, khâu phục hồi các tổn thương cơ quan lân cận. Chăm sóc sau mổ.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trước khi ra viện, có thể thảo luận các tình huống trong tương lai với chị D và các thành viên khác trong gia đình nếu họ muốn. Hiện tượng không có kinh do cắt tử cung, khả năng sinh hoạt 2 vợ chồng, và khả năng dính ruột sau mổ. - Tiếp tục điều trị nâng cao thể trạng.
--	--

Tự lượng giá

Trả lời ngắn các câu từ 1 đến 10 :

1. Kể 3 nguyên nhân gây chảy máu trong nửa cuối thời kỳ thai nghén và trong chuyển dạ:
 - A
 - B
 - C.....
2. Kể 3 thể của rau bong non:
 - A.....
 - B.....
 - C.....
3. Kể 2 triệu chứng cơ năng và toàn thân của rau bong non thể nặng:
 - A
 - B.....
4. Kể 2 triệu chứng của dọa vỡ tử cung :
 - A
 - B.....
5. Kể 2 việc phải làm khi có dấu hiệu vỡ tử cung
 - A.
 - B.
6. Việc phải làm trước khi chuyển tuyến trên trong trường hợp vỡ tử cung hoàn toàn
7. Kể 4 nhiệm vụ của NHS để đề phòng vỡ tử cung
 - A
 - B.....
 - C.....
 - D.....
8. Rau bong non thể nhẹ chỉ chẩn đoán được
9. Để phân biệt chảy máu do tổn thương ở CTC khi khám cần phải
10. Viết tiếp đặc điểm lâm sàng của rau bong non thể trung bình
 - A. Có hội chứng tiền sản giật
 - B.
 - C. Tim thai nhanh hay chậm
 - D.
11. Bài tập giải quyết vấn đề: Sản phụ có thai lần thứ 4, 38tuần, PARA 1031, nạo 3 lần. Khám TC 30/90cm, TT 100lần/phút, mạch 105 lần/phút, HA

80/50 mmHg, ra máu đỏ tự nhiên, máu cục , TC mềm, không có cơn co, hãy chẩn đoán xác định hướng xử trí ở tuyến cơ sở.

- A. Chẩn đoán
- B. Xử trí

Phân biệt Đ-S các câu từ 12-21 bằng cách đánh dấu vào ô phù hợp các dấu hiệu lâm sàng của rau tiền đạo.

	Đ	S
12.Chảy máu 3 tháng đầu.		
13.Chảy máu không kèm theo đau bụng		
14.Chảy máu 3 tháng cuối		
15.Tìm thai thường mất.		
16.Ra máu màu đỏ kèm máu cục		
17.Tử cung co cứng.		
18.Tử cung mềm		
19.Thường có kèm theo dấu hiệu tiền sản giật.		
20.Khi nghĩ đến rau tiền đạo cần giữ sản phụ ở lại tuyến cơ sở.		
21.Trong rau tiền đạo khi có chuyển dạ phải cho ngón tay vào CTC tìm cho được rau để chẩn đoán mới chính xác.		

Đáp án

1. Câu 1:
 - A. Rau tiền đạo.
 - B. Rau bong non.
 - C. Vỡ tử cung.
2. Câu 2
 - A. Thể nhẹ.
 - B. Thể trung bình .
 - C. Thể nặng .
3. Câu 3
 - A. Đau bụng vật vã.
 - B. Choáng.
4. Câu 4
 - A. Cơn co dôn dập.
 - B. Tử cung hình quả bầu nậm.
5. Câu 5
 - A. Cho thuốc giảm co.
 - B. Chuyển tuyến trên có nhân viên y tế đi kèm.
6. Câu 6: Hồi sức chống choáng
7. Câu 7
 - A. Vận động sản phụ khám thai đúng định kỳ.

- B. Thực hiện tốt quản lý thai nghén, phát hiện sớm thai có nguy cơ cao.
- C. Theo dõi sản phụ trong khi chuyển dạ .
- D. Không được đẩy bụng sản phụ trong khi rặn đẻ.
8. Câu 8: Sau sỏ rau.
9. Câu 9: Đặt van hoặc mở vết.
10. Câu 10
- B. Tử cung co cứng nhiều hơn .
- C. Ra máu đen loãng, vừa.
- E. Chiều cao tử cung tăng dần.
11. Câu 11
- A. Rau tiền đạo
- B. Cho thuốc giảm co, chuyển tuyến trên có nhân viên y tế đi kèm.
12. Câu 12S ; 13 Đ; 14 Đ; 15 S ; 16 Đ; 17 S; 18 Đ; 19S; 20 S; 21S

Tài liệu tham khảo

- Xử trí các tai biến trong mang thai và sinh đẻ, Trang C-1; C-10 tới C-11; S-1 tới S-2; S-18 tới S-20
- Cấp cứu sản khoa ; tài liệu P 21
- Sách sản phụ khoa bộ môn phụ sản trường đại học Y HN
- Tài liệu chuẩn quốc gia Bộ Y tế

BÀI 7

XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN BA CUỘC CHUYỂN DẠ

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này, học viên phải:

4. Mô tả được qui trình kỹ thuật xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ.
5. Thực hành thành thạo các thao tác của xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ trên mô hình.

Phương tiện học tập: Bảng trắng, bút viết, mô hình khung chậu, mô hình trẻ sơ sinh, mô hình bánh rau, bảng kiểm xử trí tích cực giai đoạn 3.

Kế hoạch bài giảng: Thời gian 2 tiết

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp, phương tiện dạy/học	Hoạt động học viên	Phản hồi nhanh
Giới thiệu chung	5	Thuyết trình Bảng Bút viết bảng	Nghe, ghi	Quan sát học viên
Mục tiêu 1: Mô tả được qui trình kỹ thuật xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ				
Giới thiệu chung. Định nghĩa băng huyết sau đẻ. Một số lưu ý. Bảng chứng. Các bước của qui trình xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ.	40	Thuyết trình Bảng Bút viết bảng	Nghe, ghi	Quan sát học viên
Mục tiêu 2: Thực hành thành thạo các thao tác của xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ trên mô hình				
Thực hành trên mô hình các qui trình của xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ.	45	Đóng vai Mô hình khung chậu Bánh rau	Đóng vai (người đỡ đẻ, người phụ đỡ đẻ, sản phụ).	Quan sát học viên thực hành, sử dụng bảng kiểm xử trí tích cực giai đoạn 3.

Nội dung bài học

Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ là các thao tác xử trí tích cực, chủ động giúp cho bánh rau bong và sổ nhanh, làm giảm lượng máu mất, đề phòng băng huyết sau đẻ. Oxytocin là thuốc tăng co tử cung được lựa chọn để đề phòng băng huyết sau đẻ. Mọi trường hợp đẻ đường dưới đều phải được áp dụng xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ. Cán bộ y tế có kỹ năng, đã được đào tạo phải thực hiện xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ. Năm 2003, Liên minh nữ hộ sinh quốc tế (ICM) và Liên đoàn sản phụ khoa quốc tế (FIGO) đã cho ra đời một khuyến cáo về xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ. Tháng 10 năm 2006, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã ban hành một khuyến cáo về xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ. Nội dung bài học này là theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới (10/2006).

1. ĐỊNH NGHĨA

Băng huyết sau đẻ là chảy máu âm đạo sau khi sổ thai vượt quá 500 mL. Băng huyết sau đẻ là nguyên nhân hàng đầu của tử vong mẹ. Băng huyết sau đẻ xảy ra khoảng hơn 10% số trường hợp đẻ, tỷ lệ 1% phối hợp với các trường hợp nguy kịch. 25% số trường hợp tử vong mẹ hiện nay là do băng huyết trầm trọng gây ra.

2. MỘT SỐ LƯU Ý CẦN NHỚ

Trong thực tế lâm sàng khi đỡ đẻ, thường hay xảy ra các hiện tượng sau đây:

- Cán bộ y tế thường ước lượng lượng máu mất không chính xác và thấp hơn rất nhiều so với thực tế máu đã chảy. Vì nhiều lý do khác nhau như: một phần lớn máu đã thấm vào vải, máu chảy ra bị hòa lẫn cùng với nước ối làm cho khó đánh giá chính xác là có bao nhiêu máu trong đó. Và yếu tố tâm lý người đỡ đẻ thường không cho là trường hợp mình đỡ đẻ lại chảy máu nhiều đến như vậy, không có lợi cho sản phụ cũng như đối với đồng nghiệp.
- Mức độ ảnh hưởng đến tính mạng, sức khỏe sản phụ không chỉ tùy thuộc vào lượng máu đã mất mà còn phụ thuộc vào tình trạng sức khỏe của sản phụ trước đó. Với một lượng máu mất như nhau, sản phụ không bị thiếu máu có thể chịu đựng được, có thể thích nghi được nhưng sẽ vô cùng nguy hiểm đến tính mạng, đến sức khỏe của một người đã bị thiếu máu từ trước đó. Những trường hợp đã bị thiếu máu trong thai kỳ, đặc biệt là thiếu máu nặng thì khi đẻ chỉ cần mất thêm một ít máu nữa là sẽ ảnh hưởng nghiêm trọng đến tình trạng toàn thân, sức khỏe bị giảm sút, khó hồi phục.
- Ngoài những trường hợp chảy máu ồ ạt sau khi sổ thai, cán bộ y tế có thể dễ dàng nhận thấy được. Còn có những trường hợp chảy máu có thể diễn ra từ từ, ít một, kéo dài trong nhiều giờ sau đẻ. Các trường hợp này nhiều khi không được chẩn đoán là băng huyết sau đẻ bởi vì tình trạng chảy máu diễn ra từ từ, âm thầm. Người ta chỉ có thể nhận biết được là băng huyết sau đẻ khi

sản phụ rơi vào tình trạng choáng (mạch nhanh, huyết áp tụt, da xanh, tái, vã mồ hôi, người mệt, khát nước).

– Dù có khám thai đầy đủ, theo đúng qui trình nhưng việc đánh giá nguy cơ bị băng huyết sau đẻ thường là không thể đầy đủ được. Rất nhiều trường hợp băng huyết sau đẻ không có yếu tố nguy cơ trước đó, trong thời kỳ khám thai. Như vậy, khi khám thai đầy đủ vẫn không thể tìm ra hết những người sẽ bị băng huyết sau này khi đẻ.

3. BĂNG CHỨNG

Lần đầu tiên vào năm 1988, Bristol và Hitcinbrooke đã nghiên cứu và chứng minh cho thấy thực hiện xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ sẽ giúp làm giảm tỷ lệ bị băng huyết sau đẻ.

Tử cung không có đủ khả năng co chặt lại sau đẻ (đờ tử cung) nhằm bảo đảm cầm máu là nguyên nhân hàng đầu gây băng huyết sau đẻ. Mặc dù băng huyết sau đẻ do nhiều nguyên nhân gây ra nhưng đờ tử cung vẫn là nguyên nhân phổ biến nhất.

Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ nhằm rút ngắn thời kỳ sổ rau, cho phép đề phòng được trên 60% số trường hợp băng huyết sau đẻ (nguy cơ tương đối 0,38; 95% khoảng tin cậy 0,32 — 0,46). Vì những lợi ích rõ ràng như vậy nên mọi trường hợp đẻ đường âm đạo đều phải được áp dụng xử trí tích cực giai đoạn

Việc xử trí tích cực giai đoạn 3 phải do các cán bộ y tế đã được đào tạo thực hiện. Các cán bộ y tế ở đây bao gồm những người có kỹ năng, đã được đào tạo thực hiện theo dõi và đỡ đẻ ở mọi tuyến.

Oxytocin là thuốc được lựa chọn sử dụng trong xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ bởi vì thuốc có tác dụng nhanh, trong khoảng 2 - 3 phút sau khi tiêm bắp. Oxytocin là thuốc ít có tác dụng không mong muốn và có thể sử dụng cho tất cả mọi phụ nữ. Hầu như không có trường hợp nào chống chỉ định dùng oxytocin. Việc bảo quản thuốc oxytocin tương đối dễ dàng và thuận lợi.

4. CÁC BƯỚC TRONG QUI TRÌNH XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN 3 CHUYỂN DẠ

Cần phải có ít nhất 2 người tham gia đỡ cho một trường hợp đẻ. Chuẩn bị sẵn 10 đơn vị oxytocin (hai ống 5 đơn vị) trong bơm tiêm.

4.1 Sử dụng ngay oxytocin

- Trong vòng 1 phút sau khi sổ thai, người phụ đỡ đẻ thực hiện sờ nắn bụng sản phụ để loại trừ còn thai nữa trong tử cung. Sau khi loại trừ, người phụ đỡ đẻ tiến hành tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin cho sản phụ.

- Chỉ sau khi đã tiêm oxytocin, người đỡ đẻ mới tiến hành cặp dây rốn và cắt rốn cho trẻ. Khi cặp dây rốn chú ý cặp gần sát vào âm hộ sản phụ. Không nên vội vàng cặp và cắt dây rốn. Người đỡ đẻ đưa trẻ ra bàn làm rốn và để cho người phụ đỡ đẻ chăm sóc trẻ. Người phụ đỡ đẻ nhanh chóng lau khô, hút nhót, làm rốn, quấn tã lót và đưa trẻ cho sản phụ nếu thích hợp.

4.2 Kéo dây rốn vừa phải để gây số rau

Người đỡ đẻ thực hiện công việc này:

- Một tay cầm kim và dây rốn. Giữ căng dây rốn (không kéo) và chờ đợi tử cung lại mạnh (2 - 3 phút).
- + Đặt bàn tay còn lại lên bụng sản phụ ngay vùng trên xương ực, giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lại về phía xương ực trong khi thực hiện kéo dây rốn vừa phải. Động tác này nhằm để phòng tử cung bị lộn.
- Khi tử cung trở nên tròn và dây rốn dài ra, kéo lên dây rốn rất nhẹ nhàng để làm số rau. Không cần chờ đợi thấy chảy máu ở âm đạo rồi mới thực hiện kéo dây rốn. Tiếp tục dùng bàn tay còn lại ấn vào tử cung theo hướng ngược lại về phía xương ực.
- Nếu kéo dây rốn vừa phải trong 30 - 40 giây mà bánh rau không tụt xuống thấp (nghĩa là không có dấu hiệu bong bánh rau) thì dừng lại không tiếp tục kéo lên dây rốn nữa.
- Lúc này chỉ giữ dây rốn nhẹ nhàng và chờ đến lúc tử cung co bóp trở lại.
- Khi thấy dây rốn dài ra, nếu cần thiết thì dùng kim cặp lại dây rốn sát vào âm hộ.
- Tiếp tục lặp lại động tác kéo dây rốn vừa phải cùng với ấn ngược tử cung khi có cơn co.

Chú ý:

- ***Động tác kéo dây rốn chỉ được làm vừa phải, không được làm quá thô bạo.***
- ***Không bao giờ được kéo dây rốn mà không dùng bàn tay thứ hai đẩy tử cung theo chiều ngược lại về phía xương ực.***

4.3 Xoa tử cung

- Ngay lập tức thực hiện xoa đáy tử cung qua thành bụng sản phụ cho đến khi tử cung co tốt.
- Cứ 15 phút xoa đáy tử cung một lần trong vòng 2 giờ đầu tiên.
- Bảo đảm tử cung vẫn co tốt sau khi kết thúc xoa đáy tử cung.

Sau khi rau đã số, nếu màng rau còn bị mắc lại thì dùng hai bàn tay xoay bánh rau làm cho màng rau bị xoắn lại và bong nốt. Các bước tiếp theo thực hiện như trước đây, tức là phải kiểm tra bánh rau, màng rau để bảo đảm không có sót rau hay sót màng.

Nếu tiếp tục chảy máu, phải tìm các nguyên nhân khác gây băng huyết sau đẻ (rách đường sinh dục, sót rau) và thực hiện xử trí phù hợp với từng nguyên nhân.

Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ bao gồm 3 động tác chính sau đây:

1. Tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin
2. Kéo vừa phải dây rốn đồng thời đẩy tử cung trên bụng theo chiều ngược lại.

3. Xoa bóp đáy tử cung.

Nói tóm lại xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ là một thao tác thường qui áp dụng cho mọi trường hợp đẻ qua đường âm đạo, do cán bộ y tế thực hiện nhằm dự phòng băng huyết sau đẻ.

Hướng dẫn xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ (Dùng cho học viên)

TT	Bước	Số trường hợp
1	Giải thích cho sản phụ cách lấy rau sau khi sổ thai để sản phụ yên tâm, hợp tác với người đỡ đẻ	
2	Người phụ đỡ đẻ lấy 10 đơn vị oxytocin vào bơm tiêm	
3	Ngay sau thai sổ, người phụ đỡ đẻ sờ đáy tử cung qua thành bụng để bảo đảm không còn thai trong tử cung và tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin	
4	Sau khi đã tiêm oxytocin, người đỡ đẻ cặp dây rốn và cắt dây rốn. Chú ý cặp một kim vào sát âm hộ sản phụ	
5	Đưa trẻ ra bàn hồi sức sơ sinh, giao cho người phụ đỡ đẻ thực hiện các bước chăm sóc trẻ sơ sinh tiếp theo	
6	Một tay cầm kim và dây rốn giữ cho căng nhưng không kéo	
7	Một tay đặt lên bụng vùng trên khớp vệ, giữ và ấn tử cung về phía xương ức.	
8	Chờ thấy tử cung co lại mạnh và dây rốn dài ra thì tiến hành kéo dây rốn vừa phải, nhẹ nhàng trong khi một tay trên bụng tiếp tục ấn tử cung theo chiều ngược lại. Không cần chờ đến khi có hiện tượng chảy máu ở âm đạo.	
9	Nếu kéo dây rốn 30 — 40 giây mà không thấy bánh rau xuống thấp thì dừng lại, không kéo mà chỉ giữ căng dây rốn.	
10	Chờ cho tử cung co mạnh lại, dây rốn dài ra thì tiếp tục lặp lại động tác kéo dây rốn như trên.	
11	Ngay lập tức xoa đáy tử cung qua thành bụng sản phụ cho đến khi tử cung co tốt.	
12	Cứ 15 phút xoa đáy tử cung một lần trong vòng 2 giờ đầu tiên. Bảo đảm tử cung co tốt sau mỗi khi xoa.	

Câu hỏi lượng giá

1. Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ bao gồm các bước sau đây:

A-

B-

C-

2. Mục đích của xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ là nhằm dự phòng

3. Băng huyết sau đẻ là chảy máu âm đạo sau khi sổ thai vượt quámL.
4. Oxytocin là thuốc được lựa chọn để sử dụng trong xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ là bởi vì:
 - A-
 - B-
 - C-
 - D-
5. Tiêm bắp đơn vị oxytocin sau khi xác định không còn thai ở trong tử cung.
6. Tiến hành xoa đáy tử cung cứ phút/lần trong giờ đầu sau đẻ.

Phân biệt Đ/S các câu từ 7 đến 16 bằng cách đánh dấu v vào cột phù hợp:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
7	Người đỡ đẻ thường ước lượng chính xác lượng máu bị mất sau khi sổ thai.		
8	Khó có thể sàng lọc hết được mọi người bị băng huyết sau đẻ trong lúc khám thai.		
9	Đờ tử cung không phải là nguyên nhân hàng đầu của băng huyết sau đẻ.		
10	Mụ vườn hay bà đỡ dân gian cũng phải thực hiện xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ khi đỡ đẻ.		
11	Sau khi sổ thai, kiểm tra không còn thai trong tử cung, tiến hành tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin.		
12	Tiến hành cặp và cắt dây rốn trước khi tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin.		
13	Đợi dấu hiệu chảy máu âm đạo rồi mới bắt đầu tiến hành kéo dây rốn.		
14	Kéo dây rốn vừa phải trong khi bàn tay còn lại để lên bụng đẩy tử cung ngược về phía xương ức.		
15	Sau khi sổ rau không cần phải kiểm tra bánh rau và màng rau.		
16	Tiến hành xoa đáy tử cung cứ 30 phút một lần trong 3 giờ đầu.		

Đáp án:

Câu 1-

- (A) Tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin
- (B) Kéo dây rốn vừa phải
- (C) Xoa đáy tử cung

Câu 2- Băng huyết sau đẻ

Câu 3- 500

Câu 4-

- (A) Có tác dụng nhanh.
- (B) Ít có tác dụng không mong muốn.
- (C) Hầu như không có chống chỉ định.
- (D) Bảo quản tương đối dễ dàng và thuận lợi.

Câu 5- 10

Câu 6- 15 và 2

Các câu: 7 S, 8 Đ, 9 S, 10 S, 11 Đ, 12 S, 13 S, 14 Đ, 15 S, 16 S.

Tài liệu tham khảo

1. Prevention of postpartum hemorrhage by active management of the third stage of labor. WHO, 10-2006.
2. B-Lynch C., Keith L.G., Lalonde A.B., Karoshi M.: A textbook of postpartum hemorrhage. A comprehensive guide to evaluation, management and surgical intervention. Sapiens publishing, 2006.

BÀI 8

CHẢY MÁU ÂM ĐẠO SAU ĐẸ

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này, học viên phải:

1. Kể tên được các nguyên nhân chảy máu sau đẻ.
2. Nói được các dấu hiệu lâm sàng của từng nguyên nhân.
3. Trình bày được cách xử trí đối từng nguyên nhân cho các tuyến.
4. Làm được một số thủ thuật trong xử trí chảy máu sau đẻ và cách phòng ngừa chảy máu sau đẻ.

Phương tiện giảng dạy

Bảng, bút dạ, projector, bệnh án/ ca bệnh, tranh ảnh minh họa hoặc mô hình.

Kế hoạch bài giảng: Thời gian 3 tiết

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp/phương tiện dạy học	Hoạt động học viên	Phản hồi nhanh
Mục tiêu học tập 1: Nhận biết các dấu hiệu, các triệu chứng và quyết định các chẩn đoán có liên quan đến chảy máu sau đẻ.				
Chảy máu ngay sau đẻ: Định nghĩa. Triệu chứng và dấu hiệu điển hình. Triệu chứng và dấu hiệu ít gặp. Các chẩn đoán có thể.	30	Thuyết trình có minh họa. Thảo luận Thực hành lâm sàng trên bệnh nhân: Rà soát trường hợp, thực hành phát hiện triệu chứng, dấu hiệu và chẩn đoán, ra quyết định. Bảng trắng, bút dạ, giấy khổ A0	Nghe giảng. Thảo luận từng trường hợp. .	Đánh giá qua thảo luận và trình bày của học viên.
Mục tiêu học tập 2: Sử dụng được các biện pháp đơn giản để đưa ra các chẩn đoán cụ thể liên quan tới chảy máu sau đẻ.				
Đờ tử cung. Chấn thương đường	45	Thuyết trình có minh họa.	Nghe giảng.	Đánh giá qua thảo luận và

sinh dục (rách âm hộ, TSM, âm đạo, rách CTC, vỡ tử cung). Bất thường về bong rau và sổ rau (sốt rau-màng rau, rau không bong). Lộn tử cung Rối loạn đông máu.		Thảo luận. Nghiên cứu trường hợp. Thực hành lâm sàng trên bệnh nhân: thực hành phát hiện triệu chứng, dấu hiệu và chẩn đoán, ra quyết định. Bảng trắng, bút dạ, giấy A0.	Thảo luận trường hợp.	trình bày của học viên.
Mục tiêu học tập 3: Xử trí các nguyên nhân chảy máu sau đẻ.				
Xử trí chảy máu sau đẻ: Xử trí chung. Đờ tử cung. Chấn thương đường sinh dục. Bất thường bong rau, sổ rau. Lộn tử cung. Rối loạn đông máu.	90	Thuyết trình có minh họa. Thảo luận. Nghiên cứu trường hợp. Thực hành lâm sàng trên bệnh nhân	Nghe giảng. Thảo luận nhóm trên từng trường hợp cụ thể.	Đánh giá qua thảo luận của học viên và thực hành trên lâm sàng.
Mục tiêu học tập 4: Dự phòng chảy máu sau đẻ.				
Dự phòng chảy máu sau đẻ: Xử trí tích cực giai đoạn 3 của cuộc chuyển dạ.	15	Thuyết trình có minh họa. Thảo luận. Thực hành lâm sàng trên sản phụ ở giai đoạn 3 của chuyển dạ.	Nghe giảng. Thảo luận nhóm.	Đánh giá qua thảo luận nhóm của học viên và thực hành trên lâm sàng.

Nội dung bài học

1. ĐỊNH NGHĨA

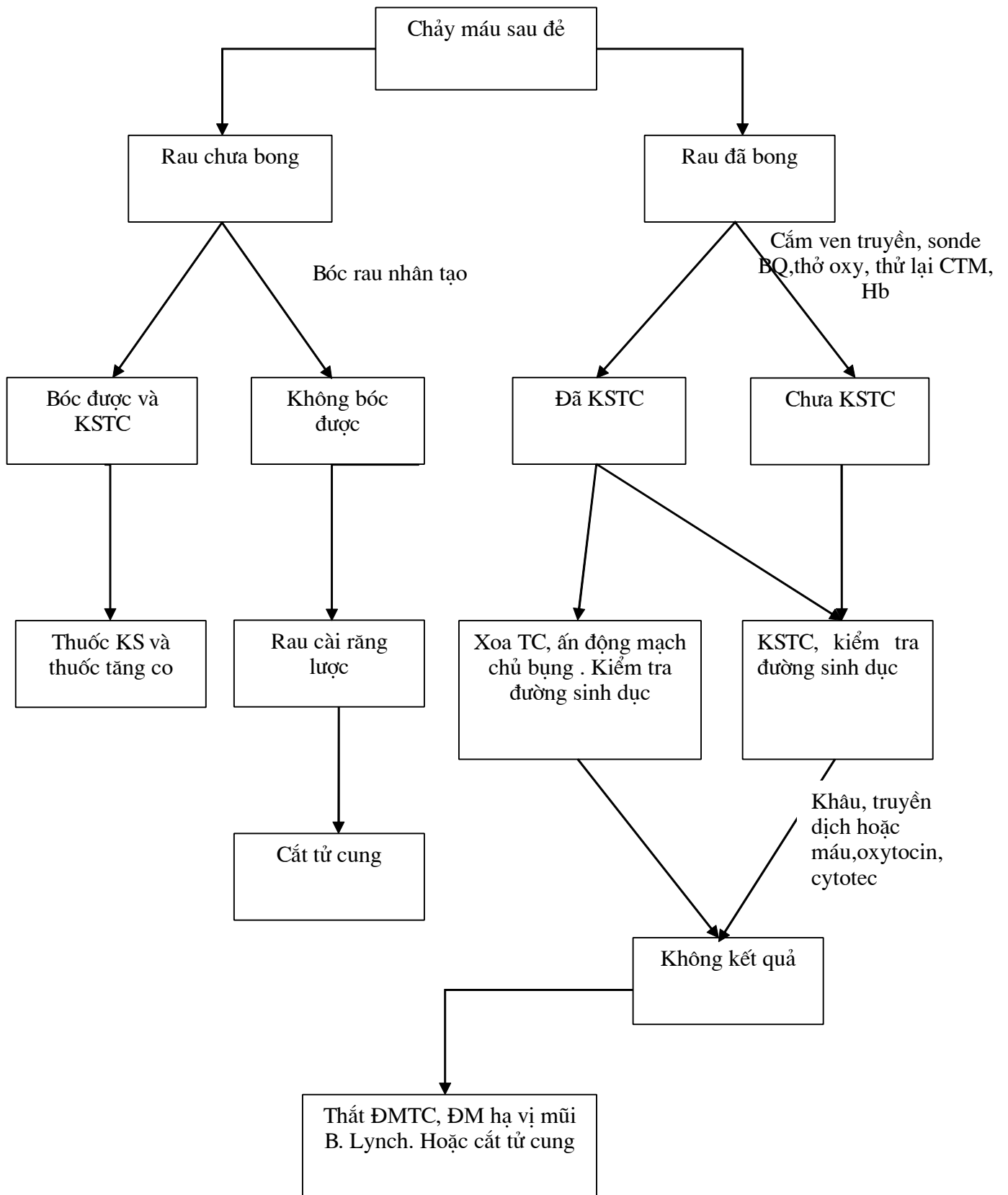
Sau đẻ nếu lượng máu mất đi > 300ml hoặc đã gây hậu quả choáng do mất máu băng huyết và trở thành tai biến rất nguy hiểm.

Chảy máu sau đẻ chia 2 giai đoạn: trong 24 giờ sau đẻ và những ngày sau.

Chảy máu sau đẻ hiện nay vẫn là tai biến sản khoa hay gặp nhất, là nguyên nhân chính gây tử vong mẹ.

2. NGUYÊN NHÂN

- Đờ tử cung.
- Chấn thương đường sinh dục (đặc biệt vỡ tử cung).
- Bất thường về rau bong, sổ rau.
- Lộn tử cung.
- Bệnh về máu.



Hình 2. Các tình huống xử trí chảy máu sau đẻ

2.1. Đờ tử cung

Là tình trạng cơ tử cung giảm hoặc mất trương lực, không hình thành khối an toàn sau khi rau đã sổ để thực hiện tắc mạch sinh lý, do đó gây chảy máu.

- Đờ tử cung có hồi phục: Cơ tử cung giảm trương lực sau đẻ nhưng còn đáp ứng với các kích thích cơ học, hoá học.
- Đờ tử cung không hồi phục: Cơ tử cung không còn khả năng đáp ứng với bất cứ kích thích nào.

2.1.1. Nguyên nhân

- Chất lượng cơ tử cung yếu: đẻ nhiều lần, tử cung có sẹo mổ, u xơ tử cung, tử cung dị dạng.
- Tử cung bị căng giãn quá mức vì đa thai, đa ối, thai to.
- Chuyển dạ kéo dài.
- Nhiễm khuẩn ối.
- Sốt rau, màng rau trong buồng tử cung (đờ tử cung thứ phát).
- Sản phụ suy nhược, thiếu máu, tăng huyết áp, tiền sản giật.

2.1.2. Triệu chứng

- Chảy máu ngay sau khi sổ rau là triệu chứng phổ biến nhất, máu từ chỗ bám của rau chảy ra ứ đọng trong buồng tử cung rồi mỗi khi có cơn co tử cung lại đẩy ra ngoài một khối lượng máu. Nếu đờ tử cung không hồi phục thì máu chảy ra liên tục hoặc ấn vào đáy tử cung máu sẽ chảy ra từ âm đạo màu đỏ.
- Tử cung mềm, co hồi kém hoặc không co hồi, không khối an toàn mặc dù rau đã sổ.
- Mật độ tử cung nhão, khi cho tay vào buồng tử cung không thấy tử cung co bóp vào tay mà mềm nhẽo, trong tử cung có máu cục và máu loãng.
- Nếu máu ra nhiều sản phụ da xanh nhợt, mạch nhanh, huyết áp hạ.
- Nếu đờ tử cung nặng có thể dẫn đến tai biến lộn tử cung.

2.1.3. Xử trí

- *Tuyến xã*
 - + Cần xử trí khẩn trương, phải tiến hành song song cầm máu và hồi sức.
 - + Dùng mọi biện pháp cơ học để cầm máu, chẹn tử cung qua thành bụng, ép tử cung bằng hai tay qua thành bụng.
 - + Sonde bàng quang, cắm ven truyền.
 - + KSTC lấy hết máu cục, rau và màng rau, rồi tiêm bắp oxytocin 5-10 đv, có thể tiêm bắp nhắc lại 2 lần (xem bài sử dụng Oxytocin trong chuyển dạ và sau đẻ). Nếu tử cung không co tiêm Ecgometrin 0,2mg một ống vào bắp hoặc Misoprostol 200mcg x5 viên đặt hậu môn.
 - + Truyền dịch chống choáng (dùng Ringer latic hoặc mận đẳng trương).
 - + Dùng kháng sinh toàn thân.
 - + Nếu không cầm được máu thì nhanh chóng chuyển tuyến trên hoặc mời tuyến trên hỗ trợ. Khi chuyển nhất thiết phải có nhân viên y tế đi kèm để theo dõi, đồng thời xoa bóp tử cung liên tục.
- *Tuyến huyện*

- + Xử trí như tuyến xã.
- + Điều quan trọng là phải xử trí kịp thời để tránh tình trạng chảy máu kéo dài dẫn tới rối loạn đông máu.
- + Nếu sau khi xoa bóp liên tục tử cung, đã tiêm thuốc co bóp tử cung nhưng máu vẫn tiếp tục chảy phải nghĩ đến đờ tử cung không hồi phục và phải tiến hành cắt tử cung bán phần.
- + Hồi sức, truyền máu và cho kháng sinh toàn thân.

2.2. Chấn thương đường sinh dục

Rách TSM, rách âm hộ, âm đạo, máu tụ đường sinh dục, rách CTC, vỡ tử cung. Chấn thương đường sinh dục là một nguyên nhân gây chảy máu từ chỗ rách và xảy ra sau khi sổ thai. Nếu không xử trí kịp thời gây đờ tử cung và rối loạn đông máu.

2.2.1 Nguyên nhân

- Đỡ đẻ không đúng kỹ thuật: đẩy bụng, lạm dụng Oxytocin.
- Đẻ nhanh.
- Thai to.
- CTC chưa mở hết mà sản phụ đã rặn.
- Can thiệp không đúng chỉ định và không đủ điều kiện.

2.2.2. Triệu chứng và chẩn đoán

- Chảy máu xuất hiện ngay sau khi thai sổ, lượng máu mất nhiều hay ít tùy tổn thương nặng hay nhẹ.
- Máu đỏ tươi chảy ra rỉ rỉ hay thành dòng liên tục.
- Tử cung co tốt nhưng máu đỏ tươi vẫn chảy ra ngoài âm hộ.
- Rách TSM và âm hộ dễ dàng quan sát.
- Chẩn đoán rách âm đạo đặt van kiểm tra.
- Chẩn đoán rách CTC dùng van và 2 kẹp hình tim kiểm tra vòng quanh CTC tìm chỗ rách.
- Một số chấn thương đường sinh dục có thể không kèm theo chảy máu ra ngoài là máu tụ sinh dục (âm hộ, âm đạo và tiểu khung) có khi choáng nặng vì mất máu.

2.2.3. Xử trí

- *Phải bóc rau nhân tạo và KSTC ngay sau khi sổ thai để chẩn đoán.*
- *Tuyến xã*
- + Xử trí theo nguyên tắc vừa hồi sức vừa cầm máu.
- + Khâu TSM nếu rách độ 1-2 (xem bài "Cắt và khâu TSM")
- + Nếu rách TSM độ 3, rách âm hộ, âm đạo, CTC vẫn tiếp tục chảy máu phải chuyển tuyến hoặc mời tuyến trên về xử trí sau khi đã chèn gạc đến tận CTC hoặc kẹp cầm máu tạm thời.
- + Kháng sinh.
 - *Tuyến huyện*
- + Cầm máu, hồi sức, chống choáng.
- + Khâu phục hồi các vết rách bằng chỉ tự tiêu mũi rời (CTC, cùng đồ và âm đạo).

- + Nếu vỡ tử cung: xem bài "Chảy máu trong nửa cuối của thời kỳ thai nghén và trong khi chuyển dạ".

2.3. Bất thường về bong rau, sổ rau

2.3.1. Sổ rau và sổ màng

- *Chảy máu là dấu hiệu sớm của sổ rau do các xoang tĩnh mạch ở nơi rau bám không đông lại được.*

2.3.1.1. Nguyên nhân

- Tiền sử sảy thai, nạo hút thai nhiều lần.
- Đẻ nhiều lần và có tiền sử bị sổ rau, viêm nội mạc tử cung.
- Sau đẻ non, đẻ thai lưu, sẹo mổ cũ.

2.3.1.2. Triệu chứng lâm sàng

- Chảy máu thường xuất hiện sau khi sổ rau.
- Ra máu rỉ rả, tử cung có thể co kém, máu đọng trong buồng tử cung dẫn đến tử cung căng to không co lại được gây đờ tử cung thứ phát.
- Lượng máu chảy ra có thể nhiều hay ít, máu đỏ tươi lẫn máu cục.
- Có thể phát hiện sớm bằng cách kiểm tra bánh rau thấy thiếu. Chú ý đến trường hợp có bánh rau phụ.
- Nếu phát hiện muộn, không xử trí kịp thời, sản phụ có dấu hiệu choáng: khát nước, tay chân lạnh, vã mồ hôi, mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ, tử cung co kém.

2.3.1.3. Xử trí

- *Tuyến xã*
 - + Lập đường truyền dịch ngay.
 - + Tiến hành KSTC lấy hết máu cục, rau và màng rau, sau khi đã dùng thuốc giảm đau (Morphin 10mg x1 ống hoặc Fentanyl) (xem bài "Kiểm soát tử cung").
 - + Tiêm thuốc co hồi tử cung (Oxytocin, Ergometrin).
 - + Kháng sinh toàn thân (uống hoặc tiêm).
 - + Theo dõi sát: M, HA, co tử cung và chảy máu.
 - + Nếu có choáng phải hồi sức, tư vấn rồi chuyển tuyến trên (có nhân viên y tế đi kèm).
- *Tuyến huyện*
 - + Hồi sức truyền máu, nếu thiếu máu cấp.
 - + Tiếp tục theo dõi: M, HA, chảy máu và co tử cung.
 - + Nếu cần thiết có thể KSTC lại và dùng thuốc tăng co tử cung.

2.3.2. Rau không bong

2.3.2.1. Định nghĩa và phân loại

- Là bệnh hiếm gặp (tỷ lệ 1/2000). Gặp ở người đẻ nhiều lần, nạo thai nhiều lần, tiền sử viêm nội mạc tử cung. Khi đẻ các gai rau bám trực tiếp vào cơ tử cung không có lớp xốp của ngoại sản mạc, có khi gai rau đâm xuyên vào lớp cơ tử cung.

- Phân biệt 2 loại: Rau cài răng lược bán phần và toàn phần.

2.3.2.2. Triệu chứng lâm sàng

- Nếu rau cài răng lược toàn phần: ít gặp và không chảy máu.
- Nếu rau cài răng lược bán phần: sau khi thai sổ 30 phút rau không bong, nhưng có chảy máu ít hay nhiều tùy diện rau bong rộng hay hẹp.
- Chẩn đoán dựa vào bóc rau không kết quả hay chỉ bóc một phần và chảy máu.
 - *Phân biệt*
- + Rau bám chặt: rau bong nhưng do lớp xơ kém phát triển, rau vẫn bóc được bằng tay.
- + Rau cầm tù: bánh rau đã bong nhưng không sổ được tự nhiên vì bị mắc kẹt ở một sừng tử cung (tử cung hai sừng). Trường hợp này cần cho tay vào buồng tử cung có thể lấy được rau.

2.3.2.3. Xử trí

- *Tuyến xã*
- + Nếu rau chưa bong và chảy máu, tiến hành bóc rau nhân tạo và KSTC. Dùng thuốc tăng co bóp tử cung xoa bóp, chống choáng và kháng sinh.
- + Nếu không bóc được hay chảy máu phải chuyển tuyến trên hoặc mời hỗ trợ.
- *Tuyến huyện*
- + Bóc rau nhân tạo và KSTC, dùng thuốc tăng co.
- + Nếu rau cài răng lược bán phần chảy máu hoặc rau cài răng lược toàn phần, chỉ định cắt tử cung bán phần.
- + Truyền máu (nếu cần).
- + Kháng sinh.
- + KSTC lấy hết rau vụn, màng rau và máu cục.
- + Dùng kháng sinh và thuốc co tử cung sau thủ thuật.

2.4. Lộn tử cung

2.4.1 Nguyên nhân

Hay gặp do đẻ thai to, tử cung giãn trong chứa nhiều thai, do đỡ rau không đúng cách, đẩy đẩy tử cung.

Biểu hiện: Bệnh nhân có dấu hiệu choáng do chảy máu và do đau (mạch và huyết áp thay đổi tùy thuộc vào lượng máu mất). Nắn bụng không sờ thấy khối an toàn. Nhìn thấy ở âm hộ có khối màu đỏ.

2.4.2 Xử trí

- *Tuyến xã*
- + Nếu thời gian phát hiện < 15 phút thì tiêm thuốc giảm đau cho bệnh nhân. Sau đó người thầy thuốc đẩy thử (chuẩn bị như khi tiến hành KSTC).
- + Nếu thời gian lộn tử cung > 15 phút, hoặc không đẩy được tử cung trở lại bình thường thì phải chuyển lên tuyến trên hoặc mời hỗ trợ mổ cấp cứu.
- *Tuyến huyện*

- + Chuyển bệnh nhân vào phòng mổ, tiến hành vừa hồi sức và giảm đau tốt, đẩy tử cung. Nếu không có kết quả phải mổ cắt tử cung.

2.5. Rối loạn đông máu

- Có thể tiên phát do các bệnh về máu nhưng thường thứ phát do chảy máu nhiều mất sinh sợi huyết, gây máu không đông.
- Điều trị nội khoa bằng máu tươi là chính và điều trị nguyên nhân.
- Chuyển tuyến trên.

2.6. Dự phòng

- Đảm bảo công tác quản lý thai nghén tốt, phát hiện các thai nghén có nguy cơ cao để chuyển lên để tuyến trên.
- Không được để đẻ tại xã các trường hợp: Con rạ quá 4 lần, chuyển dạ lâu, tử cung có u xơ, tiền sử đẻ băng huyết, thai to, đa ối....
- Không để xảy ra chuyển dạ lâu, kéo dài quá thời gian qui định của biểu đồ chuyển dạ.
- Vô khuẩn trong thao tác khám, đỡ đẻ (không thăm khám âm đạo quá nhiều lần trong chuyển dạ đẻ).
- Cán bộ y tế phải theo dõi sát cuộc đẻ, đỡ đẻ đúng kỹ thuật và nhẹ nhàng, không để sản phụ rặn sớm khi CTC chưa mở hết.
- Khi tăng sinh môn căng, khó giãn nở cần chủ động cắt TSM trước khi sổ đầu để tránh rách. Khi có tổn thương đường sinh dục cần kiểm tra kỹ và xử trí kịp thời.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 cuộc chuyển dạ (Tiêm 10đv oxytocin tĩnh mạch hoặc tiêm bắp ngay sau khi vai thai nhi đã sổ).
- Theo dõi sát sản phụ 6 giờ đầu sau đẻ, đặc biệt trong 2 giờ đầu để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu.

3. KẾT LUẬN

Chảy máu âm đạo sau đẻ là một biến chứng hay gặp có nguy cơ cao. Cần phải phát hiện sớm và xử trí kịp thời mới tránh được những tai biến nguy hiểm đặc biệt đông máu rải rác trong lòng mạch có thể gây tử vong cho sản phụ. Muốn tránh các tai biến này cần phải đỡ đẻ đúng kỹ thuật, chỉ định và xử trí đúng các thủ thuật sản khoa. Cần thực hiện đăng ký quản lý thai nghén tốt. Ở tuyến y tế cơ sở cần phát hiện sớm các thai nghén có nguy cơ cao để chuyển tuyến trên, thực hiện tốt kế hoạch hoá gia đình.

Tự lượng giá: bài tập tình huống

Tình huống số 1

Bà A 40 tuổi, sinh con lần 3, con nặng 3500g. Sau 15 phút rau sổ tự nhiên, 10 phút sau khi sổ rau máu âm đạo ra khoảng > 300ml, máu đỏ loãng lẫn máu cục, HA 100/60mmHg, M: 90 lần/phút, tử cung to mềm ngang rốn.

Đánh giá (Bệnh sử, khám thực thể, quy trình sàng lọc, khám/xét nghiệm).

1. Đánh giá ban đầu về bà A,

Nên đánh giá nhanh để kiểm tra các dấu hiệu sau nhằm xác định xem bệnh nhân có bị choáng và cần điều trị cấp cứu/hồi sức:
Mạch nhanh, HA hạ, thở nhanh, xanh xao,

<p>1. bạn làm những gì? Tại sao?</p>	<p>vã mô hồi, hốt hoảng. Cần thu thập thêm thông tin: Thời gian chuyển dạ, cân nặng con, tiền sử lần đẻ trước về băng huyết, tiền sử nạo hút thai, rau và màng rau có đủ không? Có bánh rau phụ không? Tử cung có cầu an toàn không? Tiền sử nội khoa: thiếu máu, tim mạch, gan.</p>
<p>2. Có điểm nào đặc biệt trong khám thực thể để giúp chẩn đoán xác định.</p>	<p>Cần khám để xác định sự co hồi tử cung: Nếu tử cung co chắc, rất có thể chảy máu là do sang chấn đường sinh dục. Nếu tử cung không co hồi và rau bong đủ nguyên nhân có thể do đờ tử cung. Nếu rau không bong hoàn toàn có thể do sót rau/màng rau. Cần khám kỹ tầng sinh môn, âm đạo và cổ tử cung xem có rách không?</p>
<p>3. Nguyên nhân nào gây chảy máu cần loại trừ?</p>	<p>Bất thường về bong, sổ rau. Chấn thương đường sinh dục. Bệnh về máu.</p>
<p>Chẩn đoán (xác định vấn đề/nhu cầu). Đánh giá sau khi khám: Tiền sử đẻ lần 3, thai to, chuyển dạ 12 tiếng, rau bong và sổ bình thường và đủ, bàng quang không căng. Khám thực thể: Máu âm đạo ra nhiều, máu đỏ lẫn máu cục, M: 90l/phút, HA 100/60mmHg, tử cung mềm to trên rốn và không co hồi khi được xoa bóp đáy tử cung. Khám không thấy rách tầng sinh môn, âm đạo và cổ tử cung.</p>	
<p>4. Theo kết quả trên, chẩn đoán bệnh của bà A là gì ? Tại sao?</p>	<p>Triệu chứng và dấu hiệu của Bà A (con to, chảy máu sau đẻ, tử cung to mềm và không co hồi, choáng) cho thấy đờ tử cung.</p>
<p>Chăm sóc (lập kế hoạch và can thiệp)</p>	
<p>5. Dựa theo chẩn đoán trên (vấn đề, nhu cầu), kế hoạch chăm sóc bà A là như thế nào? Tại sao?</p>	<p>Gọi người hỗ trợ vì cần làm nhiều việc đồng thời. Không được bỏ mặc bà A một mình. Người giúp đỡ cần xoa bóp tử cung ngay (đồng thời với việc đánh giá của bạn). Thông tiểu. Tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin và tiếp tục xoa tử cung. Tại thời điểm đánh giá nhanh ban đầu, ngay từ khi xác định có choáng, cần bắt đầu điều trị choáng: Đảm bảo thông đường thở, thở Oxy 6-8 l/phút. Truyền tĩnh mạch, dùng kim to để truyền nhanh (1 lít huyết thanh mặn hoặc Ringer's lactate trong 15—20 phút). Đường truyền</p>

	<p>thứ 2 cân sử dụng để truyền 20 đơn vị oxytocin trong 1 lít dịch với tốc độ 40 giọt/phút. Không cho quá 3 lít dịch có oxytocin. Sản phụ nằm đầu thấp, giữ ấm.</p> <p>Theo dõi nhiệt độ, mạch, HA, nhịp thở, lượng nước tiểu.</p> <p>Nếu tử cung co không tốt, cân KSTC lấy hết máu cục, rau và màng rau còn sót.</p> <p>Cần xét nghiệm Hemoglobin và thử máu chéo, truyền máu cần có sẵn.</p> <p>Cần xét nghiệm đông máu xem có rối loạn đông máu không (rối loạn đông máu vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của việc chảy máu sản khoa ô ạt).</p> <p>Cần giải thích và tư vấn gia đình tình hình và tiên lượng, trả lời các câu hỏi và thắc mắc. An ủi và động viên bệnh nhân.</p>
<p>Đánh giá.</p> <p>Thực hiện kiểm soát tử cung, 15 phút sau khi bắt đầu điều trị, vẫn tiếp tục chảy máu nặng. Tử cung không co hồi. Xét nghiệm máu đông là 5 phút. Mạch 110 l/phút và HA 80/60mmHg. Da lạnh và ẩm, mất nhận thức.</p>	
<p>6. Theo kết quả trên, kế hoạch chăm sóc tiếp theo cho bà A là như thế nào? Tại sao?</p>	<p>Cần chuẩn bị truyền máu ngay.</p> <p>Trong thời gian đó, tiếp tục truyền dịch thay thế với Ringer's lactate hoặc huyết thanh mặn.</p> <p>Nếu có sẵn, cho Ergometrine/Methylergometrine 0.2 mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm và/hoặc 15-Methyl Prostaglandin tiêm bắp, hoặc Misoprostol 1000mcg trực tràng hoặc 600 mcg đường miệng.</p> <p>Ép tử cung 2 tay hoặc ép động mạch chủ bụng cần được thực hiện để kiểm soát chảy máu; cần ép tử cung cho đến khi việc chảy máu được kiểm soát hoàn toàn.</p> <p>Nếu tiếp tục chảy máu mặc dù đã có ép tử cung, cần chuyển bà A ngay đến bệnh viện để điều trị:</p> <p>Thất động mạch tử cung kết hợp với thất động mạch vòi trứng có thể làm giảm áp lực mạch và tạo cơ chế đông máu bình thường chậm hoặc thất động mạch hạ vị hoặc thực hiện khâu ép tử cung như B-Lynch.</p> <p>Nếu tiếp tục chảy máu đe dọa tính mạng sau khi điều trị bảo tồn, cắt tử cung bán phần.</p> <p>Giải thích cho bệnh nhân và gia đình bà A</p>

	<p>về cách xử trí, ngoài ra cần động viên, ai ủi bệnh nhân.</p> <p>Cần có liên hệ giữa trạm y tế xã (nơi gửi) và bệnh viện huyện (nơi nhận) về tình trạng của bà A, đặc biệt về nhu cầu chăm sóc sau khi ra viện.</p>
--	---

Bài tập tình huống 2: Chảy máu âm đạo sau đẻ.

<p>Chị B 38 tuổi, sinh con lần 4, đẻ thường âm đạo, tại trạm y tế, trẻ đẻ ra đủ tháng, nặng 4,2kg. Sau 20 phút rau bong và sổ tự nhiên, kiểm tra rau và màng rau đủ. Sau sổ ra máu chảy ở âm đạo khoảng 500ml, máu đỏ lẫn máu cục, tử cung co chắc, nhưng máu âm đạo vẫn chảy.</p>	
<p>Đánh giá (bệnh sử, khám thực thể, quy trình sàng lọc, khám/xét nghiệm).</p>	
<p>1. Đánh giá ban đầu về chị B bao gồm những gì? Tại sao?</p>	<p>Chị B được chào hỏi ân cần và lịch sự.</p> <p>Phải được thông báo về những gì sẽ làm sắp tới. Ngoài ra, những câu hỏi của chị phải được giải đáp một cách bình tĩnh và chắc chắn.</p> <p>Nên làm đánh giá nhanh để kiểm tra các dấu hiệu sau nhằm xác định xem chị có bị choáng và cần điều trị cấp cứu/hồi sức? (Như trường hợp 1).</p>
<p>2. Có điểm nào đặc biệt trong khám thực thể giúp chẩn đoán hoặc xác định vấn đề/nhu cầu, và tại sao?</p>	<p>Đồng thời với đánh giá nhanh, cần kiểm tra tử cung của chị B ngay nhằm xác định sự co hồi.</p> <p>Khám cẩn thận TSM, âm đạo và cổ tử cung xem có rách không?</p>
<p>3. Cần có xét nghiệm/thủ thuật sàng lọc gì cho chị B, và tại sao?</p>	<p>Chưa cần tại thời điểm này.</p>
<p>Chẩn đoán (xác định vấn đề/nhu cầu).</p> <p>Kết quả đánh giá là: nhiệt độ 37°C, mạch 88 l/phút, HA 110/80 mmHg, nhịp thở 18 l/phút.</p> <p>Tử cung chắc, co hồi tốt, rau bong và sổ hoàn toàn. Không có tổn thương tầng sinh môn, khám âm đạo và cổ tử cung khó vì chị tiếp tục chảy máu nhiều, do rách cổ tử cung và âm đạo vẫn chưa được loại trừ.</p>	
<p>4. Theo kết quả trên, chẩn đoán bệnh của chị B là gì (vấn đề, nhu cầu), tại sao?</p>	<p>Triệu chứng và dấu hiệu của chị B (Chảy máu ngay sau đẻ, kiểm tra bánh rau đủ, tử cung co hồi tốt - có cầu an toàn) tương ứng với chấn thương đường sinh dục.</p>
<p>Chăm sóc (lập kế hoạch và can thiệp).</p>	
<p>5. Dựa theo chẩn đoán trên, kế hoạch chăm sóc chị B là như thế nào? Tại sao?</p>	<p>Truyền tĩnh mạch nhanh dịch thay thế, dùng kim to, Ringer's lactate hoặc huyết thanh mặn.</p> <p>Khám âm đạo, cổ tử cung bằng 2 van ngay</p>

	<p>để tìm tổn thương rách âm đạo — cổ tử cung.</p> <p>Khâu vết rách ngay.</p> <p>Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, lượng nước vào và ra của chị B.</p> <p>Tử cung cần được kiểm tra để đảm bảo co hồi tốt.</p> <p>Cần thử Hemoglobin và phản ứng chéo, và chuẩn bị sẵn sàng truyền máu.</p> <p>Các bước xử trí liên tục cần được giải thích động viên, an ủi cho chị B và gia đình.</p>
--	---

Đánh giá.

Thấy có rách cổ tử cung và khâu lại. 1 giờ sau khi khâu, chị B có nhiệt độ 37°C, mạch 86 l/phút, HA 110/80mmHg và nhịp thở 16 lần/phút. Tử cung co hồi tốt, chảy máu âm đạo ít.

<p>6. Theo kết quả trên kế hoạch chăm sóc tiếp theo cho chị B như thế nào, tại sao</p>	<p>Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn và lượng máu mất của chị B cứ 15 phút/lần trong vòng 1 giờ, sau đó 30 phút/lần trong vòng 2 giờ 1giờ/lần trong 3 giờ, 4giờ/lần trong 24giờ.</p> <p>Kiểm tra tử cung co tốt không?</p> <p>Khuyến khích cho con bú.</p> <p>Xét nghiệm Hemoglobin hoặc Hematocrit 24 giờ sau khi ngừng chảy máu xem có thiếu máu?</p> <p>Cần giải thích, động viên an ủi cho bệnh nhân và gia đình.</p> <p>Chị B cần ở lại trạm y tế thêm 24 giờ, trước khi ra về cần được tư vấn về các dấu hiệu nguy hiểm trong thời kỳ sau đẻ (chảy máu, đau bụng, sốt, nhìn mờ, đau đầu). Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ. Tái khám khi có triệu chứng bất thường.</p>
--	---

Tình huống lâm sàng: Xử trí chảy máu âm đạo sau đẻ.

<p>Kịch bản (Giảng viên cung cấp thông tin và đặt câu hỏi)</p>	<p>Câu trả lời/Giải pháp (mong đợi từ học viên)</p>
<p><u>Câu 1</u> Chị B 24 tuổi và vừa đẻ 1 bé gái khỏe mạnh sau 7 giờ chuyển dạ. thực hiện xử trí giai đoạn 3, rau và màng rau bong và sổ hoàn toàn, người NHS trực hết</p>	<p>Gọi sự hỗ trợ nhằm huy động nhân lực khẩn cấp.</p> <p>Đánh giá nhanh toàn trạng của chị B, bao gồm các dấu hiệu sống (nhiệt độ, mạch, huyết áp và nhịp thở), mức độ nhận thức,</p>

<p>ca và ra về. 30 phút sau, y tá nói với bạn rằng chị B chảy máu nhiều. Bạn sẽ làm gì?</p>	<p>màu sắc da và nhiệt độ. Giải thích cho chị B sẽ làm những gì, trả lời những thắc mắc của chị.</p>
<p><u>Câu 2</u> Khi khám, bạn thấy chị B có mạch là 120, yếu, HA 86/60 mm Hg. Da không lạnh và ẩm. Vấn đề của chị B là gì? Bạn sẽ làm gì?</p>	<p>2. Nói rằng chị B bị choáng do chảy máu sau đẻ.</p> <p>Khám tử cung xem mật độ. Đề nghị 1 người đến giúp truyền tĩnh mạch, dung dịch muối hoặc Ringer’s lactate truyền với tốc độ 1 l trong 15—20 phút với 10 đơn vị oxytocin . Khi bắt đầu truyền TM, lấy máu xét nghiệm (Hemoglobin, nhóm máu và đông máu) .</p>
<p>Câu hỏi thảo luận 1: Làm thế nào để bạn nhận biết một người phụ nữ đang bị choáng?</p>	<p><i>Câu trả lời mong đợi:</i> Mạch >110, HA tâm thu < 90 mm Hg; lạnh, da ẩm, nhịp thở >30, lo lắng, mất ý thức.</p>
<p><u>Câu 3</u> Bạn thấy rằng tử cung của chị B mềm và không co tốt. Bạn sẽ làm gì?</p>	<p>Xoa bóp tử cung nhằm kích thích co hồi. Thở ô-xy 6—8 l/phút, nằm đầu thấp. Thông tiểu. Giữ ấm. Tiếp tục theo dõi lượng máu mất, mạch và huyết áp.</p>
<p><u>Câu 4</u> Sau 5 phút, tử cung của chị B co hồi tốt, nhưng chị vẫn chảy máu rất nặng. Bạn sẽ làm gì?</p>	<p>Khám vết rách cổ tử cung, âm đạo và tầng sinh môn. Đề nghị những người hỗ trợ kiểm tra rau và các phần còn thiếu.</p>
<p><u>Câu 5</u> Khám bánh rau thấy đủ, khám tử cung toàn vẹn, âm đạo và tầng sinh môn thấy có rách. Chị tiếp tục chảy máu nặng. Bạn sẽ làm gì?</p>	<p>Chuẩn bị khâu rách cổ tử cung. Giải thích cho chị B điều gì sẽ xảy ra, lắng nghe và động viên. Đề nghị người hỗ trợ theo dõi dấu hiệu sinh tồn.</p>
<p>Câu hỏi thảo luận 2: Bạn sẽ làm gì nếu kiểm tra rau thấy rau thiếu?</p>	<p><i>Câu trả lời mong đợi:</i> Giải thích vấn đề cho chị B và động viên. Tiêm tĩnh mạch chậm Pethidine và Diazepam hoặc Ketamine. Cho 1 liều kháng sinh dự phòng (Ampicillin 2 g TM và Metronidazole 500 mg tĩnh mạch hoặc Cefazolin 1 g tĩnh mạch và Metronidazole 500 mg tĩnh mạch).</p>

	Dùng găng vô khuẩn KSTC để lấy hết các mảnh rau sót và lấy ra bằng tay, hoặc bằng dụng cụ.
Câu 6 45 phút sau khi bắt đầu điều trị, bạn vừa khâu xong cổ tử cung rách của chị B. Mạch 100, huyết áp 96/60 mm Hg nhịp thở 24. Chị đang nghỉ ngơi. Bạn sẽ làm gì?	Điều chỉnh truyền tĩnh mạch đến 1 l trong 6h. Tiếp tục theo dõi chảy máu âm đạo. Tiếp tục theo dõi mạch và huyết áp. Kiểm tra lượng nước tiểu ra là 30 ml/h hoặc hơn. Tiếp tục chăm sóc sau đẻ thường quy, bao gồm nuôi con bằng sữa mẹ.

Bài tập tình huống 3: Rau cài răng lược

Tình huống

Chị A 30 tuổi, đẻ lần 3, para: 2102 được NHS xã đưa đến bệnh viện huyện do chảy máu nhiều sau đẻ 2 giờ. NHS cho biết ca đẻ tự nhiên và trẻ đủ tháng. Thời gian chuyển dạ là 12h, ca đẻ bình thường và rau không bong trong vòng 60 phút sau sinh.

1. Đánh giá ban đầu cho chị A bao gồm những gì? Tại sao?	Chị A và người NHS cần được chào hỏi lịch sự. Phải được thông báo về những gì sẽ làm sắp tới. Ngoài ra, những câu hỏi của chị phải được giải đáp một cách bình tĩnh và chắc chắn. Nên đánh giá nhanh để kiểm tra các dấu hiệu sau nhằm xác định xem chị có bị choáng và cần điều trị cấp cứu/hồi sức: mạch >110; huyết áp tâm thu giảm dưới 90 mm Hg; xanh xao, ra mồ hôi nhiều hoặc lạnh, da ẩm ướt, thở nhanh, mất tỉnh táo. Cần quan sát mức độ nhận thức, tình trạng co giật, và nhiệt độ. Người NHS cần được hỏi xem tử cung có co hồi tốt không sau khi đẻ.
2. Có điểm nào đặc biệt trong khám thực thể giúp chẩn đoán hoặc xác định vấn đề/nhu cầu, và tại sao?	Tử cung chị A cần được kiểm tra ngay xem có co hồi không. Nghiệm pháp bong rau. Bóc rau bằng tay.
Chẩn đoán (xác định vấn đề/nhu cầu). Bạn đánh giá xong chị A và có kết quả là: Bóc rau bằng tay không hiệu quả.	
3. Theo kết quả trên, chẩn đoán là gì, tại sao?	Rau cài răng lược.
4. Dựa theo chẩn đoán trên), kế hoạch chăm sóc là như	Tư vấn để phẫu thuật. Cắt tử cung bán phần.

Tài liệu tham khảo

1. Bài giảng sản phụ khoa (2004). Bộ môn Phụ sản — Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Tài liệu tập huấn cấp cứu sản khoa (11/2005). Dự án làm mẹ an toàn-VIE/03/P21. Bộ Y tế.
3. Cấp cứu sản phụ khoa (1999) Nhà xuất bản Y học.

BÀI 9

TRUYỀN MÁU VÀ CÁC DỊCH THAY THẾ MÁU

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này, học viên phải:

1. Trình bày được các nguyên tắc của quá trình truyền máu trên lâm sàng.
2. Kể được các nguy cơ của truyền máu.
3. Trình bày được cách theo dõi sản phụ đang được truyền máu.
4. Đưa ra được cách xử trí các phản ứng xảy ra khi đang truyền máu..
5. Kể được tên một số các dịch truyền thay thế máu.
6. Kể được các chỉ định và cách truyền các loại dịch thay thế máu.

Phương tiện học tập

Bảng, bút dạ, projector, bảng lật A0, bút viết bảng, bút chỉ, bìa màu.

Kế hoạch bài giảng: Thời gian 4 tiết.

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp, phương tiện dạy/học	Hoạt động học viên	Phản hồi nhanh
Phần 1: Lý thuyết (90 phút)				
- Hệ nhóm máu ABO và lưu ý hệ Rh - Nguyên tắc của quá trình truyền máu:	30	Giảng viên cung cấp bài tập tình huống. Chia nhóm nghiên cứu bài tập và thảo luận. Giảng viên tóm tắt ý chính. Bảng lật A0, Bút viết bảng, Bút chỉ, Bìa màu.	Bài tập tình huống số 1. Chia nhóm, thảo luận. Báo cáo, tóm tắt ý chính.	Đánh giá qua thảo luận tình huống của từng nhóm nhỏ.

<p>Các nguy cơ có thể gặp khi truyền máu và trong lúc đang truyền máu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Phát hiện sớm các triệu chứng có thể có do truyền máu: <ul style="list-style-type: none"> + Dấu hiệu dị ứng + Dấu hiệu của choáng phản vệ - Báo cáo và xử trí tức thời <ul style="list-style-type: none"> + Tạm thời ngừng truyền + Tiêm thuốc chống dị ứng + Dùng Adrenaline 1mg tiêm dưới da 1 <p>Một số nguyên tắc khi sử dụng các sản phẩm dịch truyền thay thế máu</p>	<p>60</p>	<p>Hướng dẫn các học viên mỗi người ghi vào 1 tờ giấy nhỏ các nguy cơ của truyền máu.</p> <p>Giảng viên tổng hợp và tóm tắt các ý kiến, đưa ra nhận xét chung.</p> <p>Giấy A4, giấy A0, bút viết.</p> <p>Giảng viên đưa ra bài tập tình huống thứ 2 và thứ 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chia nhóm, thảo luận, báo cáo. - Góp ý với báo cáo của từng nhóm. - Giảng viên tóm tắt lại các ý kiến chính. <p>Giấy A0, bút viết.</p> <p>Các học viên được đề nghị lên bảng viết tên ít nhất của một loại dịch truyền thay thế máu mà mình biết và chỉ định của nó.</p> <p>GV tổng kết, xác nhận các chỉ định đúng và cách truyền các loại dịch thay thế máu.</p> <p>Bảng lật hoặc giấy màu khổ nhỏ, bút viết, bảng.</p>	<p>Học viên lên dán các tờ trả lời lên bảng.</p> <p>Bài tập tình huống thứ 2, 3</p> <p>Học viên chia nhóm, 4 — 5 người thảo luận.</p> <p>Đại diện nhóm báo cáo.</p> <p>Một số học viên lên trình bày.</p> <p>Các học viên thảo luận chung.</p>	<p>Đánh giá qua trình bày của các nhóm.</p>
--	-----------	--	--	---

Phần 2: Thực hành lâm sàng (90phút)

<ul style="list-style-type: none"> - Cách làm phản ứng chéo nhóm máu giữa người cho và người nhận. - Cách đánh giá kết quả của phản ứng. - Chuẩn bị cho một bệnh nhân trước khi truyền máu. - Các dụng cụ và cách lấy tĩnh mạch để truyền, nhất là ở những bệnh nhân khó lấy do béo quá, hay mất quá nhiều máu. 	45	<p>Giảng viên làm mẫu để học viên quan sát.</p> <p>Chuẩn bị bệnh nhân trước khi truyền.</p> <p>Cách lấy tĩnh mạch thông thường và ở một số vị trí có thể sử dụng trong tình huống khó lấy tĩnh mạch.</p> <p>Người bệnh hoặc mô hình.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Học viên quan sát các thao tác hướng dẫn để làm và đọc kết quả của phản ứng chéo. Học viên có thể tự làm. 	Quan sát thao tác của các nhóm.
<ul style="list-style-type: none"> - Cách theo dõi trên lâm sàng một bệnh nhân đang được truyền máu và cách phát hiện các dấu hiệu lâm sàng bất thường nếu có. - Cách xử trí các bất thường. 	45	<p>Hướng dẫn tìm các dấu hiệu phản ứng trên da ở bệnh nhân truyền máu.</p> <p>Hướng dẫn thuốc và cách sử dụng thuốc chống dị ứng và chống choáng phản vệ.</p>		

Nội dung bài học

1. CÁC NGUYÊN TẮC VÀ CÁC BƯỚC CỦA QUÁ TRÌNH TRUYỀN MÁU

1.1. Những nguyên tắc truyền máu trên lâm sàng

- Loại bỏ các phản ứng do bất đồng nhóm máu, hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu và loại trừ máu có kháng thể bất thường.
- Loại trừ các bệnh nhiễm khuẩn lây truyền qua đường máu.
- Loại trừ các tai biến do kỹ thuật truyền máu, như định sai nhóm máu, không theo dõi cẩn thận khi truyền máu cho người bệnh.

1.2. Theo dõi một phụ nữ đang được truyền máu

Khi truyền một đơn vị máu người bệnh cần được theo dõi ở những giai đoạn:

- Trước khi bắt đầu truyền: Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở và thử phản ứng chéo.
- Lúc bắt đầu truyền.
- Theo dõi 15 phút sau khi bắt đầu truyền.

- Tiếp đó theo dõi ít nhất mỗi giờ một lần trong lúc truyền.
- Theo dõi tiếp 4 giờ sau khi hoàn tất việc truyền máu.

1.3. Xử trí phản ứng trong truyền máu

Xử trí choáng phản vệ do truyền nhầm nhóm máu

- Adrenalin 1mg (Pha 0,1ml trong 10 ml muối đẳng trương 0,9% hoặc Ringer lactate) tiêm tĩnh mạch chậm. Đây là thuốc cơ bản dùng trong chống sốc, tiêm dưới da 1/2 — 1 ống cho người lớn hoặc 0,01mg/kg cho cả trẻ em và người lớn. Tiêm tiếp liều như trên 10 — 15phút / lần cho tới khi bệnh nhân ổn định hoàn toàn. Ngoài đường dưới da có thể đặt nội khí quản và bơm qua đó nếu như bệnh nhân cần phải đặt nội khí quản.

- Promethazin 10mg tĩnh mạch.
- Hydrocortison 1g tiêm tĩnh mạch 2giờ một lần khi cần.
- Nếu có co thắt phế quản cho Aminophyllin trong 10ml dung dịch NaCl 0,9% hoặc Ringer lactate tiêm tĩnh mạch chậm.

2. BÀI TẬP TÌNH HUỐNG

2.1. Bài tập tình huống số 1

Chị A, 17 tuổi, đã có kinh nguyệt từ 2 năm nay, kinh ra không đều, thỉnh thoảng có những đợt ra máu nhiều và kéo dài, bệnh nhân tự điều trị bằng các thuốc đông y, đợt này kinh ra nhiều đã 8 ngày nay, bệnh nhân đến viện khám trong tình trạng mệt mỏi, da xanh niêm mạc nhợt, mạch 100 lần/phút, huyết áp 90/60 mmHg, máu âm đạo vẫn ra nhiều, xét nghiệm máu cho thấy số lượng hồng cầu 2tr5đv/ml, Hb là 50g/l, bệnh nhân cần phải được truyền máu.

Anh chị sẽ làm gì trong bốn bước cơ bản sau đây:

Bước 1: Đánh giá ban đầu.

Bước 2: Xác định nhóm máu của bệnh nhân và người cho.

Bước 3: Làm phản ứng chéo nhóm máu.

Bước 4: Chuẩn bị bệnh nhân để truyền.

Đáp án

<p>Câu hỏi 1: Bạn làm những gì để đánh giá ban đầu tình trạng sức khỏe của cô A?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chào hỏi thân thiện với bệnh nhân A và những người đi cùng. - Đánh giá nhanh nếu bệnh nhân A bị choáng cần hồi sức/cấp cứu: <ul style="list-style-type: none"> + Mạch nhanh và yếu. + Huyết áp tâm thu giảm < 90mmHg. + Ra mồ hôi, da lạnh. + Thở gấp hoặc không tỉnh táo. - Thu thập thêm thông tin về tiền sử: <ul style="list-style-type: none"> + Tần suất, độ dài kỳ kinh. + Đã có quan hệ hay chưa để loại trừ sảy thai.
<p>Câu hỏi 2: Nguyên nhân gây chảy máu cần khẳng định..</p>	<p>Băng kinh và rong kinh ở tuổi dậy thì.</p>
<p>Câu hỏi 3: Cần phải làm các</p>	<p>Nói với bệnh nhân và gia đình những việc cần</p>

xét nghiệm để chuẩn bị truyền máu.	phải làm: Thử công thức máu, xác định nhóm máu của bệnh nhân và túi máu của người cho.
Câu hỏi 4: Phản ứng chéo nhóm máu giữa bên cho và nhận.	Xem có hiện tượng ngưng kết hồng cầu hay không? Nếu không có thì có thể tiến hành truyền máu.
Câu hỏi 5: Tiến hành truyền máu và theo dõi phản ứng từ phía bệnh nhân.	Ân cần và động viên bệnh nhân trong lúc truyền và căn dặn bệnh nhân phải báo ngay nếu có nổi mẩn, ngứa hoặc thấy khó chịu trong người.

2.2. Bài tập tình huống thứ 2

Trong khi đang truyền máu cho bệnh nhân A thì xuất hiện những nốt mẩn đỏ trên da.

Các bước cần phải làm

Bước 1: Xem và đánh giá lại các nốt mẩn đỏ.

Bước 2: Cho thuốc nếu thấy cần thiết.

Bước 3: Ngừng truyền máu ngay, nếu thấy các nốt mẩn vẫn nhiều lên và người bệnh khó chịu hơn.

Đáp án

Câu hỏi 1: Xem và đánh giá các nốt mẩn đỏ.	Ân cần hỏi bệnh nhân xem: Nốt mẩn đỏ này xuất hiện từ lúc nào? Có gây ngứa hay không? Kiểm tra xem nốt mẩn của dị ứng hay xuất huyết, hay do bị côn trùng đốt. Nếu nốt do dị ứng thì thường có màu hồng đỏ, bề mặt nổi dày lên trên mặt da xung quanh.
Câu hỏi 2: Cho thuốc bệnh nhân.	Thường sẽ tiêm cho bệnh nhân các thuốc chống dị ứng (nhóm chống histamin).
Câu hỏi 3: Sau khi tiêm xong cho bệnh nhân có thể giảm tốc độ truyền máu và theo dõi tiếp tình trạng của bệnh nhân.	Kiểm tra lại mạch và huyết áp của người bệnh. Hỏi và xem các nốt mẩn đỏ có giảm bớt, nhạt màu đi hay không? Hay vẫn tiếp tục dày lên và bệnh nhân cảm thấy khó chịu hơn.
Câu hỏi 4: Tiếp tục truyền máu hay không, cần phải làm gì thêm?	Nếu bệnh nhân ổn định, không thấy nổi mẩn nhiều hơn thì tiếp tục truyền máu. Còn nếu không thì ngừng truyền và thay bằng dịch đẳng trương, theo dõi lượng nước tiểu, phản ứng sốt hay không?

2.3. Câu hỏi tình huống thứ 3

Khi bắt đầu truyền máu cho bệnh nhân thì phát hiện ra bệnh nhân có triệu chứng của choáng phản vệ do bị truyền nhầm nhóm máu.

Các bước cần phải làm ngay:

Bước 1: Lập tức ngừng truyền ngay và thay thế bằng dịch đẳng trương.

Bước 2: Cho thuốc chống choáng phản vệ cho bệnh nhân.

Bước 3: Theo dõi sát bệnh nhân, đánh giá tiến triển của tình trạng choáng.

Đáp án

Câu hỏi 1: Ngừng truyền máu ngay và thay thế bằng dịch truyền đẳng trương khác nhằm duy trì ven.	Đánh giá mức độ choáng của bệnh nhân, lấy mạch và huyết áp, nhịp thở. Cần thiết nên cho thở oxy.
Câu hỏi 2: Cho thuốc chống choáng phản vệ.	Lập tức tiêm Depersolon tĩnh mạch hoặc Adrenalin (thuốc cơ bản chống sốc), tiêm dưới da 1/2 — 1 ống đối với người lớn hoặc 0,01mg/kg cho cả trẻ em và người lớn.
Câu hỏi 3: Theo dõi sát bệnh nhân nếu bệnh ổn định.	Tiêm tiếp liều Adrenalin như trên 10phút - 15phút/lần tới khi bệnh nhân ổn định hoàn toàn..
Câu hỏi 4: Nếu choáng có nguy cơ đe dọa tử vong cho bệnh nhân.	Ngoài đường dưới da có thể pha loãng 1/10 tiêm tĩnh mạch, hoặc đặt nội khí quản và bơm qua nội khí quản. Thông báo tình hình bệnh nhân cho người nhà và các cấp có trách nhiệm.

Tự lượng giá

1. Theo anh/chị những dấu hiệu và triệu chứng như thế nào có thể nghĩ tới truyền nhầm nhóm máu?
2. Chọn câu trả lời đúng nhất.
Trước khi bệnh nhân truyền máu cần phải làm:
 - A- Thử công thức máu.
 - B- Thử nhóm máu người nhận.
 - C- Thử nhóm máu người cho.
 - D- Phản ứng chéo giữa máu người cho và người nhận.
 - E- Tất cả các bước trên..
3. Bệnh nhân đang được truyền máu tự nhiên thấy khó thở, rét run, chân tay lạnh, lập tức phải làm ngay:
 - A- Lấy mạch.
 - B- Đo huyết áp.
 - C- Tiêm thuốc canxi.
 - D- Thở oxy.
 - E- Ngừng truyền ngay.

Đáp án:

Câu 1: Dấu hiệu/ triệu chứng nghĩ tới truyền nhầm nhóm máu: Nhẹ thì bệnh nhân chỉ thấy nổi mẩn, thường từng mảng như mề đay, ngứa. Nặng hơn thì thấy choáng, khó thở, mạch nhanh và chân tay lạnh, vã mồ hôi.

Câu 2: E

Câu 3: E

Tài liệu tham khảo

1. Hồi sức nội khoa.
2. Bộ y tế - Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản

BÀI 10

NHỮNG RỐI LOẠN TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THỜI KỲ THAI NGHÉN

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này, học viên phải:

1. Trình bày được chẩn đoán và phân loại tăng huyết áp trong thời kỳ thai nghén.
2. Trình bày được triệu chứng của tiền sản giật và sản giật.
3. Trình bày được cách xử trí trường hợp sản giật.
4. Giải quyết được các tình huống lâm sàng tăng huyết áp trong thai nghén theo tình huống cho sẵn.

Phương tiện dạy học: Bảng, giấy khổ lớn, bút dạ, giấy trong, máy chiếu over head, projector

Kế hoạch bài giảng: Thời gian 4 tiết

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp, phương tiện dạy/học	Hoạt động học viên	Phản hồi
Mục tiêu 1: Trình bày được chẩn đoán và phân loại tăng huyết áp trong thời kỳ thai nghén.				
1. Chẩn đoán tăng huyết áp: Các mốc chẩn đoán tăng huyết áp.	10	Yêu cầu học viên nêu các mốc để chẩn đoán tăng huyết áp và các mức độ.	Động não, trả lời câu hỏi, viết lên giấy, các học viên khác bổ sung.	Giảng viên bổ sung thêm thông tin khi học viên trả lời xong.
2. Phân loại tăng huyết áp trong khi có thai: Tăng huyết áp mãn tính, tăng huyết áp do thai nghén, tiền sản giật nhẹ, nặng và sản giật.	10	Thuyết trình và giải thích.	Nghe giảng.	
Mục tiêu 2: Trình bày được triệu chứng của tiền sản giật và sản giật				
3. Triệu chứng, chẩn đoán tiền sản giật nhẹ, nặng, sản	55	Thảo luận nhóm nhỏ, mỗi nhóm một chủ đề.	Học viên chia nhóm thảo luận về	Đánh giá qua thảo luận và

giật Tăng HA, Pr niệu, các dấu hiệu sinh hóa, các triệu chứng cơ năng, cơn giật...			triệu chứng, chẩn đoán về một chủ đề.	trình bày của học viên.
Mục tiêu 3: Trình bày được cách xử trí trường hợp sản giật				
4. Xử trí tiền sản giật Theo dõi, thuốc hạ áp, dự phòng cơn giật	5	Hỏi đáp	Nghe câu hỏi và trả lời	Đánh giá qua câu trả lời của học viên.
5. Xử trí sản giật: Nội khoa Sản khoa	5			
Mục tiêu 4: giải quyết tình huống lâm sàng và thực hành kỹ năng lâm sàng				
6. Nghiên cứu trường hợp	50	Chia học viên làm 3 nhóm thảo luận tình huống lâm sàng đã cho, mỗi nhóm thảo luận 15phút, sau đó trình bày 10 phút.	Thảo luận nhóm, trình bày trên giấy to.	Học viên và giảng viên góp ý khi mỗi nhóm trình bày.
7. Giải quyết 2 tình huống lâm sàng	45		Theo hướng dẫn của giảng viên	

Giới thiệu bài học

Tăng huyết áp là một triệu chứng có thể xuất hiện trước lúc mang thai, trong lúc mang thai hay thậm chí xuất hiện trong quá trình chuyển dạ. Tăng huyết áp sẽ làm ảnh hưởng tới thai nghén và ngược lại quá trình thai nghén cũng có thể làm nặng bệnh cảnh tăng huyết áp.

Thai nghén kèm tăng huyết áp là một trường hợp thai nghén có nguy cơ cao, gây nhiều biến chứng cho thai nhi và cho mẹ.

Trước đây tam chứng tăng huyết áp, protein trong nước tiểu và phù được gọi là nhiễm độc thai nghén thì ngày nay được gọi chung là tiền sản giật.

Nội dung bài học

1. CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

Huyết áp tối đa ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tối thiểu ≥ 90 mmHg, đo sau khi nghỉ ngơi 15 phút và hai lần cách nhau 4 giờ.

Tăng huyết áp mức độ trung bình khi huyết áp tối đa từ 140-159 mmHg và huyết áp tối thiểu từ 90-109mmHg.

Tăng huyết áp mức độ nặng khi huyết áp tối đa > 160 mmHg và/ hoặc huyết áp tối thiểu \geq 110 mmHg.

Nếu biết trước huyết áp bình thường từ trước khi có thai thì có thể chẩn đoán tăng huyết áp khi huyết áp tối đa tăng trên 30 mmHg và hoặc huyết áp tối thiểu tăng trên 15 mmHg so với giá trị bình thường lúc chưa có thai. Trong thời kỳ thai nghén một thai phụ bị tăng huyết áp có thể là tăng huyết áp do thai nghén hoặc tăng huyết áp mãn tính (tăng huyết áp từ trước khi có thai hoặc ít nhất cũng trước tuần lễ thứ 20).

2. PHÂN LOẠI TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THỜI KỲ THAI NGHÉN

2.1. Tăng huyết áp mãn tính: Tăng huyết áp từ trước khi có thai hoặc ít nhất cũng phải trước 20 tuần tuổi thai, protein niệu âm tính.

2.2. Tăng huyết áp do thai nghén: Khi tăng huyết áp đơn thuần (huyết áp tâm thu \geq 140 mmHg, huyết áp tâm trương \geq 90 mmHg), không có protein niệu, xuất hiện sau tuần thứ 20 tuổi thai.

2.3. Tiền sản giật nhẹ : Khi có tăng huyết áp mức độ nhẹ (> 140/90mmHg ; <160/110 mmHg) do thai nghén (xuất hiện sau 20 tuần tuổi thai) kèm theo xuất hiện protein niệu > 300 mg/l trong 24 giờ hoặc (++) . Không có các triệu chứng cơ năng kèm theo.

2.4. Tiền sản giật nặng: Khi tăng huyết áp mức độ nặng (huyết áp tâm thu >160 mmHg, huyết áp tâm trương >110 mmHg) kèm theo một hoặc nhiều các triệu chứng cơ năng sau.

- Đau vùng thượng vị, buồn nôn, nôn,
- Đau đầu, tăng phản xạ gân xương, triệu chứng về thị giác.
- Protein niệu >3g/l.
- Creatinin máu > 106 μ mol/l.
- Thiếu niệu 400ml/24 giờ.
- Men gan tăng gấp 2 lần.(\geq 70UI/l)
- Tiểu cầu giảm < 100.000/mm³.

2.5. Hội chứng HELLP

2.6. Sản giật : Trên cơ sở thai phụ bị tiền sản giật nặng xuất hiện cơn co giật điển hình của sản giật bao gồm 4 giai đoạn : xâm nhiễm, giật cứng, giật giãn cách và hôn mê.

3. TIỀN SẢN GIẬT

Tiền sản giật là bệnh lý do thai nghén gây nên, biểu hiện bằng tăng huyết áp, protein niệu trong nước tiểu và phù, xảy ra sau tuần lễ thứ 20 của thời kỳ thai nghén và thường hết sau 6 tuần sau đẻ. Nếu tiền sản giật không được theo dõi và

điều trị kịp thời thì có thể có tiến triển thành tiền sản giật nặng trong đó có hội chứng HELLP, biến chứng sản giật, rau bong non.

Tỷ lệ tiền sản giật khoảng 5-10% và tỷ lệ sản giật khoảng 0,2-0,5% các trường hợp.

Một số yếu tố thuận lợi dễ phát sinh tiền sản giật như: con so lớn tuổi, hay gặp mùa lạnh ẩm, chữa đa thai, đa ối, chữa trứng và mẹ bị mắc các bệnh lý về thận, tăng huyết áp trước khi có thai...

3.1. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

3.1.1. Tăng huyết áp (Xem phần chẩn đoán tăng huyết áp)

3.1.2. Protein niệu

Protein niệu dương tính khi lớn hơn 0,3 g/l trên mẫu nước tiểu 24 giờ hoặc trên 0,5 g/l trên mẫu nước tiểu bất kỳ. Protein niệu thường xuất hiện muộn, để định lượng một cách chính xác cần làm xét nghiệm định lượng protein trong 24 giờ.

Bảng 8. Quy đổi về mức độ protein niệu

Định tính	Định lượng
Vết	0,1g/l
+	0,3g/l
++	1,0g/l
+++	3g/l
++++	10g/l

3.1.3. Phù : Phù là triệu chứng xuất hiện sớm nhất với các đặc điểm : phù toàn thân, phù mềm, trắng ấn lõm. Phù thường xuất hiện sáng sớm, biểu hiện nặng mặt, trong trường hợp phù kín đáo phải cân nặng thai phụ mới phát hiện được phù. Trong một tuần thường tăng cân không quá 1kg. Trong trường hợp phù nặng thì có kèm theo tiết dịch đa màng.

Khi thai phụ bị phù thì phải chẩn đoán phân biệt phù sinh lý do chèn ép (phải có tới 85%) các thai phụ bị phù, biểu hiện là phù nhiều ở chân, buổi chiều phù nhiều hơn buổi sáng.

3.1.4. Cận lâm sàng

Thay đổi chức năng thận: xuất hiện protein trong nước tiểu các mức độ nặng nhẹ khác nhau, có thể hồng cầu, các trụ hạt trong nước tiểu.

Creatinin tăng (bình thường < 106 μ mol/l), acid uric tăng (bình thường 340 μ mol/l), ure tăng.

Thay đổi chức năng gan biểu hiện các Enzym gan tăng, LDH tăng trên 600mg/l (SGOT và SGTP tăng).

Protein trong máu giảm.

Tổn thương đáy mắt (dấu hiệu Gunn, phù gai thị, xuất huyết võng mạc..).

3.2. Mức độ

Bảng 9. Phân biệt các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của tiền sản giật nhẹ và tiền sản giật nặng

Triệu chứng	Tiền sản giật nhẹ	Tiền sản giật nặng
Huyết áp tối thiểu	90-110 mmHg	>110 mmHg
Protein niệu	+, ++	Trên +++
Đau đầu	Không	Có
Nhìn mờ	Không	Có
Đau thượng vị	Không	Có
Nôn, buồn nôn	Không	Có
Thiểu niệu	Không	Có
Creatinin máu	Bình thường	Tăng cao
Giảm tiểu cầu	Không	Có
Tăng bilirubin máu	Không	Có
Tăng Enzym gan	Tăng ít	Tăng nhiều
Thai chậm phát triển	Không	Có
Phù phổi	Không	Có

3.3. Biến chứng của tiền sản giật nặng

3.3.1. Biến chứng cho mẹ

- Sản giật, xuất huyết não, màng não.
- Mù mắt.
- Hoại tử ống thận cấp, suy thận cấp.
- Chảy máu dưới bao gan, vỡ gan.
- Tăng huyết áp mãn tính, suy gan, suy thận cấp sau chuyển sang suy thận mãn tính.
- Rối loạn đông máu.
- Hội chứng HELLP (tan máu, tăng men gan, giảm tiểu cầu).

3.3.2. Biến chứng cho con

- Thai chậm phát triển trong tử cung.
- Đẻ non.
- Thai chết lưu trong tử cung.
- Thai chết ngay sau đẻ.

4. SẢN GIẬT

Là tình trạng xuất hiện các cơn co giật sau đó là hôn mê, xảy ra trên một thai phụ bị tiền sản giật nặng. Sản giật có thể xuất hiện trước đẻ (50%), trong đẻ (25%) và sau đẻ (25%).

4.1 Triệu chứng

Trên lâm sàng cơn giật điển hình trải qua 4 giai đoạn

Giai đoạn xâm nhiễm : kéo dài 30 giây, kích thích ở vùng mặt, miệng, mi mắt nhấp nháy sau đó lan xuống hai tay

Giai đoạn giật cứng : kéo dài 30 giây, toàn thân co cứng, các cơ thanh quản và hô hấp cũng co cứng làm cho bệnh nhân khó thở, ngạt do thiếu oxy.

Giai đoạn giật giãn cách : kéo dài khoảng 1 phút. Sau cơn giật cứng các cơ toàn thân và chi trên giãn ra, rồi liên tiếp những cơn co giật toàn thân lưỡi thò ra thụt vào nên dễ cắn vào lưỡi, miệng sùi bọt mép.

Giai đoạn hôn mê : Các cơn giật thưa dần bệnh nhân rơi vào hôn mê. Tuy tình trạng bệnh nặng hay nhẹ mà hôn mê nông hoặc sâu, nếu nặng bệnh nhân có thể tử vong trong tình trạng hôn mê kéo dài.

4.2. Cận lâm sàng

Protein niệu từ 3g/l trở lên, protein càng cao thì càng nặng, có thể kèm hồng cầu, trụ niệu.

Ure, creatinin huyết thanh, Enzym gan, bilirubin huyết thanh tăng cao.

Phù gai thị, xuất huyết võng mạc.

Máu tụ dưới bao gan.

Tổn thương não như phù não, xuất huyết.

4.3. Chẩn đoán

4.3.1. Chẩn đoán xác định

Dựa trên triệu chứng lâm sàng của cơn co giật điển hình hoặc hôn mê trên một người bệnh có hội chứng tiền sản giật.

4.3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Động kinh : Có tiền sử động kinh trước khi có thai. Không có tiền sản giật.

- Cơn co tetani: Có thể có hay không có tiền sử. Cơn co giật xuất hiện đột ngột hoặc có dấu hiệu báo trước như: tăng thân nhiệt, đau bụng, cảm giác kiến bò ở chân, tay. Các ngón tay duỗi thẳng và dóm lại. Phản xạ gân xương bánh chè tăng và không hôn mê.

- Cơn hysteria: Sự biểu hiện của các cơn co giật không giống nhau. Tuy không tỉnh nhưng người xung quanh nói người bệnh vẫn biết. Mất tri giác nhưng không mất phản xạ.

- Các tai biến mạch máu não: xuất huyết não, tắc mạch máu não.

- Tổn thương não: u não, áp xe não.

- Các bệnh nhiễm khuẩn: viêm màng não, viêm não.

- Các bệnh chuyển hoá: hạ calci huyết, hôn mê tiểu đường, hôn mê do ure máu cao, hôn mê do gan.

5. BIẾN CHỨNG XẢY RA TRONG CƠN SẢN GIẬT

5.1. Biến chứng cho mẹ

- Cắn phải lưỡi khi lên cơn co giật.

- Suy hô hấp.

- Phù phổi cấp.

- Xuất huyết não, màng não.

- Tăng huyết áp dễ trở thành mãn tính, suy gan, suy thận cấp sau chuyển sang suy thận mãn tính.

5.2. Biến chứng cho con

- Thai chậm phát triển trong tử cung.

- Đẻ non.
- Thai chết lưu trong tử cung.
- Thai chết ngay sau đẻ.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Xử trí tiền sản giật nhẹ

Theo dõi : đo huyết áp (ngày hai lần), phù, protein trong nước tiểu (hàng ngày).

Nghỉ ngơi, an thần.

Theo dõi tình trạng thai bằng siêu âm, monitoring.

Điều trị cho đến khi thai đủ tháng. Nếu cổ tử cung thuận lợi, điều kiện cho phép có thể tiến hành gây chuyển dạ cho đẻ đường dưới khi thai đủ tháng.

6.2. Điều trị tiền sản giật nặng

Theo dõi huyết áp, tình trạng toàn thân, protein trong nước tiểu.

Dùng thuốc hạ huyết áp (Hydralazin, Dopegyt).

Dự phòng cơn giật bằng dùng magiesium sulfate tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch (liều lượng xem điều trị sản giật).

6.3. Điều trị sản giật

6.3.1. Điều trị nội khoa

Dự phòng và cắt cơn co giật : Sử dụng magiesium sulfate.

- Liều tấn công (nếu bệnh nhân chưa được tiêm magiesium sulfate ở tuyến trước): dùng 2- 4g magiesium sulfate 15% tiêm tĩnh mạch chậm trong vòng 3-5 phút. Liều duy trì tiêm tĩnh mạch chậm 1g mỗi giờ hoặc tiêm bắp 2g cách nhau 4 tiếng, hoặc pha 6 g magiesium sulfate 15% vào chai glucose 5% 500ml truyền tĩnh mạch 30 giọt/ phút nếu phản xạ gân xương bình thường.

- Theo dõi : Phản xạ gân xương, nhịp thở, nước tiểu khi tiêm liều magiesium sulfate tiếp theo. Khi tiêm thuốc magiesium sulfate bệnh nhân có cảm giác nóng bừng mặt, cần giải thích cho bệnh nhân trước khi tiêm.

Thuốc hạ áp: chỉ sử dụng khi huyết áp tâm trương trên 110mmHg. Thuốc hay được sử dụng là Hydralazin.

- Liều: 5 — 10mg tiêm tĩnh mạch chậm. Nếu không đáp ứng hoặc ít đáp ứng sau 10 - 20phút (huyết áp tâm trương vẫn cao hơn 100mmHg), có thể lặp lại liều 5mg cho đến khi huyết áp hạ, hoặc có thể cho Hydralazin 12,5mg tiêm bắp cách 2 giờ một lần. Tổng liều là 30mg/24giờ.

- Trong một số trường hợp huyết áp tăng quá cao, nguy cơ xảy ra biến chứng cho mẹ có thể cho adalat nhỏ giọt dưới lưỡi, tuy nhiên khi sử dụng thuốc này cần cẩn thận nếu không bệnh nhân bị hạ huyết áp quá nhiều.

Thuốc an thần thường được sử dụng là Diazepam 10mg tiêm tĩnh mạch chậm trong vòng 2 phút. Chỉ định khi chuyển tuyến, khi không có magiesium sulfate và khi đã dùng magiesium sulfate nhưng không hiệu quả.

Thuốc lợi tiểu chỉ dùng khi có dấu hiệu của thiếu niệu hoặc vô niệu, hoặc khi có triệu chứng của dọa phù phổi cấp, thuốc hay được sử dụng là Lasix, ống 20mg tiêm chậm tĩnh mạch.

Hạn chế truyền dịch, chỉ sử dụng glucose 5% truyền tĩnh mạch chậm để giữ ven.

6.3.2. Điều trị sản khoa

- Đình chỉ thai nghén

+ Khi điều trị tiền sản giật nặng hoặc sản giật đã ổn định được 24 giờ.

+ Khi điều trị nội khoa không thể đạt được hiệu quả, huyết áp vẫn dao động trong tiền sản giật nặng hoặc người bệnh vẫn lên cơn co giật mạnh mặc dù đã sử dụng đầy đủ các loại thuốc chống co giật và hạ áp.

+ Nếu đã chuyển dạ theo dõi sát các yếu tố chuyển dạ, nếu cổ tử cung thuận lợi có thể cho đẻ đường dưới. Trong giai đoạn sổ thai không được cho sản phụ rặn đẻ mà phải đẻ bằng forceps. Nếu không thuận lợi thì đình chỉ thai nghén bằng mổ lấy thai.

7. CHUYỂN TUYẾN

Tại tuyến xã, tất cả các thai phụ khi chuyển dạ mà có biểu hiện tiền sản giật thì phải chuyển lên tuyến trên, trước khi chuyển cần phải đo huyết áp, nghe tim thai.

Nếu sản phụ lên cơn sản giật thì phải ngáng miệng tránh cắn phải lưỡi, cho thuốc cắt cơn giật và dự phòng cơn giật bằng seduxen tiêm tĩnh mạch. Theo dõi tim thai khi chuyển tuyến.

Tự lượng giá

Chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu từ 1 đến 5:

1. Một thai phụ có thai 8 tháng. Theo dõi lúc đầu thai kỳ huyết áp đo được 120/60mmHg. Thăm khám hiện tại huyết áp đo được 135/80mmHg. Trường hợp này kết luận là:

- A. Không tăng huyết áp vì trị số huyết áp chưa vượt quá 140/90mmHg.
- B. Không tăng huyết áp vì trị số huyết áp tối đa chưa tăng quá 30mmHg.
- C. Không tăng huyết áp vì trị số huyết áp tối thiểu chưa tăng quá 90mmHg.
- D. Tăng huyết áp vì huyết áp tối thiểu tăng 15mmHg so với bình thường.

2. Trong trường hợp phù 2 chi dưới xuất hiện trong 3 tháng cuối của thai kỳ cần tiến hành.

- A. Tìm protein niệu.
- B. Sử dụng thuốc lợi tiểu.
- C. Ăn nhạt tuyệt đối.
- D. Nhập viện ngay.

3. Các yếu tố sau đây đều làm nặng thêm tình trạng tiền sản giật, ngoại trừ

- A. Huyết áp tối thiểu ≤ 90 mmHg.
- B. Huyết áp tối thiểu ≥ 110 mmHg.
- C. Có dấu hiệu phù phổi.

D. Đau đầu dữ dội.

4. Tuần tự các giai đoạn của một cơn sản giật điển hình là:

- A. Co giật — xâm nhiễm — co cứng — hôn mê.
- B. Co cứng — co giật — xâm nhiễm — hôn mê.
- C. Xâm nhiễm — co cứng — co giật — hôn mê.
- D. Xâm nhiễm — co giật — co cứng — hôn mê.
- E. Xâm nhiễm — co giật — hôn mê — co cứng.

5. Các biện pháp điều trị được khuyến cáo đối với thai phụ bị tiền sản giật nhẹ bao gồm:

- A. Nghỉ ngơi.
- B. Thuốc ức chế beta.
- C. Thuốc lợi tiểu.
- D. Thuốc hạ huyết áp giãn mạch.
- E. Thuốc ức chế men chuyển.

BÀI TẬP TÌNH HUỐNG 1 : TĂNG HUYẾT ÁP DO THAI NGHÉN

Tình huống : Thai phụ A 22 tuổi, có thai lần đầu, thai 30 tuần, đến khám theo hẹn vì trước đó 1 tuần có phát hiện dấu hiệu tăng huyết áp nhưng không được tư vấn gì mà chỉ hẹn quay trở lại khám sau 1 tuần. Xem lại sổ theo dõi thai nghén thấy chị A đã khám thai 3 lần tất cả, kết quả của các lần khám trước đều bình thường, thai nhi phát triển tương ứng tuổi thai, cách đây 1 tuần huyết áp 130/90 mmHg, không phù và xét nghiệm protein âm tính.

Đánh giá ban đầu (hỏi tiền sử, khám lâm sàng, làm xét nghiệm)

1. Khi đánh giá ban đầu cho sản phụ A bạn phải làm gì và tại sao ?	<ul style="list-style-type: none">- Đón tiếp và tôn trọng sản phụ A.- Hướng dẫn các bước cần làm, động viên an ủi thai phụ, trả lời các câu hỏi của thai phụ.- Hỏi xem thai phụ có đau đầu, mờ mắt, ù tai, chóng mặt không, đau bụng, các thay đổi từ lần khám trước.- Hỏi về thai máy (cử động thai).- Đo HA, XN Protein (Pr) niệu để phát hiện tiền sản giật.
2. Cần thăm khám gì trên thai phụ để giúp bạn quyết định chẩn đoán?	<ul style="list-style-type: none">- Đo huyết áp- Khám cao tử cung đánh giá sự phát triển của thai, nghe tim thai (phát hiện thai chậm phát triển trong tử cung, suy thai).
3. Các qui trình sàng lọc hay xét nghiệm gì cần thiết để giúp bạn chẩn đoán, đánh giá thai phụ A?	<ul style="list-style-type: none">- Xét nghiệm Pr niệu.

Chẩn đoán

Bạn đã hoàn tất trong việc đánh giá thai phụ A, kết quả là :
Thai phụ không nhức đầu, không mờ mắt, không ù tai cũng như đau vùng thượng vị, không co giật, hôn mê và các bất thường khác. Cử động thai bình thường.

Khám thực thể: Huyết áp 130/90 mmHg, Protein niệu (+), tim thai 145 lần/phút, chiều cao tử cung tương xứng tuổi thai 30 tuần.

4. Dựa vào kết quả trên kết quả chẩn đoán của bạn là gì và tại sao ?

- Tiền sản giật nhẹ (do có THA nhẹ, Protein niệu (+), không có các triệu chứng cơ năng).

Chăm sóc dự phòng (kế hoạch và can thiệp)

5. Dựa trên chẩn đoán (nhận biết được vấn đề, nhu cầu) kế hoạch chăm sóc thai phụ A như thế nào

- Động viên thai phụ, tư vấn về các dấu hiệu nguy hiểm liên quan đến tiền sản giật (đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, đau thượng vị...), cần khám ngay khi xuất hiện các triệu chứng này, tư vấn về nguy cơ và hậu quả có thể xảy ra.
- Tư vấn chế độ nghỉ ngơi, ăn uống, hạn chế muối.
- Quay trở lại phòng khám sau 2 ngày để xác định lại, nếu HA không xuống thì cho nhập viện.
- Quá trình điều trị không cần thuốc hạ áp hay chống co giật.
- Tư vấn, động viên tinh thần cho thai phụ.

Lượng giá

Theo đề nghị, thai phụ khám thai 2 tuần 1 lần, kết quả là huyết áp 130/90 mmHg, Protein niệu (++) , thai phụ không có các triệu chứng cơ năng như nhức đầu, mờ mắt, đau vùng thượng vị, co giật hay mất ý thức, cử động thai bình thường tuy nhiên thai phụ cảm thấy mệt mỏi hơn trước.

6. Dựa trên kết quả thăm khám trên kế hoạch theo dõi thai phụ của bạn như thế nào?

- Cho thai phụ nhập viện, chế độ điều trị
- Chế độ ăn bình thường.
- Theo dõi HA 2lần/ngày.
- Theo dõi Pr niệu 1 lần/ngày.
- Theo dõi tim thai 2 lần/ngày.
- Dùng thuốc hạ áp nhẹ.
- Nếu ổn định hơn, HA hạ, đỡ mệt mỏi có thể cho ra viện điều trị theo dõi ngoại trú, nếu không đỡ tiếp tục điều trị như trên, nếu nặng lên thì phải chuyển tuyến.
- Nếu không tiến triển tốt, thai chậm phát triển có thể cân nhắc đến vấn đề đình chỉ thai nghén nếu tuổi thai lớn hơn và thai có khả năng nuôi được.
- Nếu bệnh nặng lên, ảnh hưởng tính mạng mẹ có khi phải đình chỉ thai nghén sớm.

BÀI TẬP TÌNH HUỐNG 2 : TĂNG HUYẾT ÁP DO THAI NGHÉN

Tình huống: Thai phụ B 25 tuổi, có thai lần 2, thai 37 tuần, trong quá trình thai nghén đã phải vào viện vì nhức đầu mờ mắt, thai phụ đã khám thai 4 lần, các kết quả khám thai trước đều bình thường, lần khám cuối cùng cách đây 1 tuần và phát hiện ra các dấu hiệu bất thường.

Đánh giá ban đầu (hỏi tiền sử, khám lâm sàng, làm xét nghiệm)

1. Khi đánh giá ban đầu cho thai phụ B bạn phải làm gì và tại sao ?	<ul style="list-style-type: none">- Đón tiếp và tôn trọng sản phụ B.- Hướng dẫn các bước cần làm, động viên an ủi thai phụ, người nhà, trả lời các câu hỏi của thai phụ để họ yên tâm.- Đánh giá ban đầu bao gồm hỏi xem thai phụ có đau đầu, mờ mắt, ù tai, chóng mặt không, đau bụng thượng vị, số lượng nước tiểu.- Hỏi về thai máy (cử động thai).- Đo HA, XN Protein niệu.
2. Việc khám lâm sàng cụ thể nào sẽ giúp bạn chẩn đoán và xác định vấn đề của thai phụ? Tại sao?	<ul style="list-style-type: none">- Đo HA, Protein niệu.- Khám sản khoa đánh giá tình trạng thai nhi (thai chậm phát triển, suy thai...), đo chiều cao tử cung, cơn co.- Nhanh chóng chẩn đoán sơ bộ.
3. Sau khi khám thai phụ bạn cần làm các xét nghiệm gì	<ul style="list-style-type: none">- Protein niệu.- Men gan.- Bilirubin, A Uric, số lượng tiểu cầu.

Chẩn đoán

Tiền sử: Chị B bị nhức đầu trước đó 3 tiếng, sau đó thấy nhìn mờ. Thai phụ không bị đau thượng vị, không co giật hay hôn mê, đi tiểu bình thường và thai máy vẫn bình thường.

Khám lâm sàng: Thai phụ tỉnh táo tiếp xúc tốt, huyết áp 160/110 mmHg, ấn vùng thượng vị thai phụ không đau, cao tử cung tương xứng tuổi thai (28cm), nhịp tim thai 130 l/p.

Xét nghiệm: **Protein** niệu (3+), A Uric 50 mmol/l, men gan và số lượng tiểu cầu bình thường.

4. Dựa vào kết quả trên kết quả chẩn đoán của bạn là gì và tại sao ?	<ul style="list-style-type: none">- Tiền sản giật nặng vì HA tăng cao, Protein niệu 3+.
--	--

Chăm sóc dự phòng (kế hoạch và can thiệp)

5. Dựa trên chẩn đoán của bạn kế hoạch chăm sóc thai phụ B như thế nào	<ul style="list-style-type: none">- Lập đường truyền tĩnh mạch- Dùng thuốc hạ áp để giữ HA tâm trương 90-100mmHg, Hydralazin 5mg tiêm tĩnh mạch, tổng liều không quá 20mg/24h- Chống co giật: Mg tiêm tĩnh mạch, liều tấn
--	---

	<p>công 3g/5p, sau duy trì 1g/1h, theo dõi ngộ độc Mg bằng phản xạ gân xương, luôn để nội khí quản, ngưng miệng, oxy cạnh bệnh nhân.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luôn theo dõi sát tại giường. - Theo dõi lượng nước tiểu. - Theo dõi lượng dịch đưa vào. - Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn đặc biệt <p>huyết áp, phản xạ gân xương.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nghe tim phổi. - Làm các xét nghiệm theo dõi, xét nghiệm đông máu. - Giải thích tình trạng cho chồng hoặc người nhà bệnh nhân. - Nếu tình trạng bệnh nhân cải thiện thì tiếp tục theo dõi. - Nếu tình trạng không tiến triển tốt thì phải thảo luận để đình chỉ thai nghén. - Nếu thuận lợi thì gây chuyển dạ để đường dưới, nếu không thuận lợi có khi phải mổ lấy thai.
<p>Lượng giá</p> <p>2 tiếng sau điều trị, huyết áp min 100 mmHg, thai phụ vẫn còn nhức đầu nhiều, tim thai 150 l/p, phản xạ gân xương bình thường, phổi không ral, thời gian co cục máu bình thường, lượng nước tiểu 20 ml/giờ.</p>	
<p>6. Dựa trên kết quả trên kế hoạch theo dõi thai phụ tiếp theo của bạn như thế nào ? và tại sao ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Không dùng thêm Mg vì nước tiểu <30ml/h. - Nếu có dấu hiệu ngộ độc magiesium sulfate thì cho gluconat calci 1g tiêm tĩnh mạch. - Giải thích người nhà bệnh nhân các bước điều trị tiếp theo. Sau để tiếp tục điều trị chống co giật, dùng thuốc hạ huyết áp và theo dõi sát toàn trạng, huyết áp, protein niệu, nhịp thở, số lượng nước tiểu.

BÀI TẬP TÌNH HUỐNG 3: TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THỜI KỲ THAI NGHÉN

Tình huống : Thai phụ C 35 tuổi, có thai lần thứ 4, tuổi thai 18 tuần, đến khám thai theo định kỳ, sau khi thăm khám phát hiện thai phụ C tăng huyết áp 140/100 mmHg, đo hai lần liên tiếp cách nhau 30 phút. Bệnh nhân cho biết đã khám nội khoa và phát hiện tăng huyết áp 4 năm nay. Bệnh nhân không biết chắc chắn huyết áp của mình trước khi có thai là bao nhiêu, và cũng không có hồ sơ theo dõi huyết áp mang theo.

<p>Đánh giá ban đầu (hỏi tiền sử, khám lâm sàng, làm xét nghiệm)</p>	
<p>1. Khi đánh giá ban đầu cho sản phụ C bạn phải làm những gì và tại sao ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Đón tiếp và tôn trọng sản phụ C. - Hướng dẫn các bước cần làm, động viên an ủi thai phụ, người nhà, trả lời các câu hỏi của thai phụ để họ yên tâm.

	<ul style="list-style-type: none"> - Đánh giá ban đầu bao gồm hỏi xem thai phụ có đau đầu, mờ mắt, ù tai, chóng mặt từ lần khám sau cùng không? - Đo HA, XN Protein niệu. - Xem xét lại hồ sơ trước đó.
2. Cần khám những gì để chẩn đoán bệnh của thai phụ C ? Tại sao ?	<ul style="list-style-type: none"> - Đo HA, Protein niệu - Khám sản khoa đánh giá tình trạng thai nhi (thai chậm phát triển, suy thai...), đo chiều cao tử cung, cơn co tử cung.
3. Bạn cần làm những xét nghiệm gì để chẩn đoán và theo dõi của bạn ?	<ul style="list-style-type: none"> - Xét nghiệm Protein niệu.
<p>Chẩn đoán</p> <p>Bạn đã hoàn tất trong việc đánh giá thai phụ C, kết quả là : Huyết áp 140/100 mmHg, thai phụ không nhức đầu, không mờ mắt, không đau bụng vùng thượng vị, cử động thai bình thường, không phù. Khám thấy chiều cao tử cung tương xứng tuổi thai, tìm thai nghe bằng doppler 130 l/p, Protein niệu (-), không lấy được bệnh án cũ.</p>	
4. Dựa vào kết quả trên kết quả chẩn đoán thai phụ C của bạn là gì và tại sao ?	<ul style="list-style-type: none"> - Tăng huyết áp mãn tính (Protein âm tính và tăng huyết áp trước khi có thai).
<p>Chăm sóc dự phòng (kế hoạch và can thiệp)</p>	
5. Dựa trên chẩn đoán (nhận biết được vấn đề, nhu cầu) kế hoạch chăm sóc thai phụ C của bạn như thế nào?	<ul style="list-style-type: none"> - Cần tư vấn cho thai phụ các dấu hiệu nguy hiểm trong khi có thai, các dấu hiệu của tiền sản giật (đau đầu, mờ mắt...). - Tư vấn nghỉ ngơi - Hẹn quay trở lại khám sau 1 tuần để đo HA, XN Protein, theo dõi tình trạng thai. - Tìm lại hồ sơ điều trị THA cũ. - Chưa cần dùng thuốc hạ áp ngay.
<p>Lượng giá</p> <p>Thai phụ quay lại khám sau 1 tuần, mang theo hồ sơ bệnh án cũ kết quả huyết áp những lần có thai trước là 140/100 mmHg, hiện tại không nhức đầu, không mờ mắt, không đau vùng thượng vị, không co giật và cử động thai bình thường, huyết áp 140/100 mmHg, tìm thai 140 l/p, Protein niệu âm tính, cao tử cung tương xứng tuổi thai.</p>	
6. Dựa trên kết quả thăm khám trên kế hoạch theo dõi thai phụ của bạn như thế nào?	<ul style="list-style-type: none"> - Tư vấn quay lại khám sau 2 tuần để đo HA, khám sản khoa, Protein niệu. - Tư vấn các dấu hiệu nguy hiểm cần trở lại ngay (nhức đầu, mờ mắt...). - Nếu HA > 160/110 thì phải cho hạ áp. - Nếu Protein + thì cần điều trị như tiền sản giật. - Theo dõi sát tình trạng HA và thai nhi, nếu bệnh tiến triển nặng cần đình chỉ thai nghén.

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG 1: XỬ TRÍ NHỨC ĐẦU, TĂNG HUYẾT ÁP, NHÌN MỜ, MẤT Ý THỨC VÀ CO GIẬT

Mục đích: Hoạt động này nhằm mục đích cung cấp kinh nghiệm cho học viên dựa trên tình huống lâm sàng. Học viên sẽ được thực tập các kỹ năng ra quyết định và giải quyết các vấn đề trong việc xử trí nhức đầu, tăng huyết áp, nhìn mờ, mất ý thức và co giật, đặc biệt chú trọng vào khả năng suy nghĩ nhanh và phản ứng nhanh.

Hướng dẫn: Hoạt động này được thực hiện ở địa điểm gần giống với thực tế ví dụ như khu phòng sinh, nơi có đầy đủ trang thiết bị cho việc xử trí cấp cứu.

- Một học viên đóng vai bệnh nhân và một học viên khác đóng vai bác sĩ. Các học viên có thể được mời tham gia giúp đỡ BS.
- Giảng viên sẽ cung cấp thông tin cho học viên đóng vai BS điều trị về tình trạng bệnh nhân và đặt các câu hỏi thích hợp đã được trình bày ở cột bên trái của bảng bên dưới.
- Các thủ thuật như bộc lộ tĩnh mạch hoặc thở oxy nên được trình diễn trên mô hình thích hợp.
- Lúc đầu, giảng viên và học viên sẽ thảo luận vấn đề gì sẽ xảy ra trong suốt tình huống lâm sàng để xây dựng các kỹ năng giải quyết vấn đề và đưa ra quyết định. Các câu hỏi được in nghiêng liên quan đến tình huống phục vụ cho mục đích này. Các thảo luận sâu hơn sẽ được đề cập đến sau khi kết thúc tình huống lâm sàng.
- Khi kỹ năng học viên trở nên khá hơn, giảng viên cần tập trung hướng các tình huống lâm sàng sang công việc chăm sóc phù hợp cho các trường hợp cấp cứu đe dọa đến tính mạng bệnh nhân một cách nhanh chóng, đầy đủ và hiệu quả. Tất cả các vấn đề thảo luận và câu hỏi đặt ra nên thực hiện sau khi tình huống lâm sàng kết thúc.

Các dụng cụ thiết bị cần thiết cho tình huống lâm sàng: huyết áp kế, ống nghe, dụng cụ để truyền tĩnh mạch, bơm tiêm và thuốc, bình oxy, mặt nạ và ống thở, sonde bàng quang, búa gõ phản xạ (hoặc các dụng cụ tương tự), găng tay phẫu thuật hoặc găng tay vô khuẩn.

Kịch bản 1 (Giảng viên cung cấp thông tin và đặt câu hỏi)	CÂU TRẢ LỜI/GIẢI PHÁP (Mong đợi từ học viên)
1. Thai phụ G 19 tuổi đang mang thai 37 tuần, lần đầu mang thai. Cô đến khoa sản trong tình trạng đau bụng và nói rằng có đau đầu suốt ngày, và không thể nhìn	<ul style="list-style-type: none">- La lớn để huy động các nhân viên có khả năng giúp đỡ gấp.- Kiểm tra đường thở để chắc chắn thông suốt, đặt ống cannule Mayo vào miệng và cho thai phụ G nằm nghiêng sang bên trái.- Bảo vệ không để thai phụ bị chấn thương (do ngã) nhưng không nên cố gắng canh giữ cô ta.

<p>rõ. Trong lúc đang ngồi dậy từ bàn khám, thai phụ đột nhiên ngã xuống và bắt đầu bị co giật.</p> <p>+ Bạn sẽ làm gì?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nhờ một trong các nhân viên trả lời to giúp lấy dấu hiệu sinh tồn của cô G (nhiệt độ, mạch, huyết áp và nhịp thở) và kiểm tra ý thức, màu sắc và nhiệt độ da. - Nhờ một nhân viên khác cho bệnh nhân thở oxy 4-6 lít/phút. - Chuẩn bị và truyền dung dịch Magnesium sulfate 10%, 3g tiêm tĩnh mạch trong 5 phút. - Tiếp tục 1g Magie sunphát tiêm tĩnh mạch mỗi giờ đến khi lượng nước tiểu đạt > 30ml/giờ và phản xạ gân gối xuất hiện. - Trong khoảng thời gian này, giải thích cho gia đình biết chuyện gì đang xảy ra và nói cho họ biết những điều cần thiết.
<p>Bàn luận câu hỏi 1: Bạn sẽ làm gì nếu không có magnesium sulfate ở bệnh viện?</p>	<p>Câu trả lời mong đợi: Sử dụng Diazepam 10mg tiêm tĩnh mạch chậm trên 2 phút.</p>
<p>2. Sau 5 phút, thai phụ G không còn bị co giật nữa. Huyết áp đo được là 110mmHg và nhịp thở 20 lần/phút</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vấn đề của thai phụ G ở đây là gì? - Bạn sẽ làm gì kế tiếp? - Mục tiêu cần quan tâm để kiểm soát được huyết áp của thai phụ G là gì? - Thai phụ G cần được chăm sóc gì thêm? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nói rõ thai phụ G có dấu hiệu và triệu chứng của sản giật. - Tiêm tĩnh mạch chậm 5mg Hydralazine. - Xác định rõ mục tiêu là duy trì huyết áp tâm trương của thai phụ G ở mức từ 90 đến 100 mmHg để phòng ngừa xuất huyết não. - Cần có một nhân viên giúp đỡ trong công việc cấp cứu đặt ống để theo dõi nước tiểu chảy ra và protein niệu. - Nhờ một nhân viên bắt đầu lập một đường truyền tĩnh mạch dung dịch muối đẳng trương hoặc lactate Ringer và lấy máu để đánh giá tình trạng đông máu bằng xét nghiệm đông máu tại giường. - Duy trì một chế độ cân bằng dịch nghiêm ngặt.
<p>Bàn luận câu hỏi 2: Bạn có cho thêm Hydralazine sau liều đầu tiên?</p>	<p>Câu trả lời mong đợi: Cho liều nhắc lại sau 15 phút cho đến khi huyết áp tâm trương hạ thấp xuống trong khoảng từ 90-100 mmHg. Có thể cho thêm liều đến 20mg/24 giờ nếu cần thiết.</p>
<p>3. 15 phút sau nữa, huyết áp thai phụ G là 94 mmHg và nhịp thở 16 lần/phút.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bây giờ bạn sẽ làm gì? 	<ul style="list-style-type: none"> - Ở lại với thai phụ G, tiếp tục theo dõi huyết áp, mạch, nhịp thở, phản xạ gân bánh chè và nhịp tim thai. - Kiểm tra nếu thai phụ G xuất hiện bất cứ cơn co tử cung nào khác.
<p>4. Bây giờ là một giờ đồng hồ sau khi điều trị cho</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tiếp tục theo dõi huyết áp, mạch, nhịp thở, phản xạ và nhịp tim thai.

<p>thai phụ G. Cô ta đang ngủ nhưng dễ bị thức tỉnh. Huyết áp bây giờ là 90 mmHg và nhịp thở 16 lần/phút. Có vài cơn co tử cung xuất hiện kéo dài dưới 20 giây</p> <p>- Bây giờ bạn sẽ làm gì?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Theo dõi lượng nước tiểu và lượng dịch đưa vào. - Theo dõi phù phổi xuất hiện bằng cách nghe rale ở đáy phổi. - Khám đánh giá cổ tử cung thai phụ G để xem có tiến triển thuận lợi không?
<p>5. Bây giờ là 2 tiếng đồng hồ kể từ khi bắt đầu điều trị cho thai phụ G. Huyết áp cô ta vẫn còn ở mức 90mmHg và nhịp thở vẫn ở mức 16 lần/phút. Tất cả mọi dấu hiệu theo dõi đều nằm trong mức mong đợi. Cô G tiếp tục ngủ và thức giấc khi có cơn co tử cung. Các cơn gò xuất hiện thường xuyên hơn nhưng vẫn kéo dài không quá 20 giây. Cổ tử cung xóa 100% và dẫn ra 3cm. Không ghi nhận bất thường về nhịp tim thai.</p> <p>- Bây giờ bạn sẽ làm gì?</p> <p>- Khi nào thì cho sinh em bé?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tiếp tục theo dõi sản phụ G theo chỉ định trên. - Cần bấm ối và kích thích chuyển dạ bằng oxytocin. - Cần chắc chắn rằng việc sinh con nên thực hiện trong vòng 12 giờ sau khi thai phụ G xuất hiện cơn co giật.
<p>Kịch bản 2 (Giảng viên cung cấp thông tin và đặt câu hỏi)</p>	<p>CÂU TRẢ LỜI/GIẢI PHÁP (Mong đợi từ học viên)</p>
<p>1. Thai phụ H 20 tuổi, thai 38 tuần, lần 2. Mẹ chồng đưa cô đến Trung tâm y tế sáng nay do nhức đầu dữ dội và nhìn mờ đã 6 giờ. Cô H nói rằng cảm thấy mình rất mệt.</p> <p>- Bạn sẽ làm gì?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La lớn để huy động các nhân viên có khả năng giúp đỡ gấp. - Đỡ thai phụ lên bàn và cho nằm nghiêng trái. - Nhanh chóng đánh giá tình trạng thai phụ H bao gồm dấu hiệu sinh tồn (nhiệt độ, mạch, huyết áp và nhịp thở) và kiểm tra ý thức, màu và nhiệt độ da. - Lập tức hỏi về tiền sử bệnh của thai phụ H.
<p>2. Huyết áp của thai phụ H</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nói rõ rằng thai phụ H có dấu hiệu và triệu

<p>là 96 mmHg, mạch 100 lần/phút và nhịp thở 20 lần/phút. Tăng phản xạ gân xương. Mẹ chồng cho biết cô ta chưa có dấu hiệu sinh</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vấn đề của cô H là gì? - Bạn sẽ làm gì? - Mối quan tâm của bạn vào lúc này là gì? 	<p>chứng tiền sản giật nặng .</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhờ một nhân viên khác cho bệnh nhân thở oxy 4-6 lít/phút. - Chuẩn bị và truyền dung dịch Magiesium sulfate 10%, 3g tiêm tĩnh mạch trong 5 phút. - Tiếp tục 1g Magiesium sulfate tiêm tĩnh mạch mỗi giờ. - Cùng lúc này, nói cho cô H và mẹ chồng những việc sẽ được làm, chăm chú lắng nghe họ và trả lời các câu hỏi và mối lo lắng họ đặt ra. - Xác định mối quan tâm chính hiện nay là phòng ngừa xuất hiện cơn co giật ở thai phụ H.
<p>3. Sau 15 phút, thai phụ H vẫn còn nhức đầu và tăng phản xạ gân xương</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bây giờ bạn sẽ làm gì? - Bạn sẽ làm gì trong giờ kế tiếp? 	<ul style="list-style-type: none"> - Cần có một nhân viên giúp đỡ trong công việc cấp cứu đặt catheter để theo dõi nước tiểu chảy ra và protein niệu. - Lập đường truyền dịch nước muối đẳng trương hoặc Lactate Ringer. - Nghe tim thai. - Trong giờ kế tiếp cần theo dõi dấu hiệu sinh tồn, phản xạ gân xương, nhịp tim và duy trì cân bằng dịch trong cơ thể một cách nghiêm ngặt.
<p>4. Bây giờ là một giờ đồng hồ kể từ khi bắt đầu điều trị cho thai phụ H. Huyết áp tâm trương ở mức 96mmHg, mạch 100 lần/phút, nhịp thở 20 lần/phút. Phản xạ gân xương vẫn còn tăng. Bạn phát hiện nhịp tim thai khoảng 80 lần/phút.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mối quan tâm của bạn vào lúc này là gì? - Bạn sẽ làm gì? 	<ul style="list-style-type: none"> - Cần xác định vấn đề đáng quan tâm hiện nay là nhịp tim thai bất thường. - Xác định rằng thai phụ H nên được chuẩn bị đưa vào phòng mổ để mổ lấy thai. - Thông báo cho thai phụ H và mẹ chồng cô chuyện gì đang xảy ra, lắng nghe mối lo lắng của họ và nói lời cam đoan.

Đáp án

Câu 1: D; câu 2: A; Câu 3: A; Câu 4: C; Câu 5: A

Tài liệu tham khảo

1. WHO. Xử trí các tai biến trong khi mang thai và sinh đẻ
2. Bộ Y tế. Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản

BÀI 11

LIỆU PHÁP KHÁNG SINH DÙNG TRONG CẤP CỨU SẢN PHỤ KHOA

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này, học viên phải:

1. Kể được 9 nguyên tắc sử dụng kháng sinh.
2. Nêu được nhóm kháng sinh có thể sử dụng, sử dụng thận trọng và nhóm không được sử dụng trong thời kỳ có thai và cho con bú? Trong mỗi nhóm cho một ví dụ về loại kháng sinh hay sử dụng trong sản phụ khoa.
3. Nêu được cách sử dụng kháng sinh điều trị và kháng sinh dự phòng.

Phương tiện dạy học: Bảng, bút dạ, giấy khổ lớn, giấy trong, máy chiếu over head, Projecter.

Kế hoạch bài giảng: Thời gian : 2 tiết

Nội dung chủ yếu	Thời gian (Phút)	Phương pháp, phương tiện dạy/học	Hoạt động học viên	Phản hồi nhanh
Giới thiệu mục tiêu bài học và định nghĩa kháng sinh.	5	Thuyết trình.	Nghe giảng.	Quan sát học viên.
Mục tiêu 1: Kể được 9 nguyên tắc sử dụng kháng sinh				
Nguyên tắc sử dụng kháng sinh: 9 nguyên tắc sử dụng kháng sinh.	25	“Nêu các nguyên tắc khi sử dụng kháng sinh”. Yêu cầu mỗi học viên nêu một nguyên tắc sử dụng kháng sinh, ghi câu trả lời lên giấy khổ lớn cho đến khi các học viên nêu đủ các nguyên tắc. Giảng viên lần lượt phân tích	Nghe câu hỏi, động não và trả lời câu hỏi của giảng viên.	Phân tích các nguyên tắc sử dụng kháng sinh dựa trên các câu trả lời của học viên.

		từng nguyên tác các học viên đã nêu ra.		
Mục tiêu 2: Nêu được nhóm kháng sinh có thể sử dụng, sử dụng thận trọng và nhóm không được sử dụng trong thời kỳ có thai và cho con bú? Trong mỗi nhóm cho một ví dụ về loại kháng sinh hay sử dụng trong sản phụ khoa.				
1. Nhóm có thể sử dụng: – β lactam – Macrolid – Nystatin, clotrimazol. 2. Nhóm dùng thận trọng: – Nitrofurantoin – Aminoglycosid – Metronidazol – Rifamicin 3. Nhóm không được dùng: – Aminoglycosid – Cyclin – Cloramphenicol – Quinolon – Sulfamid	25	Hoạt động nhóm, chia lớp học thành 3 nhóm nhỏ, mỗi nhóm thảo luận một nhóm kháng sinh được dùng, dùng thận trọng, không được dùng, lý do và nêu một số tên kháng sinh cho mỗi nhóm. Thảo luận 10 phút, trình bày 5 phút cho mỗi nhóm.	Thảo luận nhóm và trình bày trên giấy khổ lớn.	Khi trình bày các nhóm khác và giảng viên bổ sung.
Mục tiêu 3: Nêu được cách sử dụng kháng sinh điều trị và kháng sinh dự phòng.				
Cách sử dụng: “ <i>Kháng sinh điều trị và kháng sinh dự phòng</i> ”	10	Thuyết trình.	Nghe giảng.	Quan sát học viên.
Nghiên cứu hai trường hợp nhiễm khuẩn sau để trong phần bài tập tình	25	Chia học viên thành 2 nhóm, thảo luận thông tin đưa ra và xây dựng phác đồ	Thảo luận và trình bày trên giấy to.	Giảng viên và học viên phản

huống 1 và 2.		điều trị kháng sinh.		hội khi nhóm trình bày.
---------------	--	----------------------	--	-------------------------

Giới thiệu bài học

Nhiễm khuẩn trong sản phụ khoa là mối đe dọa, ngày càng có nhiều các loại kháng sinh thế hệ mới ra đời có tác dụng diệt khuẩn mạnh và hiệu quả nhưng song song với quá trình đó là việc lạm dụng kháng sinh dẫn đến hiện tượng kháng thuốc. Trong sản phụ khoa nếu sử dụng kháng sinh không đúng chỉ định có thể dẫn đến các tai biến và ngộ độc cho thai nhi.

Nội dung bài học

1. ĐỊNH NGHĨA

Kháng sinh là những chất do vi sinh vật tiết ra hoặc những chất hoá học bán tổng hợp, tổng hợp, với nồng độ rất thấp có khả năng kìm hãm sự phát triển hoặc diệt được vi khuẩn

2. NGUYÊN TẮC SỬ DỤNG KHÁNG SINH

2.1. Dùng kháng sinh khi có biểu hiện nhiễm khuẩn hoặc dự phòng khi có nguy cơ nhiễm khuẩn.

- Trong các trường hợp nhiễm khuẩn toàn thân nặng: nhiễm khuẩn huyết, viêm phúc mạc toàn thể, viêm phúc mạc tiểu khung, nhiễm khuẩn hậu sản.
- Trong các trường hợp nhiễm khuẩn tại chỗ: nhiễm khuẩn vết mổ, vết khâu tầng sinh môn hay viêm âm hộ âm đạo.
- Trong trường hợp nguy cơ nhiễm khuẩn: ối vỡ non, ối vỡ sớm trên 6 tiếng.

2.2. Làm kháng sinh đồ trước khi dùng kháng sinh và khi có kết quả kháng sinh đồ cần thay đổi kháng sinh.

- Trong các trường hợp có biểu hiện nhiễm khuẩn cần cấy bệnh phẩm trước khi dùng kháng sinh (cấy máu nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết, sản dịch, dịch âm đạo...), sau khi lấy bệnh phẩm có thể soi tươi để xác định ngay nguyên nhân (soi tươi khí hư âm đạo tìm Trichomonas, Gardnerella), nhuộm Gram giúp xác định sơ bộ tác nhân gây bệnh là vi khuẩn Gram(+) hay Gram(-). Nuôi cấy giúp xác định chủng loại vi khuẩn và kháng sinh đồ để lựa chọn kháng sinh thích hợp.

- Khi có kết quả kháng sinh đồ, nếu kháng sinh đang dùng có tác dụng thì tiếp tục duy trì cho đủ liệu trình.

- Nếu kháng sinh đang dùng bị vi khuẩn kháng thuốc thì phải thay đổi kháng sinh và nên ưu tiên chọn kháng sinh phổ hẹp theo kháng sinh đồ vì nó làm giảm nguy cơ xâm nhập, bội nhiễm các vi khuẩn kháng thuốc.

2.3. Xác định sơ bộ loại vi khuẩn gây bệnh để lựa chọn kháng sinh

- Các nhiễm khuẩn tiết niệu sinh dục thường do vi khuẩn kỵ khí Gram (+) Gram(-).
- Các nhiễm khuẩn mắc phải trong bệnh viện: thường do trực khuẩn Gram (-).

2.4.Chọn kháng sinh tốt nhất cho mỗi bệnh nhân dựa vào

- Dựa vào kháng sinh có tác dụng tốt cho nhiễm khuẩn trên bệnh nhân.
- Kháng sinh có gây dị ứng cho bệnh nhân không.
- Tác dụng phụ của kháng sinh.
- Giá thành của kháng sinh.

2.5.Phối hợp kháng sinh

- Thông thường trong các nhiễm khuẩn sản phụ khoa phải phối hợp kháng sinh để tăng hiệu quả điều trị.
- Kết hợp kháng sinh có hiệu quả cao nhưng cũng có một số điểm cần lưu ý:
 - + Tăng nguy cơ dị ứng và độc tính.
 - + Tăng nguy cơ gây vi khuẩn kháng thuốc.
 - + Có thể thuốc này làm giảm tác dụng của thuốc kia: Tetracyclin — Penicillin.
 - + Giá thành cao.

2.6.Dựa vào cơ địa bệnh nhân

- Phụ nữ có thai và cho con bú
 Khi sử dụng kháng sinh cho phụ nữ có thai và cho con bú cần cân nhắc xem thuốc có độc cho thai không, thuốc có qua được hàng rào rau thai không và thuốc có bài tiết qua sữa không? Các nhóm và kháng sinh cụ thể có thể sử dụng, sử dụng thận trọng và chống chỉ định khi có thai và cho con bú được nói cụ thể trong phần sau.
 - Suy chức năng gan thận
 Bệnh nhân suy chức năng gan thận cần giảm liều kháng sinh. Tránh sử dụng kháng sinh độc với gan, thận. Trong sản khoa các thai phụ bị tiền sản giật hoặc hội chứng HELLP cần thận trọng khi sử dụng kháng sinh nhóm Aminocyclitol vì độc cho thận.

2.7.Đường sử dụng kháng sinh

- Kháng sinh sử dụng đường toàn thân: uống, tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch. Kháng sinh đường tĩnh mạch thích hợp cho nhiễm khuẩn nặng nhằm đạt nồng độ thuốc cao trong máu trong khoảng thời gian ngắn, ví dụ trong các trường hợp nhiễm khuẩn huyết, viêm phúc mạc. Kháng sinh đường uống thường được dùng cho các sản phụ có nhiễm khuẩn nhẹ hoặc dự phòng nhiễm khuẩn như các trường hợp ra máu âm đạo, ối vỡ sớm...
 - Kháng sinh dùng tại chỗ: dùng đặt âm đạo điều trị viêm âm đạo.

2.8.Liều lượng

- Liều lượng phải phù hợp để giảm nguy cơ tác dụng phụ, đạt nồng độ cao ở tổ chức nhiễm khuẩn.

2.9. Thời gian điều trị

- Phụ thuộc vào tình trạng nhiễm khuẩn, mức độ nhiễm khuẩn và phụ thuộc liệu pháp kháng sinh điều trị, kháng sinh dự phòng ngắn ngày hay dự phòng dài ngày mà thời gian điều trị khác nhau. Thông thường kháng sinh dự phòng liều duy nhất thì chỉ dùng trong mổ, sau mổ không cần dùng kháng sinh nữa, kháng sinh điều trị thường chỉ dùng 5 đến 7 ngày.

3. MỘT SỐ KHÁNG SINH THƯỜNG DÙNG TRONG SẢN PHỤ KHOA.

3.1. Các nhóm kháng sinh sử dụng tương đối an toàn trong thời kỳ có thai và cho con bú.

3.1.1. Kháng sinh nhóm beta - lactam: gồm hai nhóm nhỏ là Penicillin và Cephalosporin.

- **Nhóm Penicillin**

+ Penicilline là thuốc kháng sinh có hiệu quả diệt khuẩn cao, phổ kháng khuẩn rộng, ít độc, thải trừ nhanh qua thận. Gồm các thuốc: *Penicilline G*: bị thủy phân bởi acid trong dạ dày nên không dùng đường uống. *Procaine penicilline G*: chỉ dùng đường tiêm bắp.

+ Nhóm Amino - Penicillin: là penicilline bán tổng hợp có tăng cường tác dụng kháng vi khuẩn gram (-). Gồm các thuốc: *Ampicillin*, viên 500 mg hoặc lọ 1g. *Amoxicillin* viên 250 - 500 mg tương tự Ampicillin nhưng hấp thu tốt hơn.

+ Kết hợp chất ức chế β lactamase: Acid clavulanic và Sulbactam có cấu trúc tương tự phân tử β lactam nên chất này cạnh tranh với lactamase do vi khuẩn sản xuất ra. Khi kết hợp chất này với kháng sinh có phổ kháng khuẩn rộng sẽ tăng hiệu quả điều trị nhiễm khuẩn đặc biệt điều trị trường hợp vi khuẩn sinh ra lactamase. Gồm các thuốc: Amoxicillin — Clavulanic (Augmentin): viên 650mg hoặc 1g, lọ tiêm 1,2g. Ampicillin - Sulbactam (Unasyn): viên 375mg, lọ 1g.

- Nhóm Cephalosporine: Các thuốc trong nhóm này có hoạt phổ kháng khuẩn rộng, được điều trị trong trường hợp nhiễm khuẩn nặng hoặc vi khuẩn kháng thuốc. Có 4 thế hệ Cephalosporine

- Cephalosporine thế hệ 1: Có tác dụng diệt hầu hết các cầu khuẩn gram (+) bao gồm cả những chủng sản sinh beta lactamase. Cefazolin lọ 1g. Cephalexin viên 250 - 500 mg

+ Cephalosporine thế hệ 2: Phổ tác dụng rộng hơn, diệt được trực khuẩn gram (-) so với thế hệ 1. Cefuroxime (Zinacef): lọ 0.75g. Cefuroxime axetil (Zinat) viên 250 mg.

- Cephalosporin thế hệ 3: có tác dụng tốt hơn chống lại trực khuẩn gram (-) so với thế hệ 1 và 2. Nhưng tác dụng với cầu khuẩn gram (+) lại kém hơn. *Cefotaxime* lọ 1g, *Ceftriaxone* lọ 1g, *Ceftazidime* lọ 1g.

3.1.2. Macrolide và Azalide: Thuốc kháng sinh có nồng độ cao trong tổ chức, có thể dùng thay thế nhóm β lactam nếu bệnh nhân bị dị ứng. Thuốc tác dụng tốt

trên Mycoplasma, Chlamydia. Các thuốc: *Erythromycin* viên 250 — 500mg. *Clarithromycin* viên 250 - 500 mg. *Azithromycin* viên 250 - 500 mg.

3.2.Nhóm kháng sinh được sử dụng trong thời kỳ có thai nhưng cần thận trọng.

3.2.1. Nhóm Aminoglycoside: tác dụng diệt vi khuẩn Gram(+) đặc biệt Gram(-). Thường phối hợp với nhóm β lactam. Thuốc độc cho thận và tai trong của thai nhi. Chỉ nên dùng: *Gentamycin* ống 80 mg. *Amikacin* và *Kanamycin* 250 mg và không nên dùng dài ngày.

3.2.2. Nhóm Nitrofurantoin: Tác dụng điều trị viêm nhiễm đường tiết niệu.

3.2.3. Nhóm Metronidazol: Tác dụng diệt vi khuẩn kỵ khí Gram (-) và ký sinh trùng như *Trichomonas vaginalis*, *Giardia lamblia*. Điều trị nhiễm khuẩn do vi khuẩn kỵ khí. Thuốc có thể gây dị tật thai trong 3 tháng đầu do vậy không sử dụng trong thời kỳ này và thời kỳ cho con bú, chỉ có thể sử dụng trong 3 tháng giữa và cuối trong trường hợp cần thiết.

3.2.4. Nhóm Rifamicin: trong trường hợp cần thiết có thể sử dụng trong quý 2 và 3 của thai kỳ.

3.3.Nhóm kháng sinh không thể sử dụng trong thời kỳ có thai và cho con bú.

Trong nhóm Aminoglycoside thì Streptomycin không được sử dụng trong thời kỳ có thai và cho con bú vì gây độc cho thận và thính giác.

3.3.1. Tetracycline: là thuốc kìm khuẩn có phổ rộng tác dụng diệt Chlamydia.

Thuốc hay sử dụng là Doxycycline viên 100 mg. Nhóm Tetracycline không dùng cho phụ nữ có thai và trẻ em < 10 tuổi vì độc cho gan, làm xấu men răng và ảnh hưởng đến sự phát triển xương.

3.3.2. Chloramphenicol: kháng sinh kìm khuẩn tác động trên vi khuẩn Gram (+) và Gram (-), không dùng trong khi có thai và cho con bú vì gây suy tủy, vàng da nhân xám.

3.3.3. Fluoroquinolones: diệt các trực khuẩn Gram (-), cầu khuẩn Gram (+), lậu cầu. Tác dụng phụ bao gồm buồn nôn, ỉa chảy, phát ban, nhìn đôi. Không dùng phụ nữ có thai và đang cho con bú vì gây tổn thương sụn khớp. Các thuốc *Norfloxacin* viên 40-0 mg. *Ciprofloxacin* viên 250 - 500 mg. *Ofloxacin* viên 200 - 400 mg. *Peflacin* viên hoặc lọ 400 mg.

3.3.4. Nhóm Sulfamid: không sử dụng cho phụ nữ có thai và trẻ sơ sinh vì gây vàng da sơ sinh.

3.3.5. Kháng sinh chống nấm

- **Imidazol và triazol:** *Ketoconazol* (*Nizoral* viên 200 mg, kem bôi 2%), *Itraconazol* (*Sporal* viên 100 mg), *Fluconazol* (*Diflucan* viên 50mg, 100mg, 150mg), các thuốc này có tác dụng diệt các loại nấm *Candida*, không được sử dụng cho phụ nữ có thai và đang cho con bú.

- **Nystatin và Clotrimazol:** Trong nhóm kháng sinh chống nấm thì chỉ hai loại thuốc này có thể dùng đặt âm đạo cho phụ nữ có thai trong nửa sau thời kỳ thai nghén.

4. KHÁNG SINH ĐIỀU TRỊ VÀ KHÁNG SINH DỰ PHÒNG

4.1. Kháng sinh điều trị: là dùng kháng sinh trong các trường hợp đã xác định có nhiễm khuẩn ví dụ trong viêm phần phụ, viêm phúc mạc, các trường nhiễm khuẩn nặng cần phối hợp nhiều loại kháng sinh.

- Đối nhiễm khuẩn nhẹ và trung bình: Viêm niêm mạc tử cung sau đẻ, sau thủ thuật hút thai hay nhiễm khuẩn tầng sinh môn, âm đạo:

Uống Amoxillin 500mg cách nhau 8 tiếng, có thể dùng kèm theo Metronidazol 500 mg uống 2 lần/ngày.

- Đối nhiễm khuẩn nặng: Viêm cơ tử cung, viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phần phụ, nhiễm khuẩn huyết:

Kết hợp kháng sinh, dùng đường tĩnh mạch. Ampicillin 2g tiêm tĩnh mạch cách nhau 6 tiếng, Gentamycin 5mg/kg tiêm bắp 24 giờ, Metronidazol 500-1000mg /24 giờ, truyền tĩnh mạch. Phải làm kháng sinh đồ sau đó điều chỉnh kháng sinh theo kháng sinh đồ. Nếu nghi ngờ nhiễm tụ cầu vàng thì cần dùng thêm thuốc Cloxacilin 400mg tiêm tĩnh mạch cách nhau 4 tiếng.

- Thời gian điều trị: điều trị tích cực tối thiểu 7 ngày, trong trường hợp bệnh nhân sốt cao mà chưa hết sốt thì cũng không được ngừng kháng sinh, nếu bệnh nhân tuyến xã sau khi điều trị 3 ngày không kết quả phải chuyển tuyến trên.

4.2. Kháng sinh dự phòng: dùng dự phòng trong các thủ thuật hoặc phẫu thuật sản phụ khoa có nguy cơ nhiễm khuẩn: như trong kiểm soát tử cung, bóc rau nhân tạo, dự phòng trong trường hợp ối vỡ sớm, trong mổ lấy thai.

- Kháng sinh dự phòng có thể được dùng dự phòng liều duy nhất hoặc dự phòng ngắn ngày (thường 3 ngày)

- Kháng sinh dự phòng thường được sử dụng trước khi làm thủ thuật, phẫu thuật 30 phút để đảm bảo đạt nồng độ kháng sinh cao trong máu lúc thực hiện thủ thuật. Nếu thủ thuật kéo dài hoặc bệnh nhân mất máu nhiều thì có thể cho thêm một liều kháng sinh để duy trì nồng độ khi phẫu thuật.

- Trong phẫu thuật mổ lấy thai kháng sinh thường được tiêm sau khi kẹp dây rốn.

Tự lượng giá (đáp án)

- Hãy viết tiếp vào chỗ thiếu các nguyên tắc sử dụng kháng sinh.
 - A. Dùng kháng sinh khi có biểu hiện nhiễm trùng.
 - B. Làm kháng sinh đồ trước khi dùng kháng sinh và thay đổi kháng sinh khi có kết quả.
 - C. Xác định sơ bộ loại vi khuẩn gây bệnh để lựa chọn kháng sinh.
 - D. Chọn kháng sinh dựa vào: không dị ứng, tác dụng phụ và giá thành.
 - E. Phối hợp kháng sinh.
 - F. Dựa vào cơ địa bệnh nhân.
 - G. Đường sử dụng kháng sinh: toàn thân hoặc tại chỗ.

H. Liều lượng kháng sinh.

I. Thời gian điều trị.

- Hãy kể tên 3 loại kháng sinh sử dụng an toàn trong thời kỳ có thai và cho con bú.

Kể tên được ba loại kháng sinh nằm trong nhóm β lactam, Macrolid, ví dụ: Amoxin, Unasyn, Augmentin, Lincomycin, Erythromycin....

- Hãy kể tên ba loại kháng sinh có thể sử dụng trong thời kỳ có thai và cho con bú nhưng cần thận trọng.

Kể tên được ba loại kháng sinh trong các nhóm Aminoglycosid, Nitrofurantoin..., ví dụ Gentamycin, Nitrofurantoin, Metronidazol.

- Hãy kể tên 3 loại kháng sinh không thể sử dụng được trong thời kỳ có thai và cho con bú.

Kể tên được ba loại kháng sinh trong nhóm Chloramphenicol, Cyclin, Quinolol... ví dụ: Tetracyclin, Chloramphenicol, Ciprofloxacin....

- Khoanh tròn vào câu đúng.

Dùng kháng sinh dự phòng khi mổ lấy thai:

A. 30 phút trước khi phẫu thuật.

B. Ngay sau khi rạch da thành bụng.

C. Ngay sau khi kẹp dây rốn trẻ sơ sinh.

D. Ngay sau khi mổ xong.

Bài tập tình huống

Bài tập tình huống 1

Tình huống: Một sản phụ sau đẻ 5 ngày tại tuyến xã, sau đẻ có kiểm soát tử cung vì thiếu rau, đến lại bệnh viện huyện vì sốt nhẹ, sản dịch hôi. Sau khi thăm khám và làm một số các xét nghiệm được chẩn đoán là viêm niêm mạc tử cung sau đẻ.

Trong tình huống này bạn hãy lập kế hoạch điều trị kháng sinh cho sản phụ.

Hướng dẫn thảo luận tình huống 1

1. Cần chào hỏi ân cần sản phụ.
2. Hỏi bệnh sử: cách đẻ, thời gian vỡ ối, có kiểm soát tử cung không, về nhà uống kháng sinh như thế nào?
3. Cách chăm sóc sau đẻ?
4. Thăm khám đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn: khám mỏ vịt xem sản dịch, cấy sản dịch làm kháng sinh đồ, khám hai tay đánh giá tình trạng viêm (đau khi khám).
5. Đối trường hợp viêm niêm mạc tử cung có thể dùng kháng sinh uống nhóm β lactam, kết hợp nhóm Metronidazol, nếu có KSD thì dùng theo KSD, dùng thuốc tăng co bóp tử cung.
6. Kết hợp vệ sinh tại chỗ bằng rửa và sát trùng táng sinh môn, âm đạo hàng ngày.

Bài tập tình huống 2

Tình huống: một sản phụ sau đẻ tại tuyến xã 7 ngày, sau đẻ 4 ngày bắt đầu sốt nhẹ nhưng không điều trị gì, sau đó sốt cao 39^o5 đã đến trạm xá xã nhưng NHS chuyển đến bệnh viện huyện. Tại bệnh viện huyện sau khi thăm khám đã chẩn đoán nhiễm trùng tử cung nặng sau đẻ. Bạn hãy thảo luận để đưa ra phác đồ điều trị kháng sinh cho bệnh nhân này.

Hướng dẫn thảo luận tình huống 2

1. Cần chào hỏi ân cần sản phụ.
2. Hỏi bệnh sử: Cách đẻ, thời gian vỡ ối, có kiểm soát tử cung không, về nhà uống kháng sinh như thế nào?
3. Cách chăm sóc sau đẻ?
4. Thăm khám đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn: Khám mỏ vịt xem sản dịch, cấy sản dịch làm kháng sinh đồ, khám hai tay đánh giá tình trạng viêm (đau khi khám); nếu sốt cao phải cấy máu.
5. Đối trường hợp nhiễm khuẩn tử cung nặng phải dùng kháng sinh tiêm toàn thân, kết hợp kháng sinh nhóm β lactam, nhóm Aminoglycosid, kết hợp nhóm Metronidazol, nếu có KSD thì dùng theo KSD, dùng thuốc tăng co tử cung.
6. Đường dùng tĩnh mạch.
7. Thời gian dùng tối thiểu 7 ngày, tối thiểu khi hết sốt thì chuyển từ tiêm tĩnh mạch sang tiêm bắp, tại tuyến xã nếu sau 48h không hết sốt phải chuyển tuyến.
8. Kết hợp vệ sinh tại chỗ bằng nước vệ sinh.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế. Chuẩn quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản.
2. Bộ y tế. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh.
3. Đại học Y Hà nội. Dược lý học lâm sàng 2003.
4. CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006.
5. WHO. Xử trí biến chứng trong khi mang thai và sinh đẻ.

BÀI 12

SỐT TRONG KHI MANG THAI VÀ CHUYỂN ĐẠ

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này học viên phải :

1. Kể được các nguyên nhân chính liên quan tới sốt trong khi mang thai và chuyển dạ.
2. Đưa ra các thăm dò tối thiểu để xác định chẩn đoán một số nguyên nhân thông thường.
3. Đưa ra được các phương pháp xử trí cho các chẩn đoán cụ thể liên quan tới sốt trong khi mang thai và chuyển dạ.

Phương tiện dạy học: Bảng, bút dạ, máy chiếu overhead, projector, giấy trong.

Kế hoạch bài giảng: Thời gian 2 tiết

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp, phương tiện dạy/học	Hoạt động của học viên	Phản hồi nhanh của học viên
Mục tiêu 1: Các nguyên nhân chính liên quan tới sốt trong khi mang thai và chuyển dạ.				
Bệnh ngoại khoa Bệnh nội khoa Khi chuyển dạ	30	Thuyết trình với projector. Đặt câu hỏi: Bộ câu hỏi. Chia nhóm thảo luận từng chủ đề. Giấy Ao, bút, bảng.	Nghe giảng Động não, trả lời câu hỏi.	Quan sát học viên Bổ sung thông tin. Trả lời câu hỏi.
4. Mục tiêu học tập 2: Đưa ra các thăm dò tối thiểu để xác định chẩn đoán một số nguyên nhân thông thường.				
Viêm ruột thừa, nhiễm khuẩn tiết niệu, Viêm bàng quang, Viêm đài bể thận...	30	Thuyết trình với projector. Đặt câu hỏi: Bộ câu hỏi. Chia nhóm thảo luận từng chủ đề. Giấy Ao, bút, bảng. Nghiên cứu TH	Nghe giảng Chia nhóm thảo luận. Động não trả lời câu hỏi, nghiên cứu trường hợp lâm sàng.	Hướng dẫn trả lời câu hỏi của GV. Bổ sung thông tin. Trả lời câu hỏi.
Mục tiêu 3. Phương pháp xử trí cho các nguyên nhân cụ thể liên quan tới sốt trong khi mang thai và chuyển dạ.				

Xử trí sốt khi mang thai và chuyển dạ:	30	Chia nhóm thảo luận từng chủ đề. Giấy Ao, bút, bảng. Nghiên cứu trường hợp.	Thảo luận nhóm. Đại diện nhóm trả lời câu hỏi.	Hướng dẫn thảo luận theo chủ đề hay trường hợp lâm sàng. Bổ sung thông tin.
--	----	---	---	--

Nội dung bài học

1. SỐT DO CÁC BỆNH NỘI NGOẠI KHOA

1.1. Viêm ruột thừa cấp

- Dấu hiệu chính: Sốt, đau hố chậu phải, có dấu hiệu nhiễm trùng rõ, bí trung đại tiện, có cảm dấu hiệu Mac-Burney rõ (Phụ nữ có thai có thể triệu chứng không điển hình).
- Xử trí: Chuyển điều trị phẫu thuật ngoại khoa.

1.2. Viêm bàng quang

- Dấu hiệu chính: Đái dắt, đái buốt, đau vùng sau hoặc vùng trên mu.
- Xử trí: Amoxicilin 1000mg uống ngày 3 lần x 5 ngày.
Nếu không kết quả thì cấy nước tiểu, làm kháng sinh đồ để chọn kháng sinh thích hợp.

1.3. Viêm bể thận cấp

- Dấu hiệu chính: Đái buốt, sốt cao, rét run, đau vùng sườn thất lưng, chán ăn, buồn nôn, nôn. Dấu hiệu nhiễm trùng rõ. Xét nghiệm bạch cầu tăng, đa nhân trung tính tăng. Cấy nước tiểu có vi khuẩn mọc. Có thể do sỏi đài bể thận hay do thai nghén chèn ép gây ứ nước đài bể thận.
- Xử trí: Cảnh giác với choáng nhiễm khuẩn. Cung cấp đủ dịch uống (dịch truyền). Nếu không thể cấy nước tiểu cho ngay
 4. Ampicilin 2g tĩnh mạch x 6 giờ 1 lần.
 5. Gentamycin 5mg/kg cơ thể tĩnh mạch x 24 giờ 1 lần.
 Nếu trong 2 ngày không sốt, cho uống tiếp Amoxicillin 1g x 3 lần/ngày trong 12 ngày nữa cho đủ 2 tuần.

1.4. Sốt rét

- Dấu hiệu chính: Sốt, rét run từng cơn, có chu kỳ, nhức đầu, đau khớp, lách to.
- Xử trí: Theo phác đồ **điều trị** sốt rét (Phụ thuộc sự nhạy cảm hoặc kháng thuốc của ký sinh khuẩn sốt rét trong vùng), cho uống nhiều nước và thuốc giảm đau (nếu cần).

1.5. Viêm phổi

- Dấu hiệu chính: Sốt, khó thở, ho có đờm, đau ngực, phổi có ran, gõ đục.

Chụp phổi có vùng mờ liên quan đến thùy phổi có tổn thương (Trong 3 tháng đầu chỉ chụp phổi khi thật cần thiết, **nếu chụp phổi phải che vùng tử cung, hố chậu**).

- Xử trí: Chuyển nội khoa điều trị càng sớm càng tốt.

1.6. Thương hàn

- Dấu hiệu chính: Sốt, nhức đầu, ho khan, mệt mỏi, chán ăn, lách to, có thể mê sảng.

- Xử trí: Khám và điều trị theo chuyên khoa truyền nhiễm.

1.7. Viêm gan do virus

- Dấu hiệu chính: Sốt, mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, nước tiểu sẫm, phân trắng, vàng da, gan to, đau cơ, đau khớp.

- Xử trí: Chuyển khám và điều trị khoa truyền nhiễm.

1.8. Sốt do viêm nhiễm Tai Mũi Họng.

- Dấu hiệu chính: Đây là bệnh thường gặp, thường có sốt và có các triệu chứng chỉ điểm ở đường hô hấp như: đau họng, ho, khàn tiếng, chảy nước mũi...

- Xử trí: Điều trị bằng kháng sinh và tại chỗ, hết hợp chuyên khoa Tai Mũi Họng điều trị tại chỗ.

1.9. Sốt do vius: Có thể do vius cúm.

- Dấu hiệu chính: Sốt cao thường 38- 40 °C, có thể kèm các dấu hiệu viêm long đường hô hấp trên. Dấu hiệu sốt hết sau 1 tuần.

- Xử trí: Điều trị triệu chứng, cần hạ sốt tốt do có thể ảnh hưởng đến thai. Thai 3 tháng đầu cần chú ý khả năng ảnh hưởng đến thai, thảo luận việc đình chỉ thai nghén.

2. SỐT DO LIÊN QUAN CHUYỂN DẠ ĐẼ VÀ SẢN KHOA

2.1. Nhiễm khuẩn ối

- Dấu hiệu chính: Thường gặp trong các trường hợp ối vỡ non, ối vỡ sớm xử trí không đúng, đôi khi trong chuyển dạ kéo dài. Sốt là triệu chứng thường gặp, thường số cao, có biểu hiện nhiễm trùng rõ, nước ối có thể có mùi hôi hay có thể cấy dịch ối có vi khuẩn, CRP dương tính cao, bạch cầu cao.

- Xử trí: Kháng sinh liều cao kết hợp theo kháng sinh đồ. Nếu chưa có kháng sinh đồ dùng kháng sinh phổ rộng và kết hợp kháng sinh. Xử trí thai tùy theo tình trạng sản khoa. Có khi cần mổ lấy thai, trong trường hợp nặng có thể phải cắt tử cung...

2.2. Nhiễm khuẩn âm đạo

- Triệu chứng chính: Sốt, ra dịch âm đạo nhiều, có thể do chuyển dạ lâu, dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân chưa rõ, cấy dịch âm đạo sẽ thấy vi khuẩn mọc.

- Xử trí: Kháng sinh toàn thân (tốt nhất là theo kháng sinh đồ), làm thuốc âm đạo và xử trí sản khoa tích cực.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Các nguyên nhân thường gặp của sốt trước và trong chuyển dạ?
2. Kể một số các thăm dò cần thiết mà anh chị biết khi tìm các nguyên nhân sốt trước và trong chuyển dạ kể trên.
3. Đưa ra phương án **xử trí** trong một số nguyên nhân sốt cụ thể thường gặp.

NGHIÊN CỨU TRƯỜNG HỢP

Nghiên cứu trường hợp 1: Sốt khi mang thai và chuyển dạ. Bài tập tình huống và đáp án

Chị A, 20 tuổi, mang thai được 22 tuần. Đi khám vì sốt từng cơn và ớn lạnh. **Tại** bệnh viện, thai của chị vẫn bình thường, **sau 1 ngày** vẫn sốt. Chị nghĩ mình đã bị cúm giống những người khác trong làng bị mắc trong thời gian gần đây. Chị được khuyên nên nghỉ ngơi và uống thêm nước và tới khám lại nếu triệu chứng vẫn tiếp tục. Chị A tới khoa khám bệnh của trung tâm y tế huyện lúc **20 giờ cùng ngày** phàn nàn rằng chị vẫn bị sốt từng cơn và ớn lạnh, ngoài ra chị còn cảm thấy đau bụng hạ vị và khó đi tiểu.

Đánh giá (Bệnh sử, khám thực thể, quy trình khám/xét nghiệm máu)

<p>1. Khi đánh giá ban đầu cho chị A bạn làm những gì và tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chị A được chào hỏi ân cần và đối xử tốt. - Chị A cần phải được giải thích về những gì sẽ được làm sắp tới. Ngoài ra, những câu hỏi của chị nên được giải đáp một cách thoả đáng và làm chị yên lòng. - Đánh giá nhanh để xác định mức độ căn bệnh của chị A: Nhiệt độ, mạch, nhịp thở và huyết áp. Hỏi tính chất sốt, cơn đau bụng bắt đầu từ khi nào, vị trí và tính chất cơn đau. Đi tiểu khó bắt đầu lúc nào và nước tiểu có vẩn đục không.
<p>2. Biểu hiện đặc biệt nào trong phần khám sức khoẻ của chị A giúp bạn đưa ra hoặc hướng đến một chẩn đoán. Tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chị A cần được kiểm tra cơn đau vùng thắt lưng hay hạ vị. - Khám hô hấp và toàn thân để đánh giá.
<p>3. Khi đánh giá tình trạng của chị A, trong quy trình khám/ xét nghiệm máu, bạn làm gì và tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Thông tiểu để cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ. Hoặc soi kính hiển vi tìm các trụ hạt, các vi khuẩn và các hồng cầu. - Đếm tế bào máu. - Xét nghiệm sốt rét.

Chẩn đoán (Xác định các vấn đề/nhu cầu)

Bạn đã hoàn thành việc đánh giá tình trạng của chị A và phát hiện thấy:
Chị A nói rằng chị cảm thấy rất khó chịu và không thể ăn hay uống thứ gì trong khoảng 24 giờ **qua**. Thân nhiệt là 40°C, bí đại, đau ở bụng, thấy đau thắt lưng, huyết áp là 110/70 mmHg. **Xét nghiệm không tìm thấy ký sinh trùng sốt rét**, bạch cầu cao 14.000/mm³, nước tiểu có hồng cầu và bạch cầu, cấy nước tiểu

có vi khuẩn mọc.	
4. Dựa vào những phát hiện trên, chị A được chẩn đoán như thế nào và tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Những biểu hiện và triệu chứng của chị A (chúng bí đái, sốt kèm theo ớn lạnh, đau mạng sườn, cấy nước tiểu có vi khuẩn mọc) là viêm bể thận cấp tính.
Chăm sóc (Lập kế hoạch và can thiệp)	
5. Dựa vào chẩn đoán, kế hoạch chăm sóc, điều trị cho chị A là gì và tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Chị A cần nhập viện. Chị cần được bù nước, điện giải và dùng kháng sinh. - Các thuốc kháng sinh phải được dùng cho tới khi chưa có kháng sinh đồ: Cephalosporin 500mg, 6 viên/ngày hoặc tĩnh mạch 1g trong 12 giờ/lần. - Uống Paracetamol 500 mg để giảm đau và hạ sốt. - Cho bệnh nhân uống ít nhất 2 lít nước mỗi ngày và ghi lại trên sổ theo dõi bệnh nhân. - Nhiệt độ, mạch, huyết áp được theo dõi tối thiểu 4 giờ/lần, - Theo dõi sát tình trạng thai nghén các yếu tố chuyển dạ. - Chị A và gia đình chị cần phải được giải thích về các bước trong chẩn đoán và điều trị cũng như nguy cơ của thai trong trường hợp này, động viên chị tích cực tham gia vào quá trình điều trị: Chú ý lắng nghe, ủng hộ về tinh thần và tin tưởng vào việc điều trị.
Đánh giá	
Sau 3 ngày điều trị. Thân nhiệt của chị đã bình thường . Chị cảm thấy khoẻ hơn nhưng vẫn còn đau mạng sườn.	
6. Dựa vào những phát hiện trên, bạn sẽ tiếp tục điều trị cho chị A như thế nào và tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Chị A nên tiếp tục dùng thuốc kháng sinh cho tới khi hết sốt 48 giờ. Sau đó chị nên uống Cephalosporin trong 14 ngày. - Khi điều trị khỏi, nên phòng bệnh tránh nhiễm khuẩn thời gian mang thai còn lại bằng theo dõi và điều trị sớm. - Tiếp tục cho uống giảm đau khi cần. - Khuyến khích uống thêm nước. - Tiếp tục theo dõi mạch, thân nhiệt, tình trạng thai nghén của chị A khi chị còn ở bệnh viện. - Phải giải thích cho chị A các bước tiếp theo. - Trước khi trở về nhà, chị A phải được chỉ về các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai và phải làm gì nếu các triệu chứng bất thường xuất hiện và làm theo các chỉ dẫn tại phòng khám thai.

Nghiên cứu trường hợp 2: Sốt khi mang thai và chuyển dạ.

Bài tập tình huống và đáp án

Chị B, 22 tuổi thai con so, sống ở vùng thường có dịch sốt rét. Chị mang thai được 16 tuần và dự định đi khám thai lần đầu tại cơ sở y tế vào tuần tới. Tuy nhiên, hôm nay chị đã đến trạm y tế vì chị bị sốt và cảm lạnh. Chị vẫn chưa sử dụng biện pháp phòng chống sốt rét nào.

Đánh giá (Bệnh sử, khám thực thể, quy trình khám/xét nghiệm máu).

1. Theo bạn, đánh giá ban đầu về tình trạng sức khỏe của chị B sẽ bao gồm các vấn đề nào? Tại sao?	<ul style="list-style-type: none">- Chào hỏi ân cần và lịch sự.- Nói những gì sắp làm, lắng nghe, đáp lại các câu hỏi và những mối quan tâm của chị B.- Nên làm một đánh giá nhanh để xác định mức độ căn bệnh của chị B: Kiểm tra nhiệt độ, mạch, nhịp thở, huyết áp. Hỏi các triệu chứng này đã xuất hiện bao lâu và các triệu chứng hay dấu hiệu nào khác kèm theo sốt khi mang thai (như đau bụng, bí đái hoặc đái dắt: nhiễm khuẩn đường tiết niệu; đau đầu, đau cơ/khớp: sốt rét thông thường; hoặc khó thở và/hoặc ho nhiều: viêm phổi).- Lưu ý tới tình hình dịch sốt rét trong thời gian gần đây và trong quá khứ (những phụ nữ nhiễm sốt rét thường có nguy cơ thiếu máu cao và sinh con nhẹ cân).- Cần hỏi để đánh giá tình trạng thai.
2. Biểu hiện đặc biệt nào trong phần khám đã giúp bạn đưa ra một chẩn đoán hoặc nhận biết về các vấn đề của chị B. Tại sao?	<ul style="list-style-type: none">- Khám bụng để kiểm tra kích thước tử cung. Nếu chị B có các triệu chứng của bí đái hay đái rất, nên kiểm tra vùng thắt lưng có bị đau không. Nếu chị bị ho, đau ngực hoặc khó thở, cần nghe phổi cho chị. Ngoài ra, xác định lách có to không, vì điều này có thể xảy ra khi bị sốt rét. Tình trạng thiếu máu.
3. Khi đánh giá tình trạng của chị B, trong quy trình khám/ xét nghiệm máu, bạn làm gì và tại sao?	<ul style="list-style-type: none">- Cần để ý tới sốt rét một số trường hợp phụ nữ sốt khi mang thai là sốt rét (chị B sống ở vùng thường có dịch sốt rét). Xét nghiệm tiêu bản giọt đặc và giọt đàn để tìm ký sinh trùng sốt rét. Nên kiểm tra tình trạng thiếu máu.

Chẩn đoán (Xác định các vấn đề/ nhu cầu).

Bạn đã hoàn thành đánh giá tình trạng của chị B và phát hiện thấy:

Chị B cảm thấy rất khó chịu. Sốt $39,8^{\circ}\text{C}$ và đau đầu. Theo ngày kinh cuối thì chị có thai 16 tuần. Kích thước tử cung phù hợp với tuổi thai. Chị không có triệu chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu, phổi và không có dấu hiệu bị thiếu máu. Tiêu bản máu soi ký sinh trùng sốt rét thấy rõ. Chị B cho biết đã từng bị sốt rét trước đây nhưng không thể nhớ rõ bao nhiêu lần. Chị cũng cho biết mình bị dị ứng với Sulfonamide. Kháng thể sốt rét *P. falciparum* là bệnh địa phương tại nơi chị B sinh sống.

<p>4. Dựa vào những phát hiện trên, chị B được chẩn đoán như thế nào và tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cần chú ý tới sốt rét vì nó gây ra hầu hết các dấu hiệu và triệu chứng của chị B. Sốt rét là bệnh có ở địa phương tại nơi chị sống. Các dấu hiệu và triệu chứng phù hợp với bệnh sốt rét và ký sinh trùng đã được nhìn thấy trên tiêu bản.
<p>Chăm sóc (lập kế hoạch và can thiệp).</p>	
<p>5. Dựa vào chẩn đoán, kế hoạch chăm sóc cho chị B của bạn là gì và tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chị B cần nhập viện để điều trị bệnh sốt rét ngay. - Vì chị B sống ở vùng có <i>P. falciparum</i> đã kháng thuốc Chloroquine lan rộng, chị nên được điều trị bằng Sunfate Quinine 10 mg/kg trọng lượng cơ thể, 3 lần/ngày và trong 7 ngày. - Có thể lựa chọn, Artesunate 2mg/kg 12 tiếng/lần trong 1 ngày và 2mg/kg cho mỗi 6 ngày sau đó. - Không nên dùng Sulfadoxine/Pyrimethamine vì chị B bị dị ứng với Sulfonamides. - Chị B có thể về nhà sau khi đã khỏi sốt 48 tiếng. - Khuyến chị B uống thuốc theo chỉ định, các biện pháp bảo vệ: Ngủ có màn và phòng bệnh trong tương lai. - Bàn bạc với chị B về các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai và cần phải yêu cầu trợ giúp ngay nếu có bất kỳ dấu hiệu nào xuất hiện. Nên khuyến khích chị B bày tỏ những lo lắng của mình, chú ý lắng nghe, và làm yên lòng sản phụ. - Yêu cầu chị B trở lại trạm y tế trong 2 ngày tới để giám sát các triệu chứng và tuân thủ điều trị thuốc.
<p>Đánh giá. Hai ngày sau, chị B trở lại trạm y tế. Chị cho biết đang thực hiện điều trị như kê đơn. Thân nhiệt của chị là 37° C. Chị vẫn cảm thấy khó chịu nhưng không còn bị đau đầu.</p>	
<p>6. Dựa vào các phát hiện trên, bạn sẽ tiếp tục điều trị cho chị B như thế nào? Tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chị B nên tiếp đợt điều trị cho tới khi hoàn tất. - Yêu cầu chị B trở lại trạm y tế 2-3 ngày sau khi hoàn tất điều trị. - Theo dõi sát tình trạng thai, phát hiện và điều trị các vấn đề liên quan đến thai(thiếu máu, thai kém phát triển...) đưa ra dự đoán nơi sinh.

- | | |
|--|---|
| | - Nên bàn bạc lại các biện pháp bảo vệ: ngủ có mắc màn. |
|--|---|

Đáp án câu hỏi lượng giá

Câu 1: Các nguyên nhân thường gặp

- Bệnh ngoại khoa: Viêm ruột thừa cấp, nhiễm khuẩn tiết niệu...
- Bệnh nội khoa: Sốt rét, viêm phổi, viêm gan, nhiễm khuẩn **tai, mũi, họng**...
- Chuyển dạ: Nhiễm khuẩn âm đạo, nhiễm khuẩn ối.

Câu 2: Thăm dò cần thiết thông thường

- Máu: CTM, Công thức bạch cầu, CRP, Cấy máu...
- Nước tiểu: TPT nước tiểu, Cấy nước tiểu.
- Chụp phổi
- Siêu âm ổ bụng.
- Khám chuyên khoa phối hợp.

Câu 3: Phương pháp xử trí

- Điều trị đúng chuyên khoa và phối hợp các chuyên khoa.
- Chuyển tuyến khi quá khả năng điều trị.
- Bệnh ngoại khoa: Mổ khi có chỉ định...
- Nội khoa: Điều trị nguyên nhân và triệu chứng.
- Sản khoa: Can thiệp sản khoa cần thiết với từng trường hợp.

Tài liệu tham khảo

1. "Xử trí các tai biến trong mang thai và sinh đẻ", Trang S-100; S-103 tới S-106.
2. Tài liệu đào tạo " Hướng dẫn chuẩn Quốc gia về các về các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản". Nhà xuất bản Y học, Hà Nội 2005.

BÀI 13

SỐT SAU ĐẼ

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này học viên phải:

1. Kể được 7 bệnh về nội ngoại khoa gây sốt sau đẻ với các dấu hiệu chính và cách xử trí.
2. Kể được 3 nguyên nhân gây sốt sau đẻ do các bệnh về vú với các dấu hiệu chính và cách xử trí.
3. Kể được 9 hình thái nhiễm khuẩn hậu sản với các dấu hiệu chính và cách xử trí.
4. Đưa ra được các thăm dò với từng chẩn đoán cụ thể.
5. Đưa ra được phương pháp xử trí thích hợp.

Phương tiện học tập: Bảng, bút dạ, giấy khổ A0, giấy trong, máy chiếu.

Kế hoạch bài giảng

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp, phương tiện dạy học	Hoạt động của học viên	Phản hồi nhanh
Mục tiêu học tập 1: Kể được các nguyên nhân chủ yếu liên quan tới sốt sau đẻ.				
<ul style="list-style-type: none"> • Bệnh nội khoa • Do vú • Nhiễm khuẩn hậu sản 	30	Thuyết trình với projector. Đặt câu hỏi: Bộ câu hỏi. Chia nhóm thảo luận từng chủ đề. Giấy Ao, bút, bảng.	Nghe giảng. Động não trả lời câu hỏi.	Hướng dẫn trả lời. Cung cấp thêm thông tin. Tóm tắt sau trả lời học viên.
Mục tiêu học tập 2: Đưa ra được các thăm dò với từng chẩn đoán cụ thể.				
<ul style="list-style-type: none"> • Viêm tử cung. • Áp-xe khung chậu. • Viêm phúc mạc. • Sốt do căng sữa. • Nhiễm khuẩn vú. • Các nguyên nhân nội, ngoại khoa: nhiễm khuẩn tiết niệu, lao phổi. 	30	Thuyết trình với projector. Đặt câu hỏi: Bộ câu hỏi. Giấy Ao, bút, bảng.	Nghe giảng. Trả lời câu hỏi.	Bổ sung thông tin. Tóm tắt sau trả lời học viên.
Mục tiêu học tập 3: Đưa ra được phương pháp xử trí thích hợp.				

♦ Xử trí theo từng nguyên nhân.	30	Đặt câu hỏi: Bộ câu hỏi. Chia nhóm thảo luận từng chủ đề. Giấy Ao, bút, bảng.	Thảo luận.	
---------------------------------	----	---	------------	--

Nội dung bài học

Sốt sau đẻ là sốt từ trên 24h sau sinh với thân nhiệt từ 38°C trở lên. Đây là triệu chứng do nhiều nguyên nhân khác nhau với mức độ nặng nhẹ khác nhau.

1. SỐT SAU ĐẸ DO BỆNH NỘI - NGOẠI KHOA

1.1. Nhiễm khuẩn vết mổ

- Dấu hiệu chính: vết mổ sưng, có dịch tiết là máu hay mủ, tấy đỏ quanh vết khâu.
- Xử trí: cắt chỉ cách quãng, dẫn lưu cho thoát dịch, kháng sinh, rửa bằng dung dịch sát khuẩn và thay băng ngày tối thiểu 2 lần.

1.2. Viêm bàng quang: xem trong phần sốt trước đẻ.

1.3. Viêm bể thận cấp: xem trong phần sốt trước đẻ.

1.4. Sốt rét: xem trong phần sốt trước đẻ.

1.5. Viêm phổi: xem trong phần sốt trước đẻ.

1.6. Thương hàn: xem trong phần sốt trước đẻ.

1.7. Viêm gan do virus: xem trong phần sốt trước đẻ.

2. SỐT SAU ĐẸ DO CÁC BỆNH VỀ VÚ

2.1. Cương vú

- Dấu hiệu chính: vú sưng đau cả 2 bên, xuất hiện mụn: 3 - 5 ngày sau đẻ.
- Xử trí:
 - + Nếu người mẹ cho con bú
 - ♦ Con không bú được, khuyến khích vắt sữa bằng tay hoặc bằng bơm hút.
 - ♦ Con bú được: khuyến khích tăng số lần cho bú.
 - ♦ Giảm đau tức: chườm lạnh, xoa sau lưng, làm ướt đầu vú cho con để bắt vú.
 - ♦ Sau khi cho bú: chườm lạnh, băng nâng 2 bầu vú không quá chặt.
 - ♦ Thuốc: Paracetamol 500mg x 2 — 4 viên/ngày.
 - + Nếu người mẹ không cho bú
 - ♦ Tránh kích thích đầu vú, không chườm nóng, xoa vú.

- ♦ Chườm lạnh.
- ♦ Băng chặt vú.
- ♦ Paracetamol 500mg x 2 - 4 viên/ngày.
- ♦ Parlodel 2,5mg x 2 viên/ngày trong 5 ngày.
- ♦ Theo dõi tiếp nếu cần.

2.2. Viêm vú

- Dấu hiệu chính: vú cương, đau, đỏ, đầu vú thường nứt nẻ, thường bị một bên vú.
- Xử trí
- + Kháng sinh:
 - Amoxicilin 500mg uống 4 lần ngày x 10 ngày hoặc
 - Erythromycin 250mg uống 4 lần ngày, chia 2 lần x 10 ngày.
- + Khuyến khích người mẹ tiếp tục cho bú thường xuyên.
- + Băng nâng đỡ vú không quá chặt.
- + Chườm lạnh vú sau khi cho bú.
- + Paracetamol 500mg (khi cần).

2.3. Áp xe vú

- Dấu hiệu chính: Vú căng to, sưng đỏ, có chỗ ấn mềm, chọc dò có mủ.
- Xử trí: Dẫn lưu mủ.
 - + Nên gây mê (ketamin).
 - + Rạch theo đường nan hoa (tránh gây thương tổn cho đường dẫn sữa).
 - + Cho ngón tay đi găng vô khuẩn vào phá các vách ngăn trong ổ áp xe, nặn mủ.
 - + Nhét gạc vào ổ áp xe để dẫn lưu mủ (rút sau 24giờ và thay thế bằng 1 gạc chèn khác nhỏ hơn).
 - + Điều trị kháng sinh (sau khi đã chích áp xe).
 - Cloxacillin 500 mg uống 4 lần ngày x 10 ngày hoặc
 - Erythromycin 250 mg uống 4 lần, chia 2 lần ngày x 10 ngày.
 - + Tiếp tục cho bú: nếu bên vú áp xe còn chảy máu, mủ thì cho bú bên lành và vắt bỏ sữa ở vú bên đau. Sau 48 giờ lại cho bú cả 2 bên.
 - + Băng đỡ vú.
 - + Chườm lạnh.
 - + Paracetamol 500 mg x 2 - 4 viên/ngày.
 - + Lý liệu pháp.

3. SỐT SAU ĐẼ DO NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

3.1. Định nghĩa

Nhiễm khuẩn hậu sản là nhiễm khuẩn xuất phát từ bộ phận sinh dục xảy ra trong thời kỳ hậu sản (6 tuần lễ sau đẻ).

Tác nhân gây bệnh thường là loại liên cầu khuẩn, trực khuẩn đường ruột, tụ cầu khuẩn, các loại vi khuẩn yếm khí...

Vi khuẩn có thể lây từ tay của người hộ sinh, từ các dụng cụ đỡ đẻ, từ mụn nhọt ở da của những người xung quanh, từ các vi khuẩn gây bệnh có sẵn trong đường sinh dục của sản phụ.

Vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể qua vùng rau bám, vết rách của đường sinh dục khi đẻ hay qua các lỗ tự nhiên, hoặc do tiêm chích. Nó có thể xâm nhập vào một hay nhiều cơ quan nội tạng người bệnh.

Nhiễm khuẩn hậu sản có thể gây viêm vùng chậu nếu không được điều trị thích đáng sẽ dẫn tới choáng nhiễm khuẩn, suy thận và có thể tử vong. Về lâu dài có thể bị viêm vùng chậu mạn tính, chửa ngoài tử cung hoặc vô sinh.

3.2. Các yếu tố thuận lợi gây nhiễm khuẩn hậu sản

- Vỡ ối sớm, ối vỡ non, rỉ ối.
- Chuyển dạ kéo dài (hơn 24 giờ).
- Kỹ thuật rửa tay không đảm bảo vệ sinh.
- Khám âm đạo nhiều lần không đảm bảo vệ sinh.
- Đỡ đẻ không vô khuẩn.
- Chăm sóc vết thương tầng sinh môn sau đẻ không tốt.
- Can thiệp vào buồng tử cung như: forceps, giác hút, bóc rau, kiểm soát tử cung.
- Sốt rau.
- Rách: âm đạo, cổ tử cung, tầng sinh môn.
- Băng huyết.
- Mẹ bị bệnh trong khi mang thai như thiếu máu, suy dinh dưỡng, tiểu đường, tiền sản giật, nhiễm khuẩn âm đạo...

3.3. Các hình thái nhiễm khuẩn hậu sản

3.3.1. Nhiễm khuẩn ở tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung

- **Nguyên nhân**
 - + Thường do rách hoặc cắt khâu tầng sinh môn không khâu hoặc khâu không đúng cách, không vệ sinh.
 - + Rách: âm đạo, cổ tử cung do đẻ.
 - + Bỏ quên gạc trong âm đạo.
- **Triệu chứng**
 - + Vết rách hoặc chỗ khâu sưng tấy, đỏ, đau đôi khi có mủ.
 - + Tử cung co hồi tốt, sản dịch có thể hôi. Nếu do sót gạc thì rất hôi
 - + Có thể sốt nhẹ 38°C - 38,5°C.
 - + Thể trạng chung: tỉnh táo, trung bình.
- **Điều trị**
 - + Vệ sinh tại chỗ, rửa bằng thuốc tím pha loãng 0,1% hoặc nước muối đẳng trương 0,9%.
 - + Nếu sau khi dùng kháng sinh, vết khâu vẫn sưng, đỏ, rỉ nước vàng thì cắt chỉ ngắt quãng (cắt bỏ mũi chỉ giữa hai mũi) cho thoát dịch.
 - + Nếu toàn bộ vết khâu nhiễm khuẩn, bung hết chỉ thì phải rửa vết thương cho đến khi hoàn toàn không có mủ, nước vàng, mô dưới da hồi phục trở lại mới được khâu lại tầng sinh môn.
 - + Lấy gạc bị bỏ quên trong âm đạo (nếu có).

3.3.2. Viêm nội mạc tử cung

- **Nguyên nhân**
 - + Thường do sót rau, nhiễm khuẩn ối, chuyển dạ kéo dài hoặc do những thủ thuật can thiệp vào buồng tử cung không vô khuẩn....
 - + Đây là hình thái nhiễm khuẩn nhẹ của nhiễm khuẩn tử cung hậu sản, nhưng nếu không điều trị thích đáng sẽ dẫn đến các biến chứng trầm trọng hơn như viêm tử cung toàn bộ, viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn huyết...
- **Triệu chứng thường gặp**
 - + Người mẹ sốt 38⁰C - 39⁰C trong khoảng 2 ngày sau khi đẻ, không kể 24 giờ đầu và không có nguyên nhân sốt khác (như sốt rét) xuất hiện.
 - + Tử cung co hồi chậm, mềm, ấn đau.
 - + Sản dịch hôi, đôi khi có lẫn mủ.
 - + Thể trạng: mệt mỏi, lo lắng.
- **Điều trị**
 - + Hạ sốt bằng đắp khăn nước lạnh và cho uống nước.
 - + Cho thuốc co hồi tử cung (oxytocin 5 đơn vị x 1 - 2 ống/ngày, tiêm bắp).
 - + Cho kháng sinh thích hợp: tiêm hoặc uống trong 7 ngày, liều lượng tùy tình trạng bệnh và loại thuốc có ở cơ sở..
 - + Nếu do bế sản dịch phải xoa bóp đáy tử cung để tống máu ra, nếu không có kết quả thì nong cổ tử cung cho dịch thoát ra ngoài.
 - + Nếu chẩn đoán có sót rau phải nạo lấy rau sau khi cho kháng sin (chỉ thực hiện ở bệnh viện).
- **Diễn biến**

Nếu điều trị như trên, sản phụ giảm sốt hoặc hết sốt, không đau vùng bụng, sản dịch ít dần, không hôi, hồng nhạt dần là điều trị có kết quả, sẽ cho kháng sinh tiếp đến 5 - 7 ngày, và xuất viện. Nếu ở bệnh viện huyện thì nên dùng kháng sinh theo đường truyền tĩnh mạch.

Nếu điều trị rồi mà sản phụ có một trong các biểu hiện sau:

 - + Mệt mỏi, bồn chồn không yên.
 - + Huyết áp thấp (dưới 90/60mmHg).
 - + Mạch nhanh yếu.
 - + Da lạnh, ẩm.
 - + Nhiệt độ không giảm mà có thể tăng lên 39⁰C - 40⁰C.
 - + Cảm thấy đau ở vùng thận.
 - + Tử cung không co hồi, ấn đau.
 - + Đau hạ vị, có phản ứng.
 - + Sản dịch hôi, hoặc chảy máu âm đạo nhiều hơn. Vết rách tầng sinh môn, âm đạo bung toác ra.

Với các điều kiện nêu trên, dự phòng diễn tiến xấu, phải truyền bù dịch đường tĩnh mạch, nhanh chóng chuyển sản phụ lên tuyến trên có nữ hộ sinh đi kèm, theo dõi thể trạng người bệnh để chống choáng kịp thời.

Chú ý: Các hình thái khác kể ra sau đây phải chuyển lên tuyến trên điều trị.

3.3.4. Viêm tử cung toàn bộ

Đây là hình thái viêm tử cung nặng hơn. Không những chỉ lớp nội mạc bị nhiễm khuẩn mà còn có những ổ mủ trong lớp cơ tử cung. Tiến triển có thể làm thủng tử cung, gây viêm phúc mạc hoặc nhiễm khuẩn huyết.

- **Nguyên nhân**

Giống nguyên nhân của viêm nội mạc tử cung...

- **Triệu chứng và xử trí**

- + Nặng hơn viêm nội mạc tử cung, sản dịch rất hôi thối, màu nâu đen.
- + Tử cung to, mềm, ấn đau, đôi khi ấn gây tiếng kêu lạo xạo như có hơi, đặc biệt có thể có ra huyết vào khoảng ngày thứ 8 - 10.
- + Điều trị cần sử dụng kháng sinh liều cao và phối hợp nhiều loại, cần phải cắt bỏ tử cung.

3.3.5. Viêm tử cung và phân phụ

Từ tử cung, tình trạng nhiễm khuẩn có thể lan rộng sang các cơ quan phụ cận như dây chằng rộng, vòi tử cung, buồng trứng...

- **Triệu chứng**

- + Xuất hiện chậm, khoảng ngày thứ 8 - 10 sau đẻ.
- + Sốt cao kéo dài kèm đau bụng dưới.
- + Tử cung vẫn còn to, co hồi chậm, ấn đau.
- + Bên cạnh tử cung thấy xuất hiện một khối u cứng, đau, bờ không rõ rệt.

- **Điều trị**

- + Kháng sinh thích hợp liều cao.
- + Nếu khối viêm tiến triển thành túi mủ nằm thấp sát túi cùng thì rạch túi cùng để dẫn lưu túi mủ qua đường âm đạo.
- + Tiến triển có thể khỏi dần nếu điều trị hữu hiệu và kịp thời. Có thể gây biến chứng viêm phúc mạc hay túi mủ vỡ vào bàng quang, âm đạo, trực tràng.

3.3.6. Viêm phúc mạc tiểu khung

Từ tử cung và các cơ quan phụ cận, nhiễm khuẩn có thể lan sang phúc mạc vùng tiểu khung.

- **Triệu chứng**

- + Có thể xuất hiện sớm khoảng 3 ngày sau đẻ hoặc chậm hơn, khoảng ngày thứ 7 - 10 sau một thời kỳ nhiễm khuẩn ở tử cung hay âm hộ, âm đạo.
- + Sốt cao 39°C — 40°C, có thể rét run.
- + Đau nhiều ở vùng bụng dưới, ấn bụng có phản ứng ở vùng này.
- + Khám âm đạo thấy tử cung còn to, di động kém, đau, túi cùng sau đầy, phù nề.
- + Trường hợp túi mủ nằm ở túi cùng sau, kích thích trực tràng gây hội chứng giả lỵ.

- **Điều trị**

- + Nội khoa với kháng sinh liều cao. Nếu có bọc mủ ở túi cùng thì chuyển viện để dẫn lưu qua đường âm đạo. Mở bụng khi có biến chứng viêm phúc mạc toàn bộ.

3.3.7. Viêm phúc mạc toàn bộ

- Nguyên nhân

+ Thường là thứ phát do sự tiến triển của những hình thái nhiễm khuẩn sinh dục kể trên, do túi tử cung vỡ vào ổ bụng. Rất hiếm khi thấy viêm phúc mạc nguyên phát do thai phụ bị nhiễm khuẩn sản ở họng, tai, bị cúm...

+ Sau đẻ cơ thể suy nhược, vi khuẩn xâm nhập toàn cơ thể, khu trú tại phúc mạc gây viêm phúc mạc.

- Triệu chứng

- + Toàn trạng mệt mỏi, sốt cao, mạch nhanh, khó thở, nôn.
- + Bụng hơi chướng, đau.
- + Phản ứng thành bụng, cả bụng trên lẫn bụng dưới.
- + Thăm túi cùng rất đau.

- Điều trị

- + Dùng kháng sinh liều cao.
- + Nâng thể trạng.
- + Viêm phúc mạc thứ phát phải cắt tử cung. Đây là nơi phát sinh ra ổ tử cung.
- + Tiên lượng xấu, tỷ lệ tử vong cao, dễ gây di chứng tắc ruột về sau.

3.3.8. Nhiễm khuẩn huyết (nhiễm khuẩn máu).

- Nguyên nhân

- + Do thủ thuật hoặc dụng cụ không vô khuẩn.
- + Do điều trị các tình trạng nhiễm khuẩn không đúng cách, không đủ liều lượng, không đủ thời gian.
- + Có thể do can thiệp phẫu thuật quá sớm khi chưa bao vây được ổ nhiễm khuẩn khu trú tại bộ phận sinh dục bằng kháng sinh, tạo điều kiện cho vi khuẩn lan tràn vào máu.

- Triệu chứng và chẩn đoán

- + Thường là sốt cao, rét run nhiều lần trong ngày. Có những thể bán cấp, không sốt cao nhưng sốt kéo dài.
- + Toàn trạng suy nhược, có thể đi đến choáng, hạ huyết áp, mê man.
- + Cây máu để chẩn đoán xác định (tuyến trên).
- + Ở các trường hợp nặng, ngoài ổ nhiễm khuẩn đầu tiên còn có những ổ nhiễm khuẩn thứ phát như ở thận, gan, phổi...

- Điều trị

- + Kháng sinh liều cao.
- + Truyền dịch, điều chỉnh cân bằng nước điện giải.
- + Giải quyết ổ nhiễm khuẩn nguyên phát: cắt tử cung bán phần để 2 phần phụ.
- + Tiên lượng rất xấu. Vấn đề chính là phòng bệnh.

- Dự phòng:

- + Nhiễm khuẩn có thể được đề phòng bằng các biện pháp sau đây:
- + Sản phụ cần được dinh dưỡng tốt, được điều trị các bệnh có sẵn trước khi chuyển dạ
- + Phụ nữ có thai và khi bắt đầu chuyển dạ nên tắm.
- + Tất cả những người chăm sóc phụ nữ có thai phải sạch sẽ và luôn

rửa tay.

+ Tất cả các dụng cụ dùng cho phụ nữ có thai và lúc đẻ đều phải rất sạch. Nhà hộ sinh và xung quanh luôn vệ sinh sạch sẽ theo các quy trình phòng tránh nhiễm khuẩn.

+ Đảm bảo vệ sinh khi khám âm đạo, chỉ khám âm đạo khi cần thiết.

Đặc biệt hạn chế khám khi ối đã vỡ.

+ Rửa tay sạch sẽ trước và sau khi khám cho người mẹ hoặc trẻ sơ sinh.

+ Hướng dẫn tất cả phụ nữ có thai đến khám ở cơ sở y tế khi ối vỡ.

+ Giữ vệ sinh tầng sinh môn tốt trước và sau khi đẻ.

+ Các cán bộ công nhân viên y tế nêu gương tốt về vệ sinh sạch sẽ và giáo dục nhân dân trong cộng đồng về tầm quan trọng của việc giữ gìn vệ sinh sạch sẽ.

3.3.9. Viêm tắc tĩnh mạch sau đẻ

Bệnh hiếm gặp ở Việt Nam, có thể gặp trong các trường hợp sau đẻ ở người mắc bệnh tim hoặc bệnh mạch máu. Rất thường gặp ở phương tây.

- Triệu chứng

+ Sốt nhẹ, mạch tăng dần lên.

+ Đau căng chân, bàn chân liên quan vùng tắc mạch, chi phù nề, sưng nóng.

+ Đôi khi đau buốt ngực, khó thở, khạc ra máu, nếu tắc mạch phổi.

+ Xét nghiệm : Đông máu tăng, Doppler mạch tìm vị trí tắc mạch.

- Xử trí

+ Chuyển tuyến sớm.

+ Bất động chi.

+ Chống đông : Héparine 250mg/ 24h tĩnh mạch chia 4 lần cách 4 giờ

(100mg, 50mg, 50mg, 50mg). Theo dõi prothrombin để phòng chảy máu.

+ Kháng sinh toàn thân, hạ sốt, giảm đau.

+ Người có yếu tố nguy cơ cần dùng chống đông dự phòng: Bệnh tim...

+ Nếu cục gây tắc (Thrombus) to, có thể mổ lấy ra.

Câu hỏi lượng giá

1. Kể một số nguyên nhân gây sốt sau đẻ thường gặp.

2. Đưa ra phương pháp xử trí với một số nguyên nhân cụ thể.

Bài tập tình huống

Hướng dẫn

Đọc và phân tích nghiên cứu tình huống dưới đây. Cùng nhau trả lời các câu hỏi nghiên cứu tình huống. Chú ý tới các bước trong việc đưa ra các quyết định lâm sàng. Các nhóm khác nên nghiên cứu cùng một tình huống hoặc một tình huống tương tự. Khi các nhóm đã hoàn tất, chúng ta sẽ thảo luận về các nghiên cứu tình huống và trả lời các câu hỏi mà mỗi nhóm đưa ra.

Nghiên cứu trường hợp 1: Sốt sau đẻ

Đáp án

<p>Chị B 22 tuổi, đẻ thai đủ tháng cách đây 3 ngày tại TYT xã. Con chị nặng 3000g. Chị B đã được cắt khâu tầng sinh môn. Chị đã được tư vấn về các dấu hiệu nguy hiểm trước khi ra về, bao gồm sự cần thiết phải trở lại TYT ngay nếu có các dấu hiệu nguy cơ. Chị B tái khám vì vết cắt khâu ở tầng sinh môn ngày một đau trong vòng 12 giờ gần đây. Chị cũng nói rằng cảm thấy sốt và mệt.</p>	
Đánh giá (bệnh sử, khám thực thể, quy trình sàng lọc, khám/xét nghiệm máu).	
1. Khi đánh giá ban đầu về tình trạng sức khoẻ của chị B bạn làm những gì? Tại sao?	<ul style="list-style-type: none">- Chị B cần được chào hỏi ân cần và lịch sự.- Họ phải được thông báo về những gì sẽ làm sắp tới. Ngoài ra, những câu hỏi của chị phải được giải đáp một cách bình tĩnh và chắc chắn.- <u>Đánh giá toàn thân</u>: nhiệt độ, mạch, HA, hô hấp, hỏi xem có triệu chứng khác như: đau bụng hay ra dịch hôi.
2. Có điểm nào đặc biệt trong khám thực thể của chị B giúp chẩn đoán hoặc xác định vấn đề/nhu cầu, và tại sao?	<ul style="list-style-type: none">- Vết cắt tầng sinh môn của chị B cần được khám xem có đau, ra dịch, tạo mủ, viêm nhiễm không (đau tại vết cắt khâu, ra dịch có máu hoặc dịch trong, có mủ, có khối huyết tụ, có đau và căng, sưng đỏ xung quanh vết thương là các dấu hiệu của viêm vết cắt khâu. Nếu thấy ra mủ, cần xác định xem từ vết thương hay ở chỗ khác (tử cung).- Cần khám bụng và kiểm tra sản dịch. Phát hiện các triệu chứng kèm theo của sốt (đau bụng, sản dịch hôi có mủ...).
3. Tại thời điểm này, cần có thủ thuật / kỹ thuật nào để giúp đánh giá ban đầu chị B, tại sao?	<ul style="list-style-type: none">- Chưa cần ở thời điểm này.
Chẩn đoán (xác định vấn đề/nhu cầu).	
<p>Bạn đã hoàn thành việc khám cho chị B và thấy: Sốt 38° C, mạch 88, HA 120/80 mm Hg, nhịp thở 20 lần/phút. Vết cắt tầng sinh môn đau, có mủ chảy ra từ vùng giữa, sưng đỏ nhẹ bên ngoài vùng mép cắt. Không đau bụng, sản dịch nâu xẫm, lượng bình thường, không mủ, không hôi.</p>	
4. Theo kết quả trên, chẩn đoán của chị B là gì (vấn đề, nhu cầu), tại sao?	<ul style="list-style-type: none">- Các triệu chứng và dấu hiệu của chị B (sưng, đau ở vết khâu, ra mủ, sốt) tương ứng với áp xe vết khâu tầng sinh môn.
Chăm sóc (lập kế hoạch và can thiệp).	
5. Dựa trên chẩn đoán, kế hoạch chăm sóc chị B như thế nào và tại sao?	<ul style="list-style-type: none">- Do có mủ ở vết thương, cần mở và dẫn lưu bằng cách cắt chỉ. Cho Ampicillin 500mg, 6 viên/ngày.

	<ul style="list-style-type: none"> - Các bước đã thực hiện: Xử trí biến chứng cần được giải thích cho chị B, chị cần được động viên, nói rõ các lo lắng, lắng nghe, động viên. - Chị B cần được tư vấn về nhu cầu vệ sinh tốt, thay băng vệ sinh ít nhất 3 lần mỗi ngày, mặc quần áo sạch. - Chị cũng cần được an ủi - nghỉ tại nhà và uống càng nhiều nước càng tốt. - Chị B cần quay lại khám sau 3 ngày tại TYT.
Đánh giá.	
Chị B trở lại TYT khám như được hướng dẫn. Nhiệt độ 37.6° C. Vết khâu tầng sinh môn không đau, ít căng hơn và tiết dịch ít hơn.	
6. Dựa trên kết quả trên, kế hoạch chăm sóc tiếp theo là gì, tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Các bước xử trí tai biến tiếp theo cần được giải thích cho chị B, chị cần được an ủi động viên và giải thích các bản khoản. - Chị B cần được theo dõi hàng tuần cho đến khi vết khâu tầng sinh môn lành hẳn.

Nghiên cứu trường hợp 2: Sốt sau đẻ

Chị D 19 tuổi, đẻ lần đầu cách đây 3 tuần tại TYT xã. Cuộc đẻ diễn ra bình thường và trẻ sinh ra khỏe mạnh với cân nặng bình thường. Bạn gặp chị D lần cuối cùng 2 ngày sau khi đẻ, khi đó tình trạng mẹ và con tốt. Hôm nay chị D đến trạm y tế xã vì có đau căng vú và cảm thấy mệt mỏi.	
Đánh giá (tiền sử, khám, xét nghiệm).	
1. Khi đánh giá ban đầu về tình trạng sức khỏe của chị D bạn làm những gì? Tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Chị D cần được chào hỏi ân cần và lịch sự. - Họ phải được thông báo về những gì sẽ làm sắp tới. Ngoài ra, những câu hỏi của chị phải được giải đáp một cách bình tĩnh và chắc chắn. <p>Đánh giá nhanh tình trạng nhiệt độ, HA, mạch, hô hấp, ngoài ra còn cần hỏi cho con bú thế nào, có vấn đề gì không, cho bú mấy lần trong 24 giờ, trẻ có ăn gì khác ngoài sữa mẹ không, có nút núm vú không?</p>
2. Có điểm nào đặc biệt trong khám thực thể của chị D giúp chẩn đoán hoặc xác định vấn đề/nhu cầu, và tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Vú của chị D cần được khám xem có đau căng không, có sưng và viêm không, có nút đầu vú không. - Tình trạng tử cung, cổ tử cung, tầng sinh môn.
3. Tại thời điểm này, cần có	- Chưa cần ở thời điểm này.

thủ thuật / kỹ thuật nào để giúp đánh giá ban đầu chị D, tại sao?	
<p>Chẩn đoán (xác định vấn đề, nhu cầu).</p> <p>Bạn đã đánh giá xong chị D và phát hiện thấy: Sốt 38° C, mạch 90, HA 120/80 mm Hg. Có khối to, căng đau ở vú bên trái, tìm thấy có một khối đỏ, có viền rõ, không dịch chuyển khi sờ, nằm trên một vùng vú. Chị D thông báo rằng trong vòng tuần đầu sau đẻ, con chị có vẻ khó ngậm vú, nhưng hiện nay có vẻ tốt hơn. Bé ăn 6 lần trong 24 giờ và được uống nước giữa các bữa ăn. Chị D đã cho bú trước khi khám gần 1 giờ.</p>	
4. Theo kết quả trên, chẩn đoán của chị D là gì, tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Các dấu hiệu và triệu chứng của chị D (ví dụ sốt, đau vú, khối to, đau, sưng đỏ ở vú) tương ứng với viêm tuyến vú.
<p>Chăm sóc (lập kế hoạch và can thiệp).</p>	
5. Dựa trên chẩn đoán, kế hoạch chăm sóc chị D như thế nào và tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Chị D cần được điều trị kháng sinh: Amoxicillin 500 mg, uống 2 viên mỗi lần, 3 lần/ngày trong 7 ngày, hoặc Erythromycin 500 mg, uống mỗi lần 2 viên, 2 lần/ngày trong 7 ngày. - Quan sát kỹ thuật cho bú có đúng (vị trí của đầu và thân trẻ, ôm trẻ đúng cách, gần với cơ thể mẹ, con úp vào lòng mẹ, mũi đối diện với đầu vú, và cách ngậm vú: Quảng vú ở trên cần lộ ra nhiều hơn phần dưới miệng trẻ, miệng mở to, môi dưới tề ra, chạm vào vú). - Chị D cần được an ủi và động viên - tư vấn về tiếp tục cho bú ít nhất 8 lần trong 24 giờ, chị được khuyên ngừng cho trẻ uống nước và được tư vấn về cho bú hoàn toàn. - Cần đeo nịt vú, chườm lạnh giữa các lần cho bú để giảm sưng và đau. - Pacacetamol 500 mg đường uống. - Chị D cần được dặn trở lại khám sau 3 ngày.
<p>Đánh giá.</p> <p>Ba ngày sau, chị D thông báo rằng chị cảm thấy tốt hơn và chị dùng sử dụng thuốc. Nhiệt độ của chị là 37.6° C, mạch 80, HA 120/80 mm Hg. Đau và sưng vú giảm đi. Chị cho biết chị đã ngừng cho trẻ uống nước và chị cho bú trên 6 lần trong 24 giờ, đồng thời trẻ có vẻ ngậm vú tốt hơn.</p>	
6. Dựa trên kết quả trên, kế hoạch chăm sóc tiếp theo là gì, tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Chị D cần được tư vấn về tầm quan trọng của việc sử dụng kháng sinh đủ 7 ngày (3 ngày dùng kháng sinh chưa đủ để giải quyết tình trạng viêm nhiễm).

	<ul style="list-style-type: none"> - Kỹ thuật cho con bú cần được quan sát lại: kiểm tra tư thế và ngậm vú, tư vấn tiếp tục nhằm an ủi và động viên Chị D tiếp tục cho bú ít nhất 8 lần trong 24 giờ. - Chị D cần được theo dõi từng 2 - 3 ngày, đảm bảo rằng chị đáp ứng tốt với điều trị kháng sinh.
--	--

Nghiên cứu trường hợp 3: Sốt sau đẻ

<p>Chị C 35 tuổi, PARA 3023. Chị đẻ tại nhà cách đây 5 ngày, thai đủ tháng và cuộc đẻ do bà đỡ dân gian đỡ. Chuyển dạ kéo dài 2 ngày và sau đó chị đẻ được. Trẻ thở tự nhiên và có vẻ khỏe mạnh. Chồng chị C đưa chị đến Trạm Y tế hôm nay vì chị bị sốt và lạnh run trong vòng 24 giờ trước đó.</p>	
<p>Đánh giá (tiền sử, khám, xét nghiệm).</p>	
<p>1. Khi đánh giá ban đầu về tình trạng sức khỏe của chị C bạn làm những gì? Tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chị C và chồng chị cần được chào hỏi ân cần và lịch sự. - Họ phải được thông báo về những gì sẽ làm sắp tới. Ngoài ra, những câu hỏi của chị phải được giải đáp một cách bình tĩnh và chắc chắn. - Nên làm một đánh giá nhanh để kiểm tra mức độ của bệnh: nhiệt độ, mạch, HA, hô hấp, hỏi xem có triệu chứng khác như cảm thấy yếu hoặc ngủ mê mệt, tiểu tiện có bình thường không, đau bụng không, dịch âm đạo hôi không, có ở trong vùng có sốt rét không. - Các thông tin cần được thu thập khi đẻ của chị C: Khi ối vỡ, khi sổ rau, ca đẻ kết tốt hay có ra quá nhiều máu sau đẻ. - Có chèn thảo dược vào âm đạo trong khi chuyển dạ, tiêm phòng uốn ván hay chưa.
<p>2. Có điểm nào đặc biệt trong khám thực thể của chị C giúp chẩn đoán hoặc xác định vấn đề/nhu cầu, tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chị C cần được khám bụng xem có đau không, kiểm tra âm đạo xem có ra dịch mủ không (đau bụng dưới, căng đau tử cung, sản dịch có mủ, mùi hôi là các dấu hiệu và triệu chứng của viêm tử cung)... - Khám tầng sinh môn, âm đạo và cổ tử cung của chị C xem có vết rách, đặc biệt khi có chuyển dạ kéo dài.
<p>3. Tại thời điểm này, cần có thủ thuật / kỹ thuật nào để giúp đánh giá ban đầu Chị C, tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chức năng gan thận và điện giải đồ, tế bào máu, Hb, nuôi cấy máu, sản dịch.

<p>Chẩn đoán (xác định vấn đề, nhu cầu).</p> <p>Kết quả đánh giá chị C như sau:</p> <p>Chị C sốt 39.8° C, mạch 136, HA 90/50 mm Hg, nhịp thở 28l/p, da xanh tái và mê mẫn, hơi mất nhận thức. Chị có đau bụng dưới, tử cung to, mềm và căng đau, dịch âm đạo hôi. Không biết rõ là rau có sổ hoàn toàn không. Bạch cầu 20.000. Xét nghiệm thấy mất nước.</p>	
<p>4. Theo kết quả trên, chẩn đoán của chị C là gì (vấn đề, nhu cầu), tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Các dấu hiệu và triệu chứng của chị C (ví dụ sốt, choáng-mạch nhanh, lẫn..., đau bụng dưới, căng đau tử cung, sản dịch hôi) cho thấy có nhiễm trùng huyết do nhiễm khuẩn hậu sản.
<p>Chăm sóc (lập kế hoạch và can thiệp).</p>	
<p>5. Dựa trên chẩn đoán, kế hoạch chăm sóc chị C như thế nào và tại sao?</p>	<p>Chị C cần được điều trị chống choáng ngay:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đặt chị nghiêng về 1 bên. - Thông đường thở. - Cho thở ô-xy 6 - 8 l/phút bằng mặt nạ hoặc ống nội khí quản. - Giữ ấm. - Đầu thấp. - Theo dõi mạch, HA, nhịp thở và nhiệt độ. - Bắt đầu truyền tĩnh mạch bằng kim to để truyền dịch nhanh và kháng sinh: Cephalosporin 1g tĩnh mạch mỗi 8 giờ, thêm Metronidazole 500 mg tĩnh mạch mỗi 12 giờ. - Theo dõi lượng dịch vào và ra (cố định thông tiểu để đo lượng nước tiểu). - Cho Depersolon. - Truyền máu cần sẵn sàng càng nhanh càng tốt. - Do chị C chuyển dạ trong tình trạng không vệ sinh, cần chống uống ván. - Cần cắt tử cung sau khi toàn trạng tạm ổn định, nhưng không nên trì hoãn quá 24 giờ. - Cần giải thích cho chị C và gia đình, họ cần được động viên và lắng nghe.
<p>Đánh giá.</p> <p>36 giờ tính từ khi bắt đầu điều trị, kết quả như sau:</p> <p>Chị C sốt 38° C, mạch 96, HA 110/70 mm Hg và nhịp thở là 20. Chị ít tái hơn và đã có nhận thức. Vết mổ ở bụng chị không có dấu hiệu nhiễm trùng và không có dịch âm đạo.</p>	
<p>6. Dựa trên kết quả trên, kế hoạch chăm sóc tiếp theo là gì, tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kháng sinh tĩnh mạch cần được tiếp tục. - Các dấu hiệu sinh tồn, lượng dịch vào và ra, cần được tiếp tục theo dõi.

	<ul style="list-style-type: none"> - Bù dịch đến khi toàn trạng ổn, sau đó cho ăn. - Giải thích cho bệnh nhân và gia đình để họ tiếp tục hợp tác điều trị. - Cần gặp bà mẹ vườn đã đỡ cho chị C để truyền thông về các thực hành đỡ đẻ sạch.
--	---

Đáp án câu hỏi lượng giá

Câu 1: Một số nguyên nhân thường gặp

- Bệnh nội ngoại khoa: Sốt rét, viêm phổi, nhiễm khuẩn TMH...
- Bệnh vú: Viêm tắc tuyến vú, áp xe vú...
- Nhiễm khuẩn hậu sản: Các hình thái của NKHS.

Câu 2: Phương pháp xử trí

Điều trị đúng chuyên khoa và phối hợp các chuyên khoa

- Chuyển tuyến khi quá khả năng điều trị.
- Bệnh ngoại khoa: Mổ khi có chỉ định...
- Nội khoa: Điều trị nguyên nhân và triệu chứng.
- Sản khoa: Can thiệp sản khoa cần thiết với từng trường hợp.

Tài liệu tham khảo

1. Xử trí các tai biến trong mang thai và sinh đẻ
2. Tài liệu đào tạo “Hướng dẫn chuẩn Quốc gia về các dịch vụ CSSKSS”.
Nhà xuất bản Y học, Hà Nội 2005

BÀI 14

BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này, học viên phải:

1. Ghi đúng diễn biến của cuộc chuyển dạ trong quá trình theo dõi sản phụ bằng biểu đồ chuyển dạ (BĐCD).
2. Phát hiện được các dấu hiệu bất thường biểu hiện nguy cơ đối với mẹ và con khi theo dõi sản phụ dựa trên BĐCD.
3. Nêu được cách xử trí một số nguy cơ xuất hiện khi theo dõi trên BĐCD (mục tiêu này chủ yếu dành cho bác sĩ điều trị).

Phương tiện dạy học

Bảng, bút, giấy trong, đèn chiếu, tài liệu phát tay (mẫu biểu đồ chuyển dạ in sẵn để làm bài tập, mỗi học viên 5 bản), giấy khổ to, mẫu biểu đồ chuyển dạ (trong bộ công cụ học tập của P10 cung cấp), sơ đồ độ mở cổ tử cung từ 3 đến 10cm.

Kế hoạch bài giảng: Thời gian 4 tiết

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp phương tiện dạy/học	Hoạt động của học viên	Phản hồi nhanh
1. Lượng giá trước học.	10	Giảng viên chiếu giấy trong hoặc giấy phát tay các câu hỏi.	Học viên trả lời miệng hay trả lời trên giấy.	Dùng kết quả lượng giá trong bài giảng.
2. Mục tiêu học tập.	5	Cho học viên đọc và bình luận từng mục tiêu.	Đọc và bình luận mục tiêu.	
3. Mở đầu và giới thiệu BĐCD.	15	Sử dụng BĐCD trên giấy khổ to trong công cụ dạy học để trình bày kết hợp với hỏi đáp.	Nghe thuyết trình và tham gia thảo luận.	Nhận xét của giảng viên và học viên.
4. Giới thiệu các ký hiệu ghi trên BĐCD.	25	Cho học viên đọc và bình luận tài liệu, kết hợp với	Đọc và bình luận tài liệu.	

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp phương tiện dạy/học	Hoạt động của học viên	Phản hồi nhanh
		hướng dẫn của giảng viên trên giấy trong.		
5. Hướng dẫn cách ghi trên BĐCD, cách đánh giá và thái độ xử trí khi xuất hiện nguy cơ. Lần lượt theo các bảng ghi nhịp tim thai, tình trạng ối, mức độ tiến triển của ngôi, biểu đồ mở cổ tử cung và mức tiến triển của đầu thai, biểu đồ cơn co TC, toàn trạng mẹ, tình trạng Prôtêin niệu.	60	Dùng giấy trong đã chuẩn bị sẵn, thuyết trình ngắn kết hợp hỏi đáp.	Nghe thuyết trình và thảo luận các câu hỏi của giảng viên.	Bình luận của giảng viên và học viên.
6. Một số nguy cơ phát hiện khi theo dõi bằng BĐCD.	50	Chia 4 nhóm làm bài tập số 13 và 14 trong phần tự luận giá. Mỗi bài tập do hai nhóm thực hiện để so sánh kết quả giữa các nhóm.	Làm bài tập, ghi lại đáp án trên giấy to, trình bày trước lớp. Bổ sung và nhận xét giữa các nhóm trước lớp.	Bình luận và bổ sung của giảng viên, học viên.

Luyện tập sau học: (15 phút).

Sử dụng các câu hỏi tự luận giá trong bài học.

Tổng kết bài học: (5 phút)

Nhấn mạnh những điểm quan trọng và cách ghi chép, theo dõi trên BĐCD.

Giới thiệu bài học

Biểu đồ chuyển dạ là một bảng ghi lại các diễn biến của một cuộc chuyển dạ theo thời gian bằng các ký hiệu đã được quy định.

Biểu đồ chuyển dạ là một phương tiện hữu hiệu giúp việc theo dõi diễn biến của một cuộc chuyển dạ, được coi là “hệ thống báo động sớm”, giúp cán bộ y tế phát hiện kịp thời các nguy cơ để can thiệp đúng lúc nhất (chuyển tuyến hoặc xử trí bằng các biện pháp thích hợp) nhằm giảm tỷ lệ tai biến và tử vong cho bà mẹ, thai nhi.

Nội dung bài học

1. MÔ TẢ NỘI DUNG MỘT BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ.

Qua nhiều năm nghiên cứu, thử nghiệm ở nhiều nước, Tổ chức Y Tế thế giới đã đặt ra một mẫu biểu đồ chuyển dạ. Để phù hợp với các tuyến trong việc theo dõi sản phụ chuyển dạ ở nước ta hiện nay, biểu đồ này được thay đổi chút ít để sử dụng như ở trang bên. Xem hình 1.

2. KHI NÀO SỬ DỤNG BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

Biểu đồ chuyển dạ là phương tiện để theo dõi các sản phụ khi đã chuyển dạ, vì vậy nó chỉ được dùng khi sản phụ đã chuyển dạ thật sự. Cũng vì thế, biểu đồ chuyển dạ không có giá trị để theo dõi phát hiện nguy cơ trong khi có thai.

Biểu đồ chuyển dạ cũng không áp dụng cho những trường hợp chuyển dạ mà ngay từ đầu đã xác định là không có khả năng hoặc có nhiều nguy cơ nếu để đẻ theo đường dưới (đường âm đạo), sẽ phải chọn cách mổ lấy thai chủ động hay cấp cứu trong các trường hợp ngôi thai bất thường (ngôi trán, ngôi thóp trước, ngôi vai, ngôi mông), các trường hợp rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn hay rau tiền đạo có chảy máu nhiều, những trường hợp thai to hay bất tương xứng thai — chậu, tiền sản giật v.v....

Với sản phụ có sẹo mổ cũ ở tử cung, nếu đã có chỉ định can thiệp chủ động thì đương nhiên không theo dõi bằng biểu đồ chuyển dạ; nếu có chỉ định cho sản phụ đẻ đường dưới thì vẫn có thể sử dụng biểu đồ chuyển dạ để theo dõi nhưng cần cảnh giác cao độ để có thể xử trí kịp thời các biến cố gây nứt sẹo mổ ở tử cung trong quá trình theo dõi.

3. CÁCH GHI VÀ PHÂN TÍCH, ĐÁNH GIÁ MỘT BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ.

Dưới đây sẽ lần lượt trình bày cách thức ghi chép, cách phân tích đánh giá các phần trong biểu đồ chuyển dạ:

3.1. Phân thủ tục

Họ và tên sản phụ: Ghi bằng chữ in hoa. Ví dụ: NGUYỄN THỊ THU.

PARA: Gồm 4 chữ số, số đầu là số lần đẻ đủ tháng, số thứ hai là số lần đẻ non tháng, số thứ ba là số lần có thai dưới 22 tuần, số thứ 4 là số con sống.

Số nhập viện: ghi số thứ tự trong sổ khám khi nhập viện của sản phụ.

Ngày/giờ nhập viện: ghi theo ngày dương lịch (ở phần bệnh án khi nhập viện, không cần ghi ở biểu đồ chuyển dạ).

Ngày/giờ ghi biểu đồ: ghi đủ và đúng giờ với số lẻ từng phút ngay khi sản phụ có dấu hiệu chuyển dạ thật, theo thang giờ từ 0 đến 24.

Ví dụ: giờ chuyển dạ thật của sản phụ Thu là 14 giờ 15 (tức 2 giờ 15 phút chiều). Xem hình 2.

Trong biểu đồ chuyển dạ còn có các ô trống “thời gian” nằm phía dưới bảng ghi “biểu đồ cổ tử cung và độ tiến triển của ngôi” thì cần ghi thời gian chuyển dạ thật ở cạnh chữ “thời gian” (nằm ngoài biểu đồ) như trong ví dụ với số ghi đã được làm tròn số. Cụ thể là: nếu số phút lẻ từ 30 trở xuống thì ghi số giờ chẵn trước thời điểm chuyển dạ thật; nếu số phút lẻ từ 31 trở lên thì ghi số giờ chẵn sau thời điểm chuyển dạ. Ví dụ: sản phụ Thu vào viện đã chuyển dạ thật lúc 14 giờ 15 thì ghi 14 giờ; nếu người khác chuyển dạ lúc 15 giờ 40 phút thì ghi tròn số thành 16 giờ. Như vậy các ô tiếp theo ở hàng ngang “thời gian” sẽ được ghi tiếp theo giờ đã làm tròn số; ví dụ trường hợp của sản phụ Thu ô số 1 sẽ ghi 15 giờ, ô số 2 ghi 16 giờ. Xem hình 3 (cách làm tròn số này giúp cho việc theo dõi về sau dễ dàng hơn vì cứ bắt đầu một giờ mới thì cán bộ y tế sẽ thăm khám theo quy định và ghi vào biểu đồ; mặt khác do ô trống quá nhỏ chỉ đủ ghi giờ chẵn, không có số lẻ, biểu đồ sẽ sáng sủa hơn).

Ối đã vỡ: nếu chưa vỡ thì ghi “chưa”; nếu ối đã vỡ thì ghi số giờ tính từ lúc vỡ ối đến lúc bắt đầu ghi biểu đồ, ví dụ 45 phút hay 1 giờ, 2 giờ... Xem hình 4

BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

Họ và tên: PARA Số nhập viện

Ngày/giờ bắt đầu ghi biểu đồ Ối đã vỡ giờ

NHIP
TIM
THAI
•

Tình trạng ối
Độ chông khớp

Tiến triển của đầu (O)
Giờ

Thời gian

Số cơn co TC
Trong 10 phút

THUỐC ỨNG DỤNG

MẠCH
VÀ
HUYẾT
ÁP

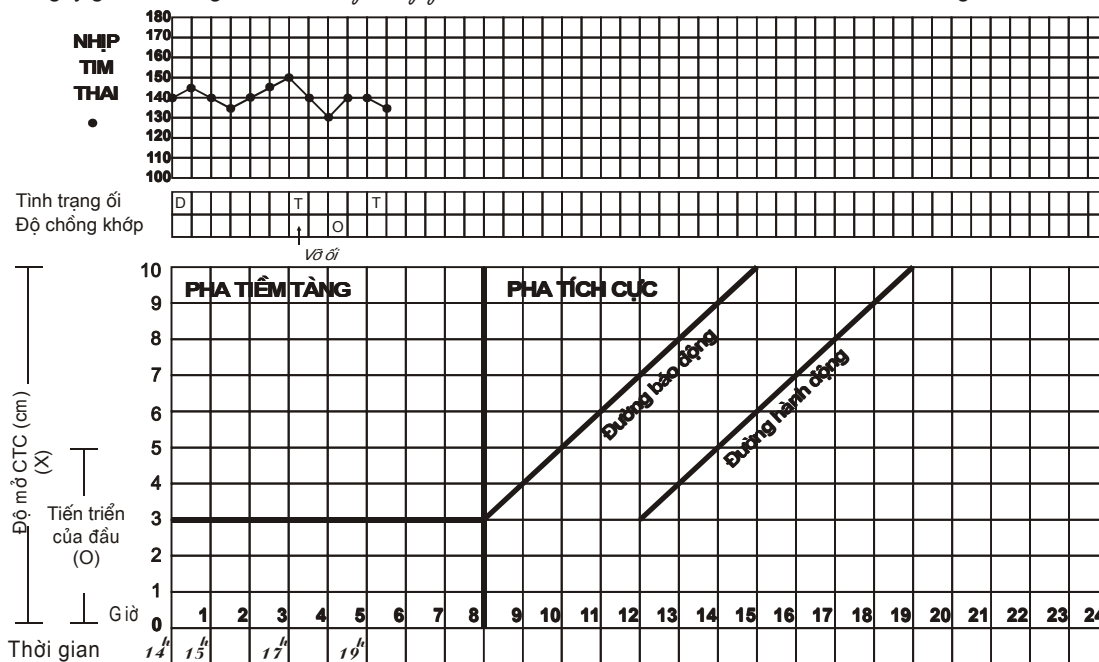
Thân nhiệt °C

Prôtêin niệu

Hình 3

BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

Họ và tên: NGUYỄN THỊ THU PARA ..1011.. Số nhập viện ..685..
 Ngày/giờ bắt đầu ghi biểu đồ: 14 giờ 15 ngày 20/10/2003 Ối đã vỡ: ...Chưa, giờ



Hình 4

3.2. Các ký hiệu và nguyên tắc ghi trên biểu đồ chuyển dạ

3.1.1. Các ký hiệu để ghi trên biểu đồ

Mỗi dữ kiện cần ghi trên biểu đồ được quy định bằng một ký hiệu nhất định, cụ thể là:

- Nhịp tim thai và nhịp mạch của sản phụ được ghi bằng dấu chấm “•”.
- Để ghi các ô ở mục “Tình trạng ối”: Sẽ dùng các ký hiệu sau tùy tình huống:

+ Khi ối chưa vỡ: ghi loại đầu ối phát hiện được khi khám: ối dẹt:

chữ “D”, ối phồng: chữ “P”.

+ Nếu ối đã vỡ: ghi theo màu sắc nước ối quan sát được: khi nước ối

bình thường (trong hay hơi đục) ghi chữ “T”, nếu nước ối xanh phân su ghi chữ “X”, nếu có máu ghi chữ “M”.

- Ký hiệu “độ chùng khớp” được ghi như sau:

+ Khi không có hiện tượng chùng khớp: khe hở giữa hai xương

đỉnh của đầu thai hơi cách xa nhau (sờ thấy khi thăm âm đạo): ghi ký hiệu “0”.

+ Khi thấy hai xương đỉnh sát vào nhau không còn khe hở: ghi “+”.

+ Khi hai xương đỉnh bắt đầu chồng lên nhau: ghi “++”.

+ Khi hai xương đỉnh chồng lên nhau nhiều: ghi “+++”.

- Độ mở của cổ tử cung ghi ký hiệu “x”.

- Mức tiến triển của ngôi thai ghi ký hiệu “o”.

- Ký hiệu ghi về cơn co tử cung:

+ Năm ô vuông theo chiều dọc của phần này để nói lên tần số cơn co tử cung trong 10 phút. Cách ghi sẽ nêu ở phần dưới.

+ Khi thời gian mỗi cơn co còn nhẹ, dưới 20 giây: các ô đóng khung, để trắng

+ Khi thời gian mỗi cơn co từ 20 - 40 giây: các ô đánh dấu chấm

+ Khi thời gian mỗi cơn co trên 40 giây: các ô gạch chéo

- Huyết áp sản phụ được ghi ký hiệu mũi tên hai đầu nhọn “↕”, đầu trên chỉ số huyết áp tâm thu (tối đa), đầu dưới chỉ số huyết áp tâm trương (tối thiểu).

- Thân nhiệt: ghi theo độ bách phân (độ C) bằng chữ số, ví dụ 36o8, 37o1...

- Kết quả thử protein niệu được ghi bằng các ký hiệu (-), (±), (+) hoặc (++) tùy theo khi định tính là “không có”, “có vết”, “có ít” hay “có nhiều” Prôtêin trong nước tiểu.

3.1.2. Nguyên tắc ghi các ký hiệu trên biểu đồ

Các ký hiệu ghi trên biểu đồ cần được ghi đúng vị trí theo thời gian thăm khám để theo dõi với nguyên tắc sau đây:

Ký hiệu được ghi trên đường kẻ dọc nằm ngay sau số ghi giờ theo dõi, nơi giao điểm cắt đường ngang của các chỉ số tương ứng.

Ví dụ: các chỉ số khám nhận lần đầu tiên khi vào viện phải được ghi lại trên dòng kẻ dọc đầu tiên của biểu đồ (tương ứng với thời điểm 0 tính theo thời gian bắt đầu ghi biểu đồ). Sau nửa giờ hay một giờ theo dõi ở trạm (hay bệnh viện), các ký hiệu phải ghi lại trên các ô dọc tương ứng với đường ngang của các chỉ số. Chú ý là không bao giờ ghi các ký hiệu vào khoảng giữa các ô trong biểu đồ (điều này cũng cho thấy việc làm tròn số thời gian nhập viện ghi trên biểu đồ là cần thiết). Xem các hình mô tả ở phần sau.

Trường hợp các sự kiện diễn ra trong những thời điểm xác định trong quá trình chuyển dạ như vỡ ối tự nhiên, bấm ối, đẻ... thì đánh dấu bằng một mũi tên thẳng đứng lên trên biểu đồ ở ô giờ tương ứng với một vài chữ ghi ở dưới mũi tên đó.

Ví dụ: Ối vỡ lúc 17 giờ 15 phút thì mũi tên có ghi chữ “vỡ ối” đặt ở khoảng 1/4 quá ô 17 giờ; nếu là lúc 17 giờ 30 thì mũi tên đặt ở chính giữa của ô 17 giờ v.v...

3.3. Ghi biểu đồ nhịp tim thai, đánh giá và xử trí

Dùng ký hiệu “●” ghi vào các dòng và ô tương ứng với giờ thăm khám (xem hình vẽ). Các điểm ghi nhịp tim thai sẽ được nối với nhau thành một

đường biểu diễn nhịp tim thai trong suốt quá trình chuyển dạ (xem hình 2). Trong pha tích cực phải ghi 15 phút/lần (ghi vào bệnh án), và chấm vào biểu đồ chuyển dạ 30 phút/lần.

Đánh giá: nhịp tim thai ổn định khi tần số giao động trong khoảng từ 120 - 160 lần/phút. Nếu nhanh trên 160 hoặc chậm dưới 120 là có nguy cơ suy thai.

Cách xử trí: xem bài “Thai suy”.

3.4. Ghi tình trạng ối, cách đánh giá và xử trí

Dùng các ký hiệu ghi về nước ối ghi trên các ô giờ tương ứng phát hiện được khi thăm khám. Nếu ối vỡ hoặc bầm ối vào thời điểm nào thì ghi ký hiệu về tình trạng nước ối vào ngay thời điểm đó (như đã hướng dẫn ở phần trên). Xem hình 2.

Đánh giá và thái độ xử trí

- Đầu ối dẹt (D): bình thường, tiên lượng tốt, tiếp tục theo dõi.
- Đầu ối phồng (P): có thể ngôi thai bình chỉnh không tốt, cần chú ý theo dõi phòng ngừa sa dây rốn khi ối vỡ tự nhiên, đột ngột.
- Nước ối trong hoặc hơi trắng đục (T): Bình thường.
- Nước ối xanh (X) hoặc có màu bất thường: Chuyển dạ có nguy cơ cho thai nhi và có khi cho cả mẹ (khi nước ối có máu (M)).
- Cách xử trí khi có nguy cơ:
 - Với tuyến xã, các trường hợp có nguy cơ cần chuyển tuyến.
 - Với tuyến huyện trở lên: bác sĩ phải khám lại tìm nguyên nhân để có thái độ xử trí thích hợp.

3.5. Ghi độ chông khớp, đánh giá và xử trí

Dùng các ký hiệu đã quy định ghi tại các ô giờ tương ứng mỗi lần thăm khám (xem hình 4).

Đánh giá: độ chông khớp càng nhiều chứng tỏ sự tiến triển của ngôi thai có khó khăn, báo hiệu sớm cuộc chuyển dạ có thể đình trệ (chuyển dạ kéo dài hoặc tắc nghẽn).

Cách xử trí:

- Ở tuyến xã
 - + Nếu ngôi đã lọt và cổ tử cung mở hết mới xuất hiện chông khớp thì có thể theo dõi, cho sản phụ rặn để tích cực trong vòng 30 phút. Nếu không kết quả cần chuyển tuyến với túi đỡ để cấp cứu và hộ sinh đi kèm để xử trí bất thường trên đường vận chuyển.
 - + Nếu ngôi thai chưa lọt, cổ tử cung chưa mở hết đã thấy xuất hiện chông khớp thì ở mức độ (++) trở lên cần chuyển tuyến.
- Ở tuyến huyện: Cần báo bác sĩ thăm khám lại để có thái độ xử trí thích hợp (xem bài chuyển dạ đình trệ).

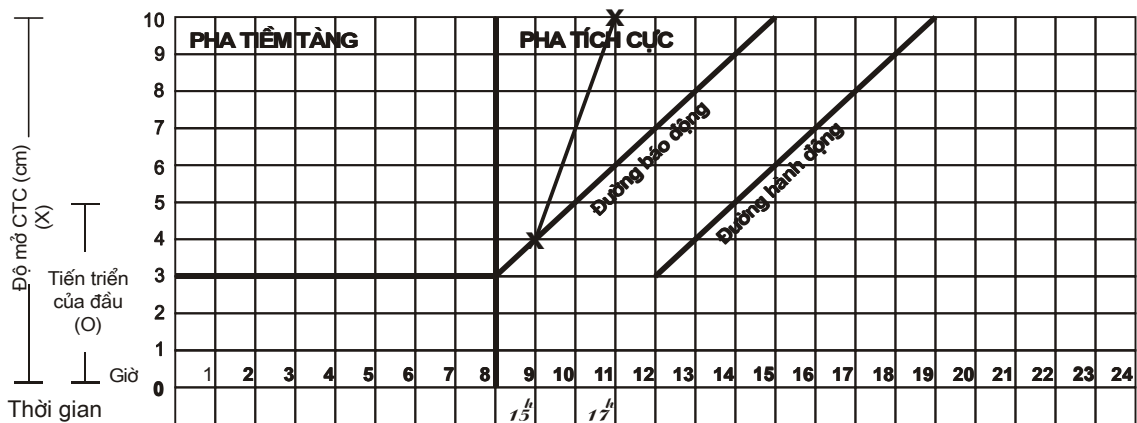
3.6. Ghi độ mở cổ tử cung và mức tiến triển của đầu thai - Cách đánh giá và xử trí.

3.6.1. Ghi độ mở cổ tử cung - cách đánh giá và xử trí

Dùng ký hiệu (x) ghi vào dòng t tương ứng với độ mở cổ tử cung tại thời điểm theo dõi, sau đó nối các điểm đó thành đường biểu diễn độ mở cổ tử cung trong suốt quá trình chuyển dạ.

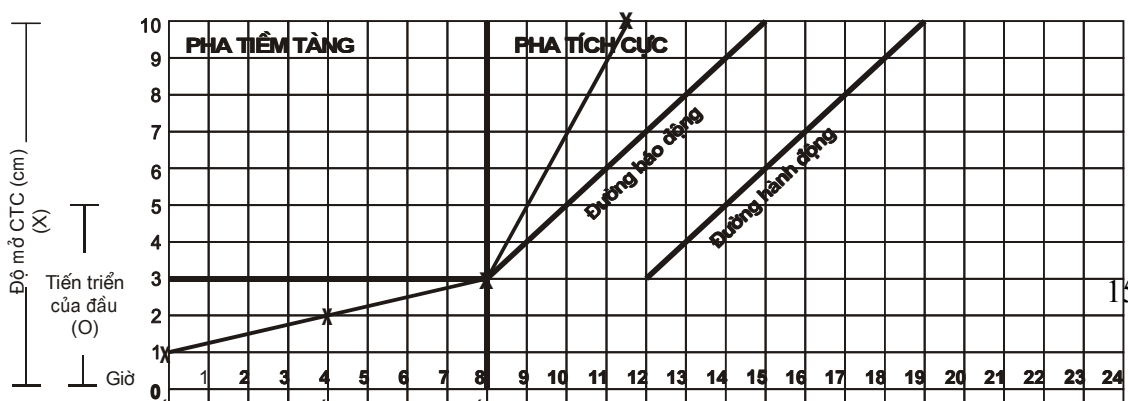
Cách ghi biểu đồ cổ tử cung thực hiện như sau:

Nếu ở lúc bắt đầu ghi biểu đồ, cổ tử cung đã mở được từ 3cm trở lên (chuyển dạ đã sang pha tích cực) thì giờ ghi biểu đồ được ghi ngay vào các ô tương ứng của pha tích cực và độ mở cổ tử cung được ghi lại ở ngay trên đường báo động, nơi giao nhau với dòng ngang của biểu đồ, tương ứng với độ mở cổ tử cung lúc đó. Ví dụ: hình 4 mô tả trường hợp một sản phụ được ghi biểu đồ lúc 15 giờ, cổ tử cung lúc đó đã 4cm (pha tích cực), đến 17 giờ cổ tử cung mở hết (10cm), như vậy thời gian của giai đoạn 1 (mở cổ tử cung) tại trạm chỉ có 2 giờ.



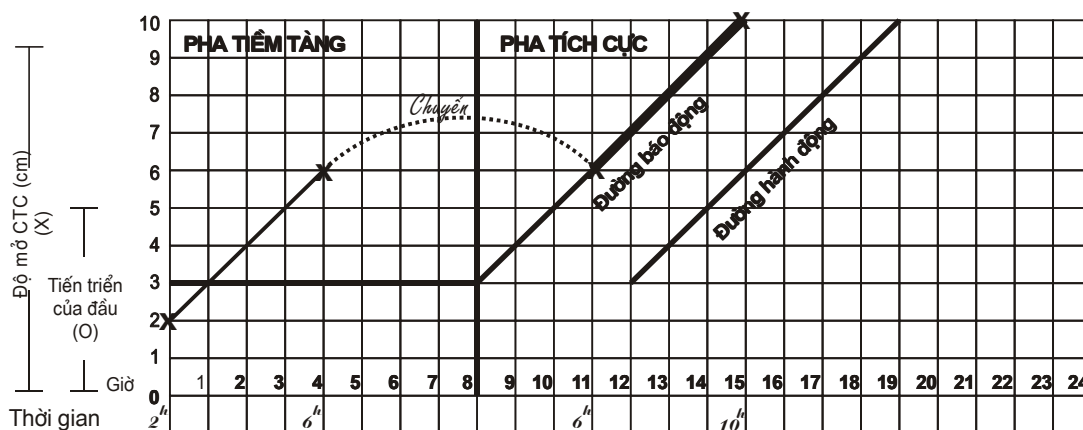
Hình 5

Hình 5 mô tả một trường hợp khác: sản phụ được ghi biểu đồ lúc 9 giờ, cổ tử cung khi đó mở 1cm (được ghi vào điểm tương ứng của pha tiềm tàng), đến 13 giờ, cổ tử cung mở 2cm (vẫn ở pha tiềm tàng); đến 17 giờ cổ tử cung mở được 3cm (bắt đầu vào pha tích cực). Đến 20 giờ 30 phút, cổ tử cung mở hết (10cm). Như vậy trong cuộc chuyển dạ của sản phụ này, pha tiềm tàng kéo dài hơn 8 giờ 30 phút (trong đó thời gian theo dõi ở trạm là hơn 8 giờ) và thời gian của pha tích cực (được theo dõi tại trạm) chỉ có 3 giờ.



Hình 6

Hình 6 mô tả một sản phụ được ghi biểu đồ lúc 2 giờ, khi đó cổ tử cung đã mở 2cm. Lúc 6 giờ cổ tử cung mở 6cm. Như vậy đến đây cuộc chuyển dạ đã ở pha tích cực, vì thế ký hiệu ghi cổ tử cung phải chuyển sang pha tích cực (ghi trên đường báo động), tương ứng với mức cổ tử cung 6cm). Chú ý cần chuyển cả giờ theo dõi: lúc này 6 giờ sẽ ghi ở ô số 11 trên biểu đồ. Đến 10 giờ, cổ tử cung đã mở hết; như vậy thời gian của giai đoạn 1 của chuyển dạ được theo dõi tại trạm trong trường hợp này là 8 giờ.



Hình 7

- Nhận xét
 - + Trong cuộc chuyển dạ của sản phụ, pha tiềm tàng từ 0 - 3cm, độ mở cổ tử cung được theo dõi tại cơ sở y tế có thể không tới 8 giờ.
 - + Pha tích cực của chuyển dạ từ 3 - 10cm, độ mở cổ tử cung có thể diễn ra ít nhất là 1cm/giờ.
 - + Khi cuộc chuyển dạ tiến triển tốt, đường biểu diễn độ mở cổ tử cung không vượt sang bên phải của đường báo động.
 - + Khi sản phụ đến cơ sở y tế, cuộc chuyển dạ đã ở pha tích cực thì ghi độ mở cổ tử cung ngay trên đường báo động, tương ứng với độ mở cổ tử cung lúc đó.
 - + Khi cuộc chuyển dạ theo dõi ở cơ sở y tế chuyển từ pha tiềm tàng sang pha tích cực thì phải ghi độ mở đó bằng cách chuyển ký hiệu ghi sang pha tích cực, nằm trên đường báo động.
- Đánh giá và xử trí
 - + Khi cuộc chuyển dạ diễn biến bình thường, đường biểu diễn độ

mở cổ tử cung luôn nằm ở bên trái của đường báo động (tại cả hai pha tiềm tàng và tích cực). Trường hợp này tiếp tục theo dõi.

+ Nếu trong quá trình theo dõi chuyển dạ, thấy đường biểu diễn

độ mở cổ tử cung chuyển sang bên phải của đường báo động (nếu đang ở pha tích cực thì cắt đường báo động để chuyển sang phải) thì cuộc chuyển dạ đó phải coi là không bình thường, có nguy cơ đình trệ. Cách xử trí như sau:

+ Tại tuyến xã: cần chuyển tuyến dù thời gian theo dõi ở trạm mới chỉ vài giờ.

+ Tại tuyến huyện: bác sĩ cần thăm khám lại, tìm nguyên nhân của cổ tử cung mở chậm để có thái độ xử trí kịp thời.

3.6.2. Ghi mức tiến triển của đầu thai - Đánh giá và xử trí

Một cuộc chuyển dạ tiến triển tốt thì độ mở cổ tử cung phải đi kèm với sự tiến triển của đầu thai, tuy vậy có những trường hợp mức tiến triển của đầu chỉ diễn ra khi cổ tử cung mở từ 7cm.

Mức độ tiến triển của đầu thai được đánh giá bằng cách dùng bàn tay với năm ngón tay đặt trên bụng sản phụ từ bờ trên xương mu để đánh giá tình trạng của đầu thai nằm bên trong tử cung. Ký hiệu (0) được ghi vào các đường ngang từ 5 đến 0, trong đó:

- 5 là khi đầu còn cao, cả 5 ngón tay của bàn tay chạm được đầu thai.
- 4 là khi đầu chực, chỉ có 4 ngón tay (trừ ngón cái) chạm được đầu thai.
- 3 là chặt, khi có ba ngón tay (trừ ngón cái và ngón út) chạm được đầu thai.
- 2 là lọt (mức cao) khi chỉ có 2 ngón tay (ngón trỏ và ngón thứ ba) còn chạm được đầu thai.
- 1 là lọt (mức trung bình) khi chỉ một ngón tay trỏ còn sờ được đầu thai.
- 0 là khi đầu thai đã lọt thấp, không ngón tay nào chạm được đầu thai nữa.

Xem hình vẽ 8 và 9.

5/5	4/5	3/5	2/5	1/5	0/5
EO TRÊN CAO		Ổ BỤNG	LỌT (CAO)	LỌT (VỮA)	LỌT (THẤP)
CAO	CHỨC	CHẶT			
		TIỂU KHUNG			

Hình 8





Hình 9

Hình 9 mô tả trường hợp của sản phụ chuyển dạ được ghi cả độ tiến triển của ngôi thai và mức độ mở của cổ tử cung, cụ thể là:

- Sản phụ được ghi biểu đồ lúc 1 giờ, đầu thai còn cao (5/5), cổ tử cung mở 1cm.
- Vào lúc 5 giờ, đầu chúc (4/5), cổ tử cung mở 5cm. Cuộc chuyển dạ đến lúc này đã chuyển sang pha tích cực, các ký hiệu ghi độ mở cổ tử cung và mức tiến triển của đầu thai phải di chuyển sang pha tích cực. Chú ý chuyển cả giờ theo dõi (5 giờ lúc này phải ghi ở ô số 10 trong biểu đồ).
- Đến 8 giờ, đầu lọt trung bình (vừa) (1/5) và cổ tử cung đã mở hết (10cm).
- Như vậy giai đoạn 1 của cuộc chuyển dạ đối với sản phụ này được theo dõi tại trạm chỉ có 7 giờ.

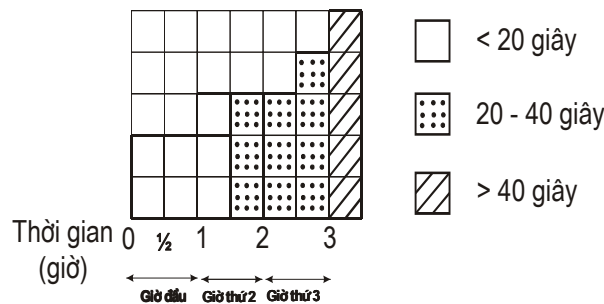
Nhận xét và đánh giá

- Đường biểu diễn độ mở cổ tử cung bao giờ cũng là một đường đi dần lên cao còn đường biểu diễn mức tiến triển của đầu thai thì đi dần xuống.
- Nếu trong quá trình chuyển dạ, mức độ tiến triển của đầu thai không là một đường đi xuống mà lại nằm ngang (nhất là sau khi cổ tử cung đã mở đến 6 - 7cm) thì phải nghĩ đến tình trạng chuyển dạ tắc nghẽn, ngôi không tiến triển, đầu không lọt. Trong trường hợp này ở xã không được giữ sản phụ theo dõi nữa mà cần chuyển sớm. ở bệnh viện, bác sĩ cần khám lại kỹ tìm nguyên nhân để có cách xử trí.

3.7. Cách ghi cơn co tử cung - Đánh giá và xử trí

Cơn co tử cung trong chuyển dạ được ghi lại trên các ô của phân theo dõi cơn co. Tại mỗi giờ theo dõi, có 5 ô dọc, mỗi ô đó đại diện cho một cơn co. Nếu trong 10 phút có 2 hoặc 3 cơn co tử cung thì đóng khung vào 2 hay 3 ô đi từ dưới lên (chú ý: biểu đồ cơn co tử cung luôn nằm ở bên phải của thời điểm ghi các yếu tố khác- xem các hình vẽ). Tùy theo thời gian của mỗi cơn là bao nhiêu giây mà trong khung đó sẽ đánh dấu theo quy định đã nêu ở phần 3. 2. 1. Sau khi cổ tử cung mở hết vẫn ghi tiếp về cơn co tử cung và các yếu tố khác cho đến khi thai sổ.

- Hình 9 mô tả tình trạng cơn co tử cung trong thời gian sau 3 giờ đ ược theo dõi tại cơ sở y tế. Ví dụ này có thể phân tích nh ư sau:
- Trong nửa giờ đầu tiên, có 2 cơn co tử cung trong 10 phút và mỗi cơn chỉ dài d ưới 20 giây.
 - Trong nửa giờ đầu của giờ thứ 2, có 3 cơn co tử cung trong 10 phút và mỗi cơn cũng vẫn d ưới 20 giây, như ng sau đó trong 1 giờ liền cơn co không thay đổi về tần số nh ưng mỗi cơn đã từ 20-40 giây.
 - Trong nửa giờ sau của giờ thứ ba, 10 phút có 4 cơn co tử cung và mỗi cơn dài từ 20 - 40 giây.
 - Hết giờ thứ ba, 10 phút đã có 5 cơn co và mỗi cơn dài trên 40 giây.



Hình 10

Hình 9 là một ví dụ mô tả tiến triển của một cuộc chuyển dạ với biểu đồ mở cổ tử cung, mức tiến triển của đầu thai và cơn co tử cung. Có thể phân tích như sau:

- Sản phụ đ ược ghi biểu đồ lúc 2 giờ, cuộc chuyển dạ lúc đó đã ở pha tích cực.
- Cổ tử cung đã mở 3cm, đầu chúc (4/5); Có 3 cơn co tử cung trong 10 phút, mỗi cơn d ưới 20 giây.
- Đến 6 giờ, cổ tử cung mở 7cm, đầu chậ (3/5), cơn co tử cung tần số 4, mỗi cơn dài từ 20 giây đến 40 giây.
- 9 giờ, cổ tử cung mở hết, đầu lọt thấp (0/5) cơn co tử cung tần số 5, mỗi cơn dài trên 40 giây.

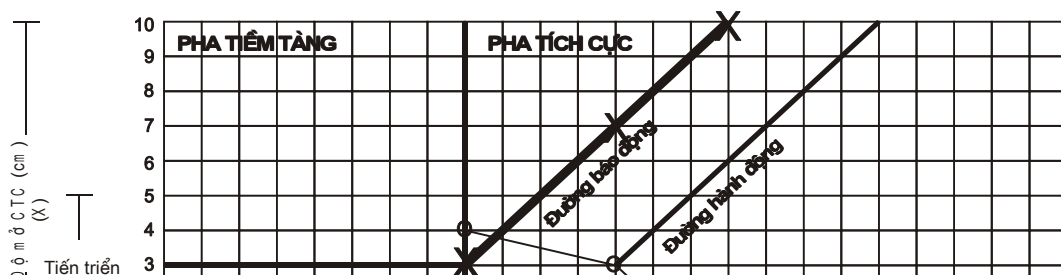
Đánh giá và xử trí

+ Trong chuyển dạ, cơn co tử cung sẽ mỗi lúc một mau hơn và mạnh hơn (biểu hiện bằng thời gian mỗi cơn kéo dài hơn) cùng với sự tiến triển tương ứng về độ mở của cổ tử cung. Đó là những diễn biến bình thường.

+ Nếu không có sự tiến triển đồng bộ đó, ví dụ cơn co tử cung thưa và

yếu kéo dài hoặc cơn co quá mau, quá mạnh trong lúc cổ tử cung mở chưa phù hợp thì đó là những trường hợp bất thường; ở xã cần chuyển tuyến; ở bệnh viện

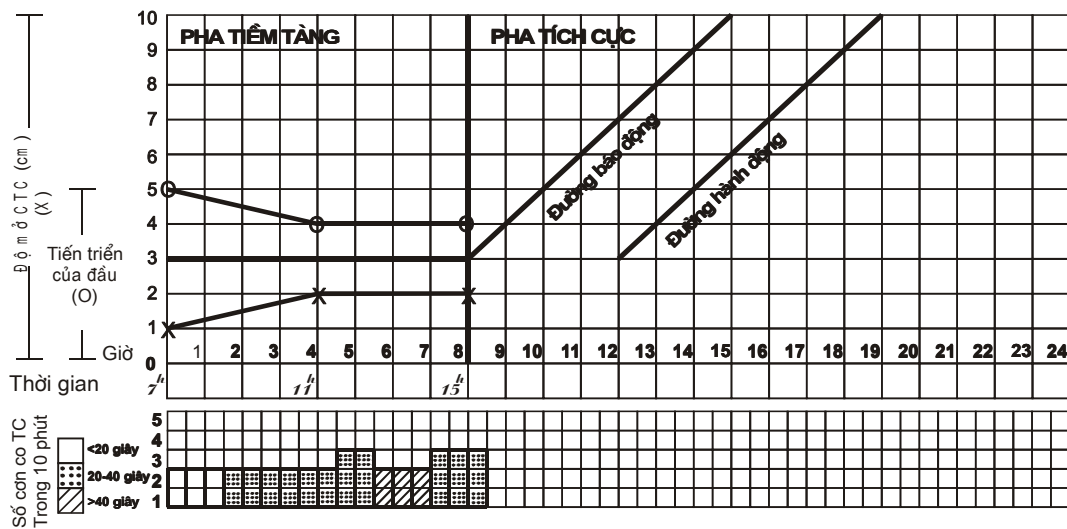
bác sĩ phải khám lại, tìm nguyên nhân để có thái độ xử trí.



Hình 12

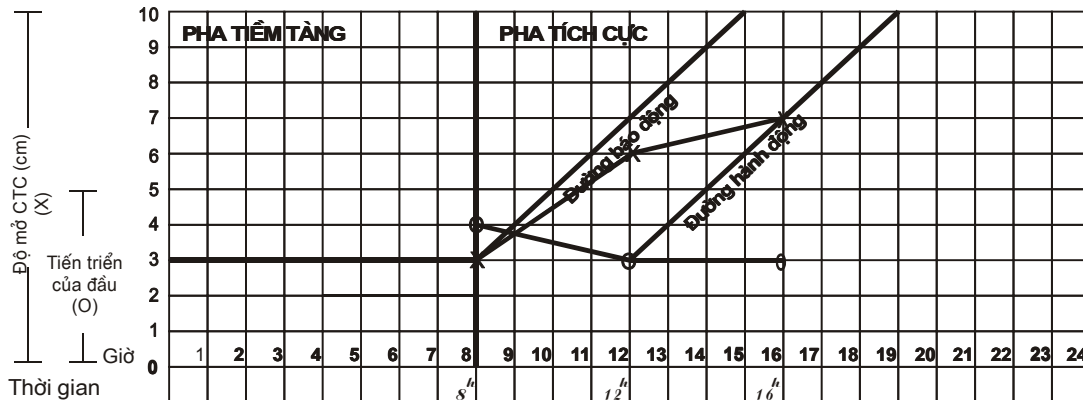
4. MỘT SỐ CUỘC CHUYỂN DẠ CÓ NGUY CƠ PHÁT HIỆN QUA THEO DỒI BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

4.1. Chuyển dạ kéo dài ở pha tiềm tàng (Xem hình 13s)



Hình 13

4.2. Chuyển dạ kéo dài ở pha tích cực (Xem hình 14)



Hình 14

Tự 1 ượng giá

Trả lời ngắn các câu từ 1 đến 6

1. Biểu đồ chuyển dạ là một bảng ghi lại của một cuộc chuyển dạ bằng các ký hiệu đã đư ợc quy định.
2. Khi nào dùng biểu đồ chuyển dạ?
3. Khi nào không sử dụng biểu đồ chuyển dạ?
 A.....
 B.....
4. Với sản phụ có sẹo mổ cũ tử cung khi nào theo dõi bằng biểu đồ chuyển dạ?
5. Hãy ghi lại các ký hiệu quy định để biểu diễn:
 A. Nhịp tim thai và nhịp mạch sản phụ.
 B. Số đo huyết áp của sản phụ.

 C. Độ mở của cổ tử cung.
 D. Mức tiến triển của ngôi thai.
 E. Các mức độ khác nhau của sự chông khớp sọ thai nhi.
6. Hãy viết ra các ký hiệu để biểu thị:
 A. Tình trạng đầu ối.
 B. Tình trạng nư ớc ối.
 C. Các độ dài của cơn co tử cung.
 D. Các mức độ prôtêin niệu.

Phân biệt đúng - sai các câu từ 7 đến 12

7. Tất cả các sản phụ chuyển dạ để đều phải được theo dõi bằng biểu đồ chuyển dạ.
8. Biểu đồ chuyển dạ dùng để theo dõi phát hiện sớm các nguy cơ có thể xảy ra khi chuyển dạ đẻ.
9. Biểu đồ chuyển dạ còn giúp theo dõi phát hiện các nguy cơ khi thai

Đ	S

ngهن.

10. Khi sản phụ vào viện, chuyển dạ đã ở pha tích cực thì các ký hiệu biểu hiện tình trạng chuyển dạ trong lần khám đầu tiên phải ghi ở pha tích cực.

11. Trong biểu đồ mở cổ tử cung và tiến triển của ngôi thai, đường biểu diễn cổ tử cung là một đường đi xuống còn đường biểu diễn tiến triển của ngôi là đường đi lên.

12. Khi cuộc chuyển dạ bình thường thì đường biểu diễn độ mở cổ tử cung luôn nằm bên trái đường báo động.

13. Hãy phân tích và đánh giá đường hợp chuyển dạ kéo dài trong pha tiềm tàng hình 11 của bài học. Theo bạn sản phụ này đã có nguy cơ chửa? Cần xử trí thế nào trên cơ sở vị công tác của bạn?

14. Phân tích, đánh giá và nêu thái độ xử trí đối với đường hợp chuyển dạ được theo dõi qua biểu đồ hình 12 trong bài học.

15. Hãy lập biểu đồ chuyển dạ cho một sản phụ có diễn biến như sau:

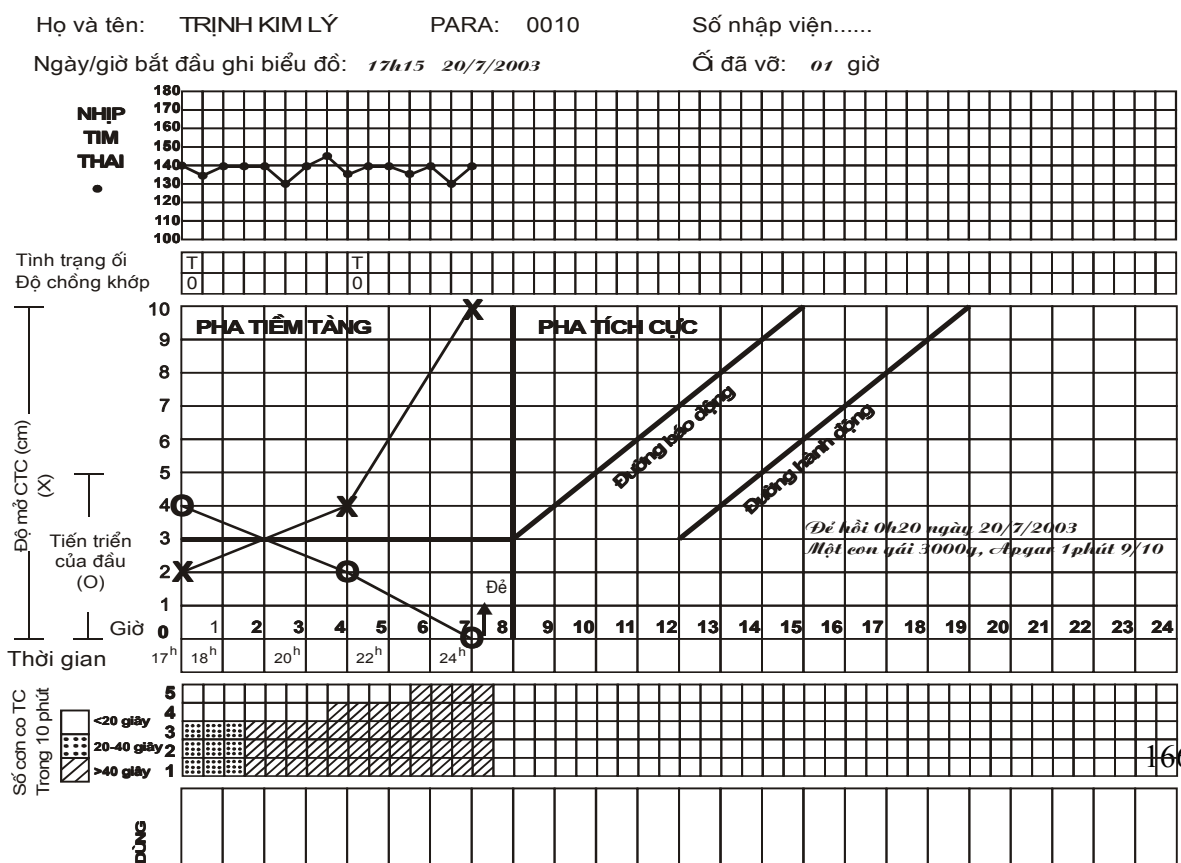
Giờ theo dõi	Mạch mẹ	Huyết áp	Thân nhiệt	Protein niệu	Nhịp tim thai	Tình trạng ối	Độ chôn khớp	Tình trạng CTC	Tiến triển của ngôi	Cổ tử cung
10 giờ vào trạm.	75 l/1'	120/70	36 ⁰ 8	(-)	140	Đet	0	Xóa hết	Cao	1/10' 15''
11h15 : bắt đầu chuyển dạ thật.	80 l/1'	120/70	36 ⁰ 8		140	Đet		1cm	Cao	2,5' < 20''
11h30					130				Cao	
12h	80 l/1'	120/70			135				Cao	3/10 25''
12h30					140					
13h	80 l/1'	120/70			140				Chúc	3/10 25''
13h30					145					
14h	85 l/1'	120/80		(-)	140	Đet	0	4 cm	Chúc	3/10 25''
14h15					140	Vỡ, nước trong				

14h30					135				Chúc	3/10 30''
14h45					130					
15h	85 l/1'	120/80	37 ⁰		140				Chặt	3/10 25''

15h15					140					
15h30					140				Chặt	4/10 30"
15h45					130					
16h	85 1/1'	125/8 0			140	ối trong	7 cm	Lọt cao	3/10 30"	
16h15					140					
16h30					140		(+)	Lọt vừa	4/10 35"	
16h45					145					
17h	85 1/1'	120/7 0			140			Lọt vừa	4/10 35"	
17h15					150					
17h30					145			Lọt thấp	5/10 40"	
17h45					140					
18h	85 1/1'	120/7 0	37°	(-)	145	ối trong	(+)	10 cm	Lọt thấp	5/10 45"
18h15					130			Thai sổ		

16. Hãy phát hiện những điểm ghi chép sai trên biểu đồ chuyển dạ của sản phụ Trịnh Kim Lý in ở hình 15

BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ



Hình 15

Bài tập tình huống (Tuỳ giảng viên chọn)

Tình huống 1: Chuyển dạ bình thường, không có nguy cơ

Bà A 26 tuổi, chuyển dạ sinh con lần đầu, PARA 0010, bắt đầu được ghi BĐCD hồi 5 giờ sáng: Tình trạng mẹ bình thường: Mạch 70 l/phút, HA 110/70 mmHg, T° 36,8; Protein niệu (-). Về phần thai nhi: Ngôi chỏm, tim thai 140 l/phút. Ổi còn, đầu ối dẹt. Độ chông khớp (0), đầu chúc; cổ tử cung xoá hết, mở 2cm; cơn co TC 3/10 phút mỗi cơn dài 25 giây.

Đến 9 giờ: Tình trạng mẹ bình thường như lúc trước. Tim thai 135 l/phút. Ổi vỡ tự nhiên, nước ối trong, đầu thai chặt, độ chông khớp (0). Cổ tử cung mở được 5 cm. Cơn co tử cung lúc này là 4/10 phút, mỗi cơn dài 40 giây.

Đến 13 giờ: Tình trạng mẹ bình thường như trước. Tim thai 150 l/phút. Đầu lọt trung bình. Độ chông khớp (+). Cổ tử cung mở hết. Cơn co tử cung 5/10 phút, mỗi cơn 45 giây. SP mót rặn và được hướng dẫn cho rặn đẻ.

13 giờ 20 phút: Bà A sinh được âm đạo một gái 2900 gam, Apgar sau 10 phút 9/10.

Những dấu hiệu nào trên BĐCD của bà A cho biết cuộc chuyển dạ đã diễn biến bình thường để có thể sinh được đứa trẻ?

Tình huống 2: Chuyển dạ có cơn co không đủ, được điều chỉnh bằng oxytocin

Bà B 28 tuổi, chuyển dạ sinh lần 2 tại trạm y tế xã. PARA 1001. Vào viện lúc 6 giờ. Khi ấy: Toàn trạng mẹ không có bất thường: Mạch 80l/p, HA 120/70mmHg. T° 36,9°C. Prôtêin niệu (-). Tim thai 140 l/phút. Đầu ối det. Đầu cao. Độ chông khớp (0). Cổ tử cung 2 cm. Con co tử cung 2/10 phút, mỗi cơn 20 giây.

Đến 10 giờ (sau 4 tiếng theo dõi ở trạm xã), các diễn biến của cuộc chuyển dạ vẫn như trước, có một số chuyển biến là cổ tử cung mở được 4 cm, đầu thai đã chúc. Cổ tử cung vẫn có tần số 2 nhưng thời gian cơn dới 20 giây mỗi cơn. bà B vẫn được theo dõi tiếp tại trạm y tế xã sát sao hơn.

Đến 12 giờ, toàn trạng mẹ và thai vẫn như trước, cổ tử cung không mở thêm, đầu vẫn chúc. Con co tử cung có tần số 2/10 phút và mỗi cơn dới 20 giây. Đường biểu diễn độ mở cổ tử cung chuyển sang bên phải đường báo động nên bà B và gia đình đã được CBYT xã trao đổi, tư vấn và cho chuyển lên BV huyện.

Tại BV huyện cho theo dõi tiếp đến 13 giờ, ối vỡ tự nhiên, như ối trong. Tình trạng mẹ và con không có gì khác trước, riêng cổ tử cung vẫn không mở thêm, đầu vẫn chúc và con co tử cung lại giảm đi chỉ còn dư ới 2/10 phút và mỗi cơn dới 20 giây. Lúc này BS chỉ định cho truyền oxytocin (5 đơn vị trong 500 ml huyết thanh) với tốc độ ban đầu là 10 giọt/phút và cứ 30 phút theo dõi, lại tăng dần 10 giọt/phút cho đến 30 giọt/phút thì con co tử cung đạt tần số 3/10 phút mỗi cơn từ 25-30 giây thì duy trì mức truyền nhỏ giọt đó.

Đến 16 giờ, tình trạng cuộc chuyển dạ tiến triển hơn: con co tử cung vẫn tần số 3/10 phút, mỗi cơn đã từ 35 đến 40 giây. Cổ tử cung đã mở được 6cm. Đầu lọt cao.

Đến 18 giờ, cổ tử cung mở hết. Đầu lọt trung bình. Chông khớp (+). Con co tử cung tần số 4/10 phút, mỗi cơn trên 40 giây. Toàn trạng mẹ và thai không có dấu hiệu nguy cơ. Sản phụ tiếp tục được truyền oxytocin, cho rặn đẻ và theo dõi tiếp.

Đến 18 giờ 30, con co tử cung tần số 5/10 phút, Đầu thai thập thò và bà B đã sinh đường âm đạo lúc 18 giờ 35 một trai 3000 gam, Apgar 9/10. Oxytocin được truyền hết chai vào lúc rau đã sổ sau hơn 1 giờ.

1. Diễn biến cuộc chuyển dạ của bà B có điều gì bất thường?	
2. Thái độ xử trí của CBYT xã như thế nào?	
3. Thái độ xử trí của BV huyện như thế nào?	

4. Có nên cắt truyền oxytocin ngay sau khi đã sổ thai hay không? Vì sao?	
--	--

Tình huống 3: Chuyển dạ kéo dài.

Bà C 36 tuổi, đến BV huyện lúc 10 giờ, chuyển dạ đẻ lần 3. PARA 1101. Đã bắt đầu từ nửa đêm, ối ch ứa vỡ, đã ở pha tích cực và đ ược ghi theo dõi chuyển dạ bằng biểu đồ. D ười đây là BĐCD nói lên diễn biến cuộc đẻ của bà C (chiếu BĐ CD của bà C trên giấy trong đồng thời phát cho HV mỗi ngư ời một bản tài liệu phát tay có in BĐCD này để làm bài tập).

1. Hãy đọc các kết quả ghi trên BĐCD của bà C từ khi bắt đầu ghi cho đến khi kết thúc?	
2. Lý do gây suy thai đối với trư ờng hợp chuyển dạ của bà B?	
3. Cần phải xử trí thế nào trư ớc đó? vào thời điểm nào là thích hợp nhất?	

Tình huống 4: Chuyển dạ tắc nghẽn

Bà D có thai lần 4. PARA 3002, đ ược trạm y tế xã chuyển lên BV huyện với chẩn đoán thai to, ối đã vỡ lúc 6 giờ và đã chuyển dạ. Vào viện lúc 7 giờ và đ ược ghi BĐCD ngay.

Dựa trên BĐCD của bà D đã ghi đư ợc, hãy:

1. Trình bày diễn biến cuộc chuyển dạ của bà D từ khi ghi BĐCD đến khi kết thúc cuộc đẻ?	
2. Phân tích các dấu hiệu bất trư ờng xuất hiện trong khi theo dõi trên biểu đồ và cho chẩn đoán. Xử trí?	
3. Đánh giá sự theo dõi và xử trí của	

BV huyện có đầy đủ và kịp thời hay không?	
---	--

Đáp án

Biểu đồ chuyển dạ

3. 4. 5. Các diễn biến.
6. 7. 8. Theo thời gian..
9. 10. 11. Các cuộc chuyển dạ thực sự có khả năng để đư ờng d ưới.
12. 13. 14. Khi chư a chuyển dạ thực sự.
15. 16. 17. Khi sản phụ không có chỉ định để theo đ ường d ưới.
18. 19. 20. Khi có chỉ định cho để đ ường dưới.
21. 22. 23. •
24. 25. ↑ 26.
27. 28. 29. x
30. 31. 32. o
33. 34. 35. 0 , + , ++ , +++
36. 37. 38. D: ối dẹt, P: ối phồng.
39. 40. 41. T: n ước ối bình th ường, X: nư ớc ối xanh, M: nư ớc ối có máu.
42. 43. □ 4. ▨ ▩
45. 46. D 47. - , ± , + , ++
•
48. 7 49. S50. 51. 852. E53. 54. 955. S56. 57. 158. E59. 60. 161. S62. 63. 164.
• • • 0. 1. 2.

Tài liệu tham khảo

1. The Partograph, Tài liệu của WHO/MCH/88.3.
2. Bộ Y tế - UBQGDS/KHHGD về chăm sóc SKSS, Biểu đồ chuyển dạ - Tài liệu đào tạo NHS/YSSN.
3. Tài liệu đào tạo- Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản, Biểu đồ chuyển dạ- 126.

BÀI 15

NGÔI THAI BẤT THƯỜNG

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này học viên phải

1. Chẩn đoán **chính** xác các ngôi thai bất thường.
2. Nói được cách xử trí **đúng** các ngôi thai bất thường.
3. Thực hành **thành thạo** đỡ đẻ ngôi mông.

Phương tiện dạy học: Bảng, bút, giấy trong, hình vẽ, đèn chiếu, mô hình khung chậu thai nhi.

Kế hoạch bài giảng: Thời gian 5 tiết

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp/phương tiện dạy học	Hoạt động của học viên	Phản hồi nhanh
1. Ngôi và thế thai bất thường: <ul style="list-style-type: none">- Xác định phân ngôi thai.- Xác định vị trí đầu thai.- Các triệu chứng, dấu hiệu và chẩn đoán ngôi thai bất thường.	45	Bài giảng Thảo luận Thuyết minh sử dụng các kiểu mô đê. Thực hành lâm sàng trên học viên/bệnh nhân dưới sự hướng dẫn của giảng viên.	Nghe giảng kèm theo đặt câu hỏi ngắn gọn. Thảo luận	Đánh giá qua thảo luận của học viên.
2. Xử trí ngôi thai bất thường: <ul style="list-style-type: none">- Ngôi trán.	90	Hoạt động: Bài giảng có minh hoạ. Thảo luận	Nghe giảng. Thảo luận nhóm nhỏ.	Đánh giá qua thảo luận nhóm nhỏ.

<ul style="list-style-type: none"> - Ngồi mặt. - Ngồi thóp trước. - Ngồi mông. - Ngồi vai. 		Thao diễn trên mô hình. Nghiên cứu trường hợp.	Thực hành trên mô hình.	
3. Đẻ ngôi mông: <ul style="list-style-type: none"> - Đẻ mông và chân. - Đẻ tay. - Đẻ đầu. - Mông cỡ nhỏ. - Đẻ mông. - Chăm sóc khẩn cấp. 	90	Bài giảng có minh hoạ Thảo luận Thuyết minh và thực hành giả cách. Đánh giá kỹ năng trong môi trường giả cách. Thực hành lâm sàng trên học viên/bệnh nhân dưới sự hướng dẫn của giảng viên nếu có bệnh nhân thích hợp.	Nghe giảng. Đặt câu hỏi ngắn gọn. Quan sát thực hành trên môi trường giả cách.	Đánh giá qua câu trả lời của học viên.

Giới thiệu bài học

Các ngôi bất thường hầu hết là do những yếu tố làm thay đổi thể tích của buồng tử cung như:

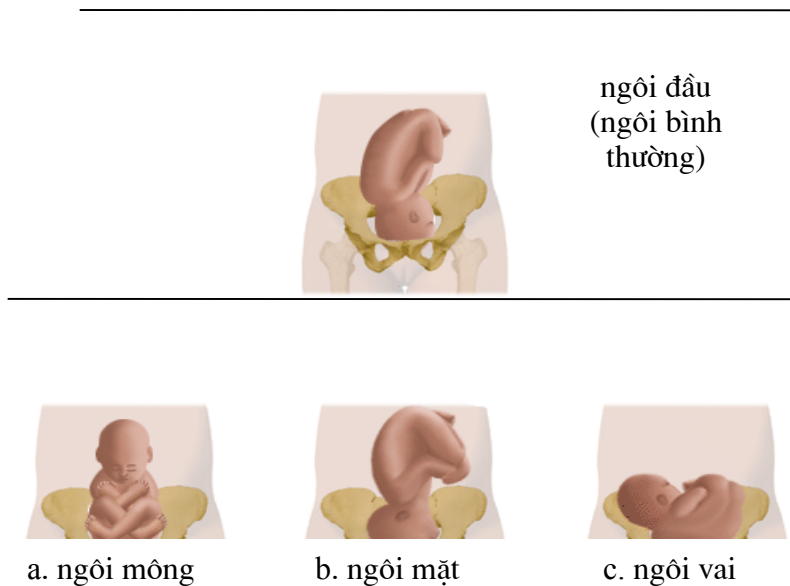
- Tử cung dị dạng, tử cung đôi, tử cung hai sừng, UXTC hoặc các khối u bên ngoài chèn ép vào tử cung ...

- Ngôi bất thường hay gặp nhất là ngôi mông rồi đến ngôi mặt, ngôi trán, ngôi vai.

- Các ngôi bất thường khi sinh đẻ hầu hết phải can thiệp bằng phẫu thuật hay thủ thuật vì vậy các ngôi bất thường đều thuộc loại đẻ khó.

Nội dung bài học

1. CHẨN ĐOÁN CÁC NGÔI BẤT THƯỜNG



Hình 16

1.1. Chẩn đoán ngôi mông

Dựa vào các dấu hiệu sau:

- Là ngôi dọc, đầu ở đáy tử cung
- Thăm âm đạo tùy theo loại mông thiếu, mông đủ mà ta sờ được xương cùng, lỗ hậu môn và hai mông thai nhi nếu là mông thiếu, còn ngôi mông đủ sờ thêm được 1 hoặc 2 bàn chân.
- Nghe tim thai thường ở vị trí ngang hoặc trên rốn.
- Nếu có siêu âm thì việc chẩn đoán phân biệt với các ngôi khác không đặt ra.

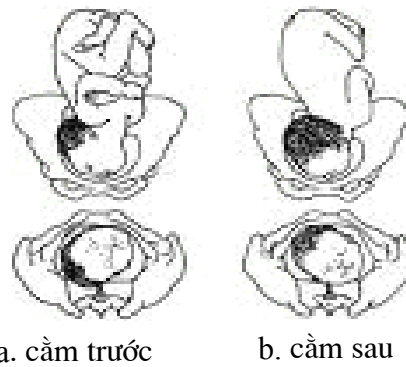


Hình 17

1.2. Chẩn đoán ngôi mặt

Dựa vào các dấu hiệu sau:

- Là ngôi có đầu ngửa tối đa.
- Sờ nắn ngoài có dấu hiệu nhất rìu là kiểu cầm sau nếu có hình móng ngựa là kiểu cầm trước.
- Thăm âm đạo để chẩn đoán xác định, chú ý không được làm vỡ ối, nếu vỡ thì cuộc đẻ sẽ khó khăn. Nếu sờ được mố của ngôi là mỏm cầm, nhưng không thể sờ được gốc mũi; chỉ như vậy mới chắc chắn là ngôi mặt.



Hình 18

1.3. Ngôi trán

Dựa vào các dấu hiệu sau:

- Là ngôi đầu tư thế trung gian, không cúi hẳn mà cũng không ngửa hẳn.
- Chỉ chẩn đoán được trong quá trình chuyển dạ đẻ và thăm âm đạo khi đã vỡ ối và cổ tử cung mở trên 3cm.
- Thăm âm đạo:
 - + Ngôi đầu còn cao.
 - + Sờ thấy góc mũi, 2 hố mắt, trán và thóp trước.
 - + Không thể nào sờ được móm cằm và thóp sau và cũng là để phân biệt với ngôi mặt và ngôi chỏm.

1.4. Ngôi vai

Dựa vào các dấu hiệu sau:

- Nhìn thấy tử cung bè ngang.
- Sờ nắn thấy đầu thai nằm ở mạng sườn hoặc ở một bên hố chậu.
- Đo chiều cao tử cung thấy thấp hơn tuổi thai.
- Thăm âm đạo:
 - + Ối rất phồng (nếu còn ối).
 - + Tiểu khung rộng.
 - + Nếu ối đã vỡ, cổ tử cung mở có thể sờ được móm vai hoặc tay thai nhi ở trong âm đạo.
 - + Nơi có siêu âm, dùng để chẩn đoán xác định và đồng thời còn phân biệt với ngôi mông.

1.5. Ngôi thóp trước

- Khám ngoài: ít có giá trị.
- Thăm khám âm đạo:
 - + Sờ được thóp trước, điểm mốc của ngôi trình diện ở trung tâm, góc mũi có thể sờ thấy nhưng ở ngoại vi và không ở trung tâm như trong ngôi trán.
 - + Vị trí của thóp trước xác định kiểu thế của ngôi, phải hoặc trái, trước hoặc sau. Kiểu thế trước thường gặp nhất, hơn 80%.

2. XỬ TRÍ CÁC NGÔI BẤT THƯỜNG

2.1. Ngôi mông

2.1.1 Để đẻ đường dưới nếu có những điều kiện sau

- Trọng lượng thai ước tính dưới 3000gr.
- Phần ngôi thai đã lọt khi bắt đầu chuyển dạ.
- Cổ tử cung mềm đã xoá mở trên 3cm.
- Khung chậu rộng (cân xứng).
- Sản phụ có tiền sử đã đẻ ngôi mông nặng trên 3500gr hoặc đã đẻ thường ngôi chỏm nặng trên 3800gr.
- Nơi nào có siêu âm: Thấy đầu cúi và ước tính cân nặng từ 3000gr trở xuống.

- Cách đỡ đẻ

Theo bảng hướng dẫn đỡ đẻ ngôi mông gồm 15 bước.

- Các phương pháp đỡ đẻ tự nhiên

Phương pháp Vermelin

Chỉ định : trường hợp con rạ, thai nhỏ, tầng sinh môn giãn tốt, để cuộc đẻ xảy ra một cách tự nhiên, không có bất kỳ một sự trợ giúp nào, không có một sự can thiệp thủ thuật nào trên thai nhi.

Phương pháp Xôvianốp

Mục đích của phương pháp đó là làm cho ngôi lọt và xuống trong tiểu khung một cách từ từ, không nhanh quá, lợi dụng ngôi làm cho cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn giãn tốt. Muốn thế, người hộ sinh phải giữ cho ngôi không sổ ra ngoài trong một thời gian nhất định.

Đối với ngôi ngược không hoàn toàn kiểu mông, mục đích của phương pháp là lợi dụng khối ngực và chân của thai nhi khá to để làm cho cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn giãn tốt.

Đến thì sổ đầu sử dụng thuốc để giúp cơn co mạnh lên, hướng dẫn thai phụ rặn mạnh, kết hợp với ấn đầu thai nhi ở phía trên khớp mu.

Cho thai phụ nằm theo kiểu nửa nằm nửa ngồi. Hô hấp thai có hệ thống mặc dù thai không suy bằng glucose và oxy, vì theo Xôvianốp trong ngôi mông thai dễ suy.

Đối với ngôi mông hoàn toàn: Khi ngôi đã thập thò ở âm hộ người hộ sinh dùng một miếng gạc lớn ấn vào âm hộ mỗi khi có cơn co, thời gian ấn vào âm hộ để giữ mông không sổ sớm có thể từ 15- 25 phút, nhưng phải theo dõi tim thai, nếu thai suy phải dùng giữ mông để mông sổ. Nếu thai không suy, trong cơn rặn, mông thai nhi muốn đẩy bật tay người hộ sinh ra ngoài, lúc đó buông tay ra để mông sổ.

Đối với ngôi mông không hoàn toàn kiểu mông: Khi mông sổ ra ngoài hai tay người hộ sinh ôm vào đùi thai nhi, ngón cái về phía sau đùi, các ngón khác về phía xương cùng, hướng thai nhi lên trên, chuyển dần tay về phía thân thai nhi, giữ cho chân thai nhi luôn luôn áp vào bụng và ngực giúp giãn nở các phần mềm tốt.

Sinh ngôi mông có can thiệp từng phần :

Để sinh tự nhiên đến rốn, chỉ hỗ trợ trong thì sinh vai, tay và đầu hậu.

Khi mông đã sổ, nếu thấy dây rốn căng phải kéo nhẹ dây rốn ra để đỡ căng (không đụng đến bụng và thân thai nhi).

Hỗ trợ sinh vai: Lúc vai đã lọt và sắp sổ, nhắc nhẹ thân thai nhi về phía xương vệ người mẹ để vai sau và tay sổ ra ngoài rồi hạ thân thai nhi xuống để vai

trước sổ. Sau khi đã sổ 2 vai và tay, xoay nhẹ thân thai nhi ở vị trí nằm sấp (không để thai nằm ngửa). Nếu tay thai nhi giờ cao hay vòng sau gáy phải dùng các thủ thuật hạ tay :

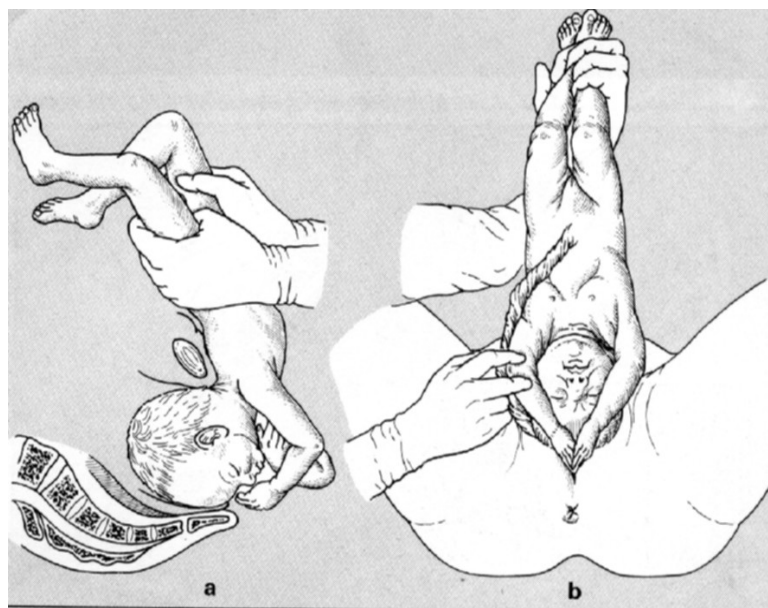
Trường hợp vai sau đã đi qua bờ của tiểu khung trong khi vai trước hãy còn cao (nằm trên vai sau) phải dùng thủ thuật Lovset (nắm hai đùi thai nhi với các ngón tay ở phía trước, ngón cái ở phía sau đùi, quay thân của thai nhi sao cho vai sau được đưa ra phía trước, thường quay theo chiều kim đồng hồ, trong quá trình đó cánh tay sẽ bị đẩy xuống phía dưới đến bờ dưới cung xương vệ và sổ ra ngoài. Tránh ôm vào bụng thai nhi gây phản xạ thở của trẻ. Trường hợp các cánh tay ở sau gáy có thể sửa chữa tình huống này bằng thủ thuật tương tự, trong đó đứa trẻ được quay đủ 180⁰ như vậy trong quá trình quay cánh tay trước được đẩy ra phía trước qua mặt đứa trẻ và cuối cùng xuống phía dưới để có thể sổ ra bên dưới cung vệ. Cùng một quá trình ấy được thực hiện cho cánh tay kia.

Hỗ trợ đẻ đầu hậu :

Hai tay người đỡ đẻ ôm vào khung chậu của thai nhi kéo nhẹ thai theo hướng xuống dưới và ra sau cùng lúc người phụ đẩy trên đáy tử cung để đầu cúi tốt cho đến khi hạ cằm sổ đến bờ dưới khớp vệ, nâng thai ngược lên về phía bụng mẹ để đầu thai ngửa dần, cằm, mặt và các phần còn lại của đầu sẽ lần lượt sổ ra khỏi âm hộ.

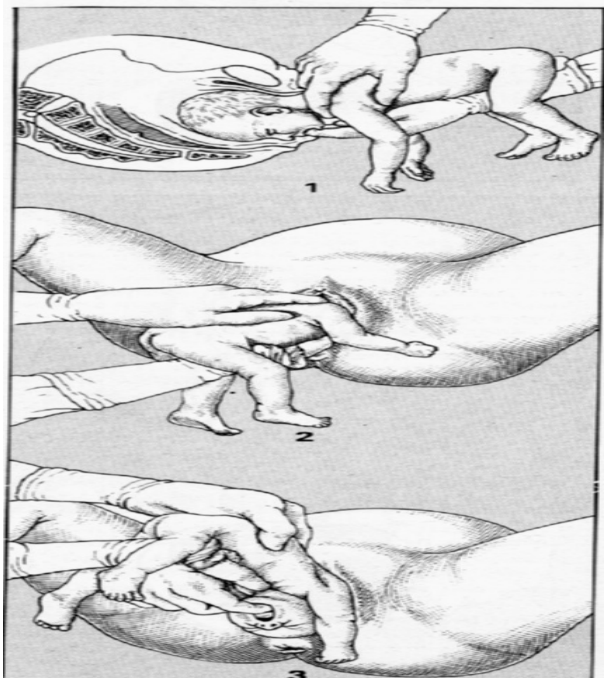
Sổ đầu hậu

Thủ thuật Bracht (áp dụng trong những trường hợp con nhỏ, con rạ, tăng sinh môn mềm giãn tốt): Mông đã sổ đến rốn cả khối thân thai nhi, 2 chân duỗi thẳng (người đỡ đẻ cầm 2 chân) giữ cho lưng thai nhi luôn luôn sát vào xương vệ của mẹ cộng với sức đẩy cơn co tử cung và sức ấn trên xương vệ, phần còn lại của thai nhi sẽ sổ ra tự nhiên.



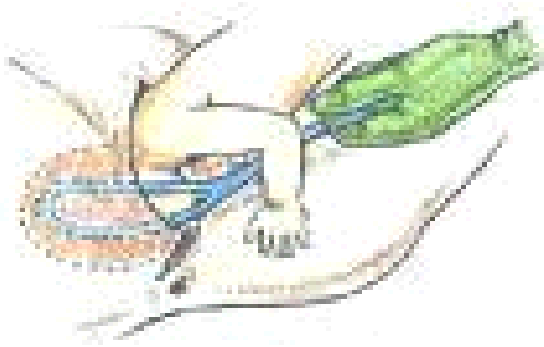
Hình 19: Thủ thuật Bracht

Thủ thuật Mauriceau (áp dụng con so, tầng sinh môn chắc): Sau khi vai đã sổ ra ngoài để thai nhi nằm vắt trên mặt trong của cẳng tay người đỡ. Ngón trỏ và ngón giữa của bàn tay này đờ vào hàm dưới trên lưỡi tới đáy lưỡi của thai (cẩn thận tránh làm rách hãm lưỡi của thai). Mục đích giúp đầu hậu cúi tốt, dùng ngón trỏ và ngón giữa của bàn tay còn lại đờ lên vai gáy thai nhi tạo một lực kéo theo phương hướng ra sau và xuống dưới ; phải kéo đều tay, liên tục với con co tử cung thật tốt đến khi hạ cằm sổ ra đến bờ dưới khớp vệ, lúc đó cho đầu ngửa dần bằng cách nâng thai lên dần về phía bụng mẹ để sổ mặt và các phần còn lại của đầu.



Hình 20: Thủ thuật Mauriceau

Ngoài ra còn có thể lấy đầu hậu bằng forceps



Hình 21

2.1.2. Mở lấy thai nếu có một hoặc nhiều điều kiện sau

- Ước tính thai nặng trên 3000gr.
- Ngôi thai còn cao.
- Cổ tử cung chắc, chưa xoá hoàn toàn, hoặc mở dưới 3cm.
- Khung chậu giới hạn.
- Con so lớn tuổi trên 35 tuổi.
- Ngôi môn kiểu chân (có xu hướng mổ 100%).
- Đầu thai ngửa, cân nặng trên 3000gr, nếu có siêu âm thì xác định được chính xác hơn.

2.2. Ngôi mặt

2.2.1. Để đẻ đường dưới khi

Ngôi mặt cầm trước

Dựa vào vào nguyên tắc.

Chỉ để đường âm đạo khi cầm quay về phía trước, dưới khớp mu, quay về phía sau cầm cùng không thể để được phải mổ lấy thai. Chuyển dạ kéo dài, lọt giả, ngôi thai không tiến triển thường gặp trong kiểu thế cầm cùng.

Sở thai: Cằm, miệng, mũi, trán, thóp trước, cầm xuất hiện ở âm hộ, rồi đến hạ chẩm.



Hình 22

Trong thì này phải kiểm soát kỹ các phần thai nhi sở vì dễ gây rách tầng sinh môn, đặc biệt khi lấy thai bằng forceps.

Nếu khung chậu bình thường, cầm sau chưa cố định vẫn có thể hy vọng cho sinh tự nhiên được vì 2/3 các trường hợp cầm sau sẽ tự xoay thành cầm trước.

- Các thao tác đỡ để ngôi mặt đều ngược với ngôi chỏm.
- Cuộc đẻ diễn ra lâu và khó khăn hơn để ngôi chỏm.
- Nếu thai nhi đã chết nên chọc sọ lấy thai qua đường âm đạo.

2.1.2. Mổ lấy thai

- Tất cả ngôi mặt cầm sau.
- Ngôi mặt cầm trước nếu có kết hợp thêm các yếu tố để khó khác như: rối loạn cơ co, cổ tử cung không tiến triển .v.v.

Không thực hiện giác hút sản khoa cho ngôi mặt

2.3. Ngôi trán

Khi xác định là ngôi trán các bước xử trí như sau:

Nếu ối chưa vỡ, ngôi cao lỏng nên chờ đợi xem ngôi có tự biến thành ngôi chỏm hoặc ngôi mặt trong lúc chuyển dạ, không làm thủ thuật để chuyển ngôi trán thành ngôi chỏm vì thủ thuật này nguy hiểm thường gây ối vỡ non và sa dây rốn.

Nếu ối đã vỡ, ngôi trán đã cố định, với thai nhi kích thước bình thường mổ lấy thai là phương pháp duy nhất.

Không để ngôi trán bằng giác hút sản khoa, forceps hoặc mở khớp vệ

2.4. Ngôi vai

- Mổ lấy thai là chỉ định duy nhất: ngày nay xu hướng nội xoay hay ngoại xoay không còn sử dụng vì sẽ gây ra nhiều tai biến, ngay cả thai đã chết.
- Việc cắt thai khi thai đã chết chỉ áp dụng cho những người thầy thuốc có kinh nghiệm và ở nơi có phương tiện, phòng mổ có gây mê hồi sức tốt.
- Chỉ nội xoay thai khi thai thứ hai ở trường hợp sinh đôi.

2.5. Ngôi thóp trước

- Không thuận lợi, ngôi không lọt hoặc lọt giả: Mổ lấy thai.
- Tiến triển thuận lợi (trong phần lớn các trường hợp): Thời gian chuyển dạ và sổ thai thường kéo dài, tỷ lệ can thiệp trong thời kỳ sổ thai cao.

3. CÁC XỬ TRÍ NGÔI THAI BẤT THƯỜNG Ở CÁC TUYẾN DƯỚI

3.1. Tuyến xã

Khi đã phát hiện ngôi thai bất thường dù ở xã có bác sĩ có khả năng nhưng không có phương tiện đều phải gửi lên tuyến trên nơi có khả năng mổ lấy thai.

3.2. Tuyến huyện

Nơi nào có đủ điều kiện và khả năng mổ lấy thai thì có thể giải quyết được tất cả các ngôi thai bất thường.

Tự lượng giá

Chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu từ 1 đến 4:

- Điểm mốc của ngôi trán là:
 - Trán.
 - Chằm.
 - Thóp trước.
 - Góc mũi.
 - Thóp sau.
- Khi chẩn đoán ngôi trán đã cố định chúng ta cần phải:
 - Bấm ối.
 - Xoay thai ngoài để đầu cúi tốt.
 - Xoay thai trong nếu ối đã vỡ và cổ tử cung mở hết.
 - Chuẩn bị mổ lấy thai.
 - Truyền oxytocin để cải thiện cơn co tử cung và giúp cho đầu cúi tốt.
- Điểm mốc của ngôi thóp trước là:
 - Trán.
 - Chằm.
 - Thóp trước.
 - Góc mũi.
 - Thóp sau.
- Trong chuyển dạ ngôi ngược phương pháp nào sau đây giúp cho phân mềm giãn nở tốt, khi tim thai còn tốt, cơn co tử cung hữu hiệu.
 - Phương pháp Vermelin.
 - Phương pháp Xôvianốp.
 - Thủ thuật Lovset.
 - Thủ thuật Bracht.
 - Thủ thuật Mauriceau.

Phân biệt Đ - S các câu sau bằng cách đánh dấu vào ô thích hợp:

Trong ngôi mông, tim thai nghe được ở vị trí cao hơn so với vị trí ước đoán của ngôi chỏm.

Trong ngôi mông, đầu thường nằm ở 1/4 dưới rốn khi khám bụng.

Gây tê thần kinh thẹn là cần thiết khi tiến hành để thủ thuật hay đẻ ngôi mông.

Trong ngôi mặt, khi cầm ở thế trước và CTC mở hết, thì cho phép đẻ đường âm đạo

	Đ	S
	X	
		X
	X	
	X	

Bài tập tình huống

Tình huống 1

Sản phụ X, 40 tuổi, có thai lần thứ 8, tuổi thai 40 tuần, các lần trước sinh thường. Thai lần này, không đi khám thai, đau bụng chuyển dạ lúc 9 giờ sáng. Ghi nhận khi vào viện: bề cao tử cung 35cm, vòng bụng 105cm, tim thai 145 nhịp/phút đều, co tử cung 35" nghỉ 3 phút, thăm âm đạo cổ tử cung mở 5cm, ối phỏng, sờ được 2 thóp.

- Xác định loại ngôi. (Ngôi thóp trước).
- Cần phải bấm ối không? Đến 14 giờ cổ tử cung mở hết sờ thấy thóp sau chính giữa cổ tử cung, ngôi lọt +2. (Không bấm ối).
- Xác định loại ngôi? (Ngôi chỏm).
- Thái độ xử trí. (Chuẩn bị đỡ đẻ đường dưới).

Tình huống 2

Sản phụ Nguyễn Thị Y, 33 tuổi, para 4014, 41 tuần, quá trình thai nghén thường. Đau bụng chuyển dạ từ 9 giờ sáng, vào viện ghi nhận: toàn trạng bình thường, chiều cao tử cung 28cm, sờ thấy đầu ở hố chậu phải, tim thai 140 lần/phút, đều. Thăm âm đạo cổ tử cung mở 6cm, ối phỏng, sờ được tay thai nhi, hố chậu rộng.

- Chẩn đoán ngôi. (ngôi ngang).
- Thái độ xử trí: nêu cụ thể những công việc phải làm. (Chuẩn bị mổ lấy thai ở các cơ sở có khả năng phẫu thuật, hoặc chuyển tuyến có dùng thuốc giảm co và có nhân viên y tế đi cùng).

Tài liệu tham khảo

- Xử trí các tai biến trong mang thai và sinh đẻ, trang S-107 - S-108; S-112
- Tài liệu đào tạo “Hướng dẫn chuẩn Quốc gia về các dịch vụ CSSKSS”. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội 2005

BÀI 16

CHUYỂN DẠ ĐÌNH TRỆ

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này, học viên phải:

1. Xác định được thế nào là chuyển dạ đình trệ và xác định được các nguyên nhân (nếu có thể).
2. Nêu được các quy trình đơn giản để xử trí chuyển dạ đình trệ.
3. Liệt kê được các chỉ định và kỹ thuật đỡ đẻ bằng giác hút.
4. Liệt kê được các chỉ định và kỹ thuật đỡ đẻ bằng forceps.

Phương tiện học tập

1. Phân bảng, Over - head, máy chiếu để thuyết trình .
2. Mô hình để thao diễn.
3. Bảng kiểm để đánh giá trong khi học và sau khi học.

Công cụ sử dụng trong giảng dạy:

- Thuyết trình.
- Thảo luận nhóm, giải quyết tình huống.
- Thao tác trên mô hình, đóng vai.
- Thực hành lâm sàng.

Kế hoạch bài giảng: Thời gian học 5 tiết

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp giảng dạy các hoạt động	Hoạt động học viên	Phản hồi nhanh
Mục tiêu 1: Xác định được thế nào là chuyển dạ đình trệ và xác định được các nguyên nhân có thể.				
Chuyển dạ đình trệ: <ul style="list-style-type: none">• Giai đoạn tiền tăng kéo dài.• Độ mở cổ tử cung tiến về phía bên phải đường báo động.	45	Bài giảng có minh họa Thảo luận Nghiên cứu trường hợp	Nghe, ghi Thảo luận	Quan sát học viên.
Mục tiêu 2: Nếu được các quy trình đơn giản để xử lý đình trệ.				
Xử trí chuyển	45	Giảng bài có minh họa	Thực hành lâm sàng trên khách	Quan sát học viên.

<p>dạ đình trệ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chuyển dạ giả. • Giai đoạn tiềm tàng kéo dài. • Giai đoạn tích cực kéo dài. • Không tương xứng thai nhi và xương chậu. • Chuyển dạ tắc nghẽn. • Con co hoạt động không tương xứng. • Kéo dài giai đoạn sổ thai. 		Thảo luận	hàng/bệnh nhân dưới sự hướng dẫn của giảng viên.	Nhận xét, Đánh giá thực hành lâm sàng.
<p>Mục tiêu 3: Liệt kê được các chỉ định và kỹ thuật đỡ đẻ bằng giác hút.</p>				
<p>Kích thích và thúc đẩy chuyển dạ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phương tiện và dụng cụ. • Đánh giá cổ tử cung. • Sử dụng oxytocin trong đỡ chỉ huy. 	45	<p>Giảng bài có minh họa. Thảo luận.</p> <p>Trình diễn và thực hành giả định. Đánh giá kỹ năng trong môi trường giả định.</p>	Thảo luận Thực hành lâm sàng trên khách hàng/bệnh nhân dưới sự hướng dẫn của giảng viên.	Quan sát học viên. Nhận xét, đánh giá thực hành lâm sàng.
<p>Giác hút chân không:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các điều kiện để giác hút. • Phương tiện và dụng cụ. • Xác định 	45	<p>Giảng bài có minh họa Thảo luận.</p> <p>Trình diễn và thực hành giả</p>	Thảo luận Thực hành lâm sàng trên khách hàng/bệnh nhân dưới sự hướng dẫn của giảng viên.	Quan sát học viên. Nhận xét, đánh giá thực hành lâm sàng.

ngôi thai, vị trí đầu thai. <ul style="list-style-type: none"> • Dùng ống giác hút. • Áp dụng phương pháp kéo. • Thất bại giác hút. • Các tai biến cho thai nhi. • Các tai biến cho bà mẹ. 		đình. Đánh giá kỹ năng trong môi trường giả đình.		
Mục tiêu học tập 4: Liệt kê được các chỉ định và kỹ thuật đỡ đẻ bằng forceps.				
Đẻ bằng Forceps <ul style="list-style-type: none"> • Điều kiện để đỡ bằng Forceps. • Phương tiện và dụng cụ. • Sử dụng cành kẹp trái, phải. • Chốt kẹp và kéo. • Thất bại trong đỡ bằng Forceps. • Tai biến cho thai nhi. • Các tai biến cho bà mẹ. 	45	Giảng bài có minh họa. Thảo luận. Trình diễn và thực hành giả định. Đánh giá kỹ năng trong môi trường giả định. Thực hành lâm sàng	Thảo luận Thực hành lâm sàng trên khách hàng/bệnh nhân dưới sự hướng dẫn của giảng viên.	Quan sát học viên. Nhận xét, đánh giá thực hành lâm sàng.

Giới thiệu bài học

Sự cần thiết của bài học: Chuyển dạ đẻ là quá trình sinh lý phụ thuộc nhiều yếu tố trước, trong và sau chuyển dạ. Thời gian cuộc chuyển dạ không được kéo dài quá 12h ở người con dạ và 24h ở người con so. Cuộc chuyển dạ đình trệ là cuộc chuyển dạ vì nguyên nhân nào đó bị ngừng lại làm cho cuộc đẻ không tiến triển bình thường, bắt buộc cán bộ y tế phải can thiệp bằng thuốc hay dùng các thủ thuật hỗ trợ, phẫu thuật mổ lấy thai.

Tầm quan trọng: Nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời, cuộc chuyển dạ đình trệ sẽ đưa đến nhiều biến chứng trong và sau đẻ cho cả mẹ và thai nhi. Khi cuộc chuyển dạ được theo dõi và xử trí kịp thời, có hướng giải

quyết những khó khăn sẽ giúp cho cuộc chuyển dạ tiến triển bình thường, đạt được kết quả tốt cho cả mẹ và thai, đảm bảo chăm sóc tốt sức khỏe bà mẹ và trẻ em.

Hiện nay nhờ có theo dõi chuyển dạ bằng biểu đồ chuyển dạ, các bác sĩ và NHS có thể phát hiện sớm những yếu tố tiên lượng cuộc đẻ không tốt để tìm được nguyên nhân gây chuyển dạ đình trệ, theo dõi và can thiệp kịp thời bằng các phương pháp tích cực thúc đẩy chuyển dạ tiến triển tốt.

Nội dung bài học

1. NGUYÊN NHÂN GÂY CHUYỂN DẠ ĐÌNH TRỆ

1.1. Định Nghĩa

Cuộc chuyển dạ đình trệ là cuộc chuyển dạ vì nguyên nhân nào đó bị ngừng lại làm cho cuộc đẻ không tiến triển được bình thường, khiến người thầy thuốc bắt buộc phải chỉ định can thiệp bằng thuốc hay bằng các thủ thuật, phẫu thuật mổ lấy thai. Chuyển dạ đình trệ bao gồm cả chuyển dạ tắc nghẽn và chuyển dạ kéo dài. Sử dụng đúng biểu đồ chuyển dạ là một cách hữu hiệu để nhận biết và xử trí chuyển dạ đình trệ.

Gọi là cuộc chuyển dạ đình trệ khi:

- **CTC chỉ mở đến 1 mức nào đó rồi dừng lại; mặc dù cơn co tử cung đều đặn .**

- Đường biểu diễn xóa mở CTC trên biểu đồ chuyển dạ ở bên phải đường báo động.

- Có cơn co tử cung chuyển dạ hơn 12h mà cuộc đẻ không tiến triển.

1.2. Nguyên nhân gây chuyển dạ đình trệ

1.2.1. Về phía mẹ

- Khung chậu hẹp gây bất tương xứng thai nhi và khung chậu.
- Các khối u tiền đạo làm cản trở sự xuống của ngôi thai như u buồng trứng, u xơ tử cung, tử cung đôi.
- Cổ tử cung xơ cứng .
- Cơn co tử cung thưa yếu, trương lực cơ bản của tử cung yếu.
- Mẹ kiệt sức không rặn được.

1.2.2. Về phía thai

- Thai to toàn bộ (> 3500g), hay thai to từng phần (đầu to, não úng thủy, bụng cóc).
- Các thế và kiểu thế bất thường ngôi chỏm cúi không tốt ngôi thóp trước, ngôi trán, ngôi mặt cằm sau.
- Các ngôi: Ngôi **vai**, ngôi mông .
- Đầu không lọt khi CTC mở hết do ngôi bình chính không tốt hoặc kiểu thế ngang, sau.

1.2.3. Về phía phần phụ của thai

- Dây rốn ngắn.
- Màng ối dày làm CTC mở chậm.

- Rau bím thấp.
- Ổi vỡ non, vỡ sớm.

1.3.Chẩn đoán chuyển dạ đình trệ theo các giai đoạn của chuyển dạ và hướng xử trí

1.3.1. Chuyển dạ giả

- Con co tử cung không đều đặn,
- Không có hiện tượng xóa mở CTC .
- Khi nghỉ ngơi, hay dùng thuốc giảm co, cơn co tử cung giảm.

Hướng xử trí: Phải khám bệnh phát hiện nhiễm khuẩn tiết niệu hay những nhiễm khuẩn khác, nếu ối chưa vỡ thì điều trị chống nhiễm khuẩn. Nếu không có nhiễm khuẩn, màng ối còn nguyên vẹn có thể cho bệnh nhân xuất viện và dặn sản phụ quay lại khi có dấu hiệu chuyển dạ.

1.3.2. Pha tiềm tàng kéo dài

- CTC không mở được 4 cm mặc dù cơn co tử cung tốt trong 8h.

Hướng xử trí :

- Nằm nghỉ nếu cơn co TC ngừng thì nghỉ đến chuyển dạ giả.
- Khi cơn co TC trở nên đều đặn, CTC mở 4cm chứng tỏ đã có chuyển dạ

ở pha tiềm tàng.

- Nếu pha tiềm tàng hơn 8h, và tiến triển chuyển dạ chậm thì phải đánh giá CTC để có hướng giải quyết:

+ CTC không tiến triển, tim thai không biến động phải kiểm tra lại, có thể chưa có chuyển dạ.

+ CTC xóa mở, bím ối và thúc đẩy chuyển dạ bằng **oxytocin**. Khám lại sau 4h nếu cuộc chuyển dạ không tiến triển đạt đến pha tích cực sau 8h truyền oxytocin thì phải mổ lấy thai.

- Nếu sản phụ có dấu hiệu nhiễm khuẩn (sốt, ra dịch âm đạo, có dấu hiệu nhiễm khuẩn toàn thân):

+ Thúc đẩy cuộc chuyển dạ bằng truyền oxytocin.

+ Điều trị kháng sinh kết hợp đến khi thai ra: 2g Ampixillin tiêm TM / 6h 1 lần kết hợp với Gentamycin 5mg/kg cân nặng trong 24h. Nếu sản phụ đẻ đường âm đạo ngừng điều trị kháng sinh sau đẻ, nếu mổ lấy thai tiếp tục dùng kháng sinh kết hợp với Metronidazol 500mg truyền TM 8 h một lần đến khi hết sốt 48h

1.3.3.Pha tích cực kéo dài: Đường biểu diễn xóa mở CTC trên biểu đồ chuyển dạ ở bên phải đường báo động :

- Nếu không có bất tương xứng thai nhi và khung chậu, để khó cơ giới thì bím ối để thúc đẩy cuộc chuyển dạ. Sau đó đánh giá lại cơn co tử cung để điều chỉnh.

+ Nếu CCTC không có tác dụng (CCTC thưa, ít hơn 3 cơn co trong 10 phút, cơn co ngắn, không kéo dài đến 40 giây) phải nghỉ đến để khó cơ năng do cơn co TC.

+ Nếu CCTC tốt (CCTC 40giây, tần số 3) phải nghỉ đến để khó cơ giới, ngôi thai bất thường.

Khi có chuyển dạ đình trệ điều chỉnh cơn co tử cung tốt sẽ rút ngắn được thời gian theo dõi, quyết định kết thúc chuyển dạ sớm.

- Bất tương xứng thai nhi và khung chậu: khi khung chậu hẹp hay đầu thai nhi to. CTC và ngôi thai ngừng tiến triển mặc dù cơn co tử cung tốt. Trong những trường hợp này phải tiến hành nghiệm pháp lọt ngôi chỏm.

+ Nếu bất tương xứng thai nhi và khung chậu rõ ràng thì mổ lấy thai.

+ Nếu thai nhi đã chết thì phải chọc ọc kéo thai. Khi bác sĩ sản không có kinh nghiệm làm thủ thuật chọc sọ thì có thể mổ lấy thai.

- Đẻ khó do nguyên nhân cơ giới: CTC và độ lọt của ngôi ngừng tiến triển kết hợp với bứu huyết thanh to, có hiện tượng chông khớp, ngôi thai không tì vào CTC, CTC phù nề, đoạn dưới phồng căng, thất ngãng hình quả bầu nậm, mẹ mệt mỏi, thai có thể suy, và kết quả là gây vỡ tử cung.

+ Nếu thai nhi sống, CTC mở hết, ngôi thai đã lọt, lấy thai ra đường dưới bằng thủ thuật forceps .

+ Thai nhi sống, CTC chưa mở hết, hay đầu thai chưa lọt không thể làm thủ thuật lấy thai đường âm đạo thì phải mổ lấy thai .

+ Thai nhi chết thì chọc sọ kéo thai ra từ từ. Nếu không đủ điều kiện, bác sĩ không có kinh nghiệm có thể mổ lấy thai.

- Đẻ khó cơ năng: cơn co tử cung yếu, thưa là nguyên nhân hay gặp nhất của chuyển dạ đình trệ

+ Bấm ối và tăng cơn co tử cung bằng truyền oxytocin.

+ Đánh giá tiến triển của cuộc chuyển dạ, độ mở CTC 2h sau khi cơn co tử cung tốt. Nếu không tiến triển thì mổ lấy thai. Nếu có tiến triển thì sau 2h khám lại để đưa ra quyết định theo dõi tiếp tục hay mổ lấy thai.

1.3.4.Pha sổ thai kéo dài: CTC mở hết sản phụ mót rặn, rặn đẻ nhưng thai không sổ ra được. Khi rặn sổ thai, lượng máu đến rau và thai nhi **bị giảm** nên thai dễ bị suy.

- Loại trừ các nguyên nhân đẻ khó cơ giới, tăng cường CCTC bằng **oxytocin** để giúp sản phụ rặn đẻ tốt hơn.

- Sau khi đã truyền **oxytocin** mà ngôi cũng không xuống, thai không sổ:

+ Nếu ngôi đã lọt thấp thì làm thủ thuật forceps hay giác hút

+ Nếu ngôi chưa lọt thấp, bác sĩ không có kinh nghiệm thì mổ lấy thai.

2.THỨC ĐẨY CHUYỂN DẠ

2.1Định nghĩa

Tuyến xã khi có dấu hiệu của chuyển dạ đình trệ thì phải chuyển tuyến trên ngay.

Tuyến huyện trở lên thì phải chẩn đoán loại trừ những nguyên nhân đẻ khó do cơ giới, sau đó tiến hành thúc đẩy cuộc chuyển dạ bằng những phương pháp: gây chuyển dạ và kích thích tăng CCTC. Hai phương pháp này có chỉ định khác nhau nhưng kỹ thuật giống nhau.

- Gây chuyển dạ: Kích thích gây cơn co tử cung chuyển dạ.

- Kích thích tăng CCTC: Trong quá trình chuyển dạ để làm tăng cường độ, tần số, thời gian cơn co tử cung, tạo CCTC tốt trong chuyển dạ là cơn co kéo dài 40s, tần số 3 (có 3 cơn co trong 10 phút).

2.2. Bấm ối

Tác dụng của bấm ối

- Nước ối chảy ra ngoài.
- Giảm thể tích tử cung.
- Giải phóng prostaglandine, kích thích chuyển dạ.
- Tạo nên các cơn co tử cung (sản phụ chưa chuyển dạ), tăng cơn co tử cung nếu đã chuyển dạ.

Kỹ thuật bấm ối

- Khám bệnh nhân, kiểm tra lại chỉ định bấm ối.
- Theo dõi nhịp tim thai bằng ống nghe gỗ hay monitoring.
- Sản phụ nằm tư thế sản khoa: nằm ngửa, chân gấp, dạng rộng 2 đùi.
- Đi găng vô khuẩn, kiểm tra độ xóa mở, vị trí CTC.
- Một tay khác dùng **kep có máu** đưa vào ÂĐ.
- **Ke**p trượt theo ngón tay trong ÂĐ vào đến CTC.
- 2 ngón tay nong rộng CTC, hướng mũi **ke**p vào, làm rách màng ối, để nước ối ra từ từ trên ngón tay.
- Ghi lại số lượng ối, màu sắc (trong, xanh, lẫn máu), nếu nước ối lẫn phân xu phải nghĩ đến thai suy.
- Sau khi bấm ối phải nghe lại tim thai trong và sau cơn co tử cung. Nếu TT biến động nhanh trên 180l/ph hay chậm dưới 100l/ph phải nghĩ đến suy thai.
- Nếu màng ối đã vỡ trước **6 giờ** phải điều trị kháng sinh để phòng nhiễm khuẩn do streptocoques nhóm B ở trẻ sơ sinh.
- Nếu chuyển dạ không tiến triển sau 1h bấm ối thì truyền oxytocin.
- Nếu đình chỉ thai nghén do bệnh toàn thân của mẹ (Nhiễm khuẩn, tiền sản giật) thì truyền oxytocin ngay sau khi bấm ối.

2.3. Đẻ chỉ huy : Truyền oxytocin.

Phải rất cẩn thận vì oxytocin làm tăng cơn co TC có thể gây ra suy thai và vỡ tử cung (hiếm gặp, nhưng phải chú ý những trường hợp con dạ đẻ nhiều lần).

Liều oxytocin cần thiết thay đổi tùy sự đáp ứng thuốc của từng sản phụ, vì vậy phải truyền chậm, tăng dần liều cho đến khi đạt được cơn co TC tốt. Sau đó tiếp tục truyền cho đến khi đẻ. Trong chuyển dạ tử cung phải có thời gian nghỉ ngơi giữa những cơn co.

- Theo dõi các yếu tố chuyển dạ: 30 phút/ lần
- + Cơn co TC.
- + Tim thai.
- + Độ mở CTC.
- + Độ lọt của ngôi.
- + Nước ối.
- + Toàn trạng: M, HA, nhiệt độ, nước tiểu.
- Khi truyền cho sản phụ nằm nghiêng trái.

- Không bao giờ cho sản phụ truyền oxytocin nằm một mình.
- Liều thuốc: pha 2,5đv oxytocin trong 500ml dung dịch đẳng trương, truyền 10 giọt/phút (khoảng 2,5đv/ phút), tăng dần 10 giọt trong 30 phút đến khi có cơn co tốt, duy trì liều đến khi đẻ.
- Khi cơn co TC mau mạnh (CCTC hơn 60giây, hơn 4 **cơn co tử cung** /10phút). Phải ngừng truyền và cho thuốc giảm co.
- Nếu cơn co TC chưa tốt có thể tăng 60 giọt/ph. Tăng nồng độ oxytocin 5đv/500ml đẳng trương, truyền 30 giọt/ph, tăng dần liều đến khi đạt 60 giọt/ph.
- Nếu chuyển dạ không tiến triển:
 - + Con dạ TC có sẹo mổ cũ thì mổ lấy thai .
 - + Con so thì tăng lượng oxytocin truyền TM, không kết quả mổ lấy thai.

2.4.Gây chuyển dạ

Prostaglandines rất có hiệu quả làm chín muồi CTC trong trường hợp muốn gây chuyển dạ.

- Kiểm tra mạch, HA, và cơn co tử cung, cũng như nhịp tim thai.
- Khám lại sản phụ, xác định những chỉ định dùng prostaglandine.
- Prostaglandin E₂ có những dạng khác nhau: Viên trứng 3mg, hay dạng gel 2-3mg, đặt sâu trong túi cùng sau âm đạo. Nếu cần có thể đặt liều thứ 2 sau 6h.
- Ngừng Prostaglandine và tiếp truyền oxytocin nếu
 - + Màng ối đã vỡ.
 - + CTC đã chín muồi.
 - + **Cơn co tử cung** bắt đầu có.
 - + Đặt thuốc trên 12h.

Misoprostol

- Chỉ sử dụng làm chín muồi CTC trong trường hợp:
 - + Tiền sản giật nặng hay sản giật có chỉ định đình chỉ thai nghén đường ÂĐ, không có chỉ định mổ lấy thai , mà CTC không thuận lợi cho gây chuyển dạ.
 - + Thai lưu, không có chuyển dạ tự nhiên trong vòng 4 tuần và tỷ lệ tiểu cầu giảm.
- Đặt 50 microgamme viên 200mg (1/4 viên) Misoprostol trong túi cùng sau và nhắc lại sau 4h.
- Không đặt quá 50 microgamme/lần, và không quá 4 liều (200 mg).

3.GIÁC HÚT SẢN KHOA

3.1.Chỉ định và chống chỉ định

3.1.1. Chỉ định

- Rặn lâu không sổ.
- Chuyển dạ kéo dài, mẹ bị mệt.
- Tầng sinh môn chắc.
- Dây rau ngắn.

3.1.2. Chống chỉ định

- Thai suy.

- Thai non tháng.
- Mẹ không được rặn.

3.2.Điều kiện

- Ngôi chỏm.
- Thai đủ tháng, sống.
- Ngôi đã lọt, không có bất tương xứng thai nhi và khung chậu.
- CTC mở hết.
- Ổi đã vỡ hoặc bầm ối.

3.3.Tai biến

- Cho mẹ
 - + Tổn thương ống đở: Rách CTC, rách âm đạo, TSM.
 - + Phải kiểm tra CTC, ÂĐ sau khi làm thủ thuật để khâu phục hồi, đề phòng chảy máu.
- Cho thai
 - + Bướu huyết thanh to ở vị trí nắp giác hút, thường không nguy hiểm và tan đi sau vài giờ.
 - + Tụ máu não, màng não phải theo dõi trong vòng 3-4 tuần, có thể tự tiêu đi.
 - + Tổn thương da đầu thai nhi hay gặp và ít nguy hiểm: Chăm sóc làm vệ sinh, khâu phục hồi nếu cần thiết. Hiện tượng viêm hoại tử là rất hiếm.
 - + Chảy máu não là trường hợp rất hiếm gặp đòi hỏi phải chăm sóc sơ sinh tăng cường, cẩn thận và ngay lập tức.

Kỹ thuật

- Khám bệnh nhân để đánh giá chỉ định, điều kiện, ngôi thế kiểu thế để chọn vị trí đặt nắp hút.
- Kiểm tra lại những nơi rấp nối của máy hút và thử giác hút ở tay người làm thủ thuật sau khi đã đi găng .
- Động viên sản phụ bình tĩnh và hợp tác.
- Khám lại xác định ngôi thế kiểu thế, các đường khớp, thóp đầu thai nhi.
 - Đặt nắp giác hút **trên 1 trong 2 xương đỉnh**, nơi đầu cúi tốt nhất, **cách** thóp sau 1cm làm sao giúp cho đầu cúi xuống tốt nhất, dễ quay, xuống, sổ.
 - Giúp cho đặt nắp dễ, có thể cắt TSM sớm, nếu không cần thiết thì cắt TSM sau khi đầu thai nhi đã xuống thấp đáy phòng TSM căng, dẫn mỏng để tránh mất máu nhiều.
 - Kiểm tra lại vị trí nắp giác hút đảm bảo không hút vào phần mềm như CTC, thành ÂĐ **hoặc đặt vào 1 trong 2 thóp trước hoặc thóp sau**.
 - Tăng áp lực chân không đến 0,2kg/ cm², kiểm tra lại nắp tăng áp lực lên 0.8kg/cm², kiểm tra lại lần nữa.
 - Sau khi đợi áp lực cao, ổn định thì kéo thai ra. Kéo theo trục ống đở, theo cơ chế đở, giúp cho ngôi thai sổ không đối xứng.
 - Kéo trong cơ co tử cung, chú ý lực kéo luôn vuông góc với nắp

kéo để không làm bật nắp. Để ngón tay ở đầu thai nhi sát chỗ tiếp xúc nắp giác hút, đánh giá sự trượt của nắp và sự xuống của đầu thai.

- Trong khi kéo phải luôn kiểm tra nhịp tim thai và vị trí nắp giác hút.

Chú ý

- Không bao giờ quay nắp giác hút khi muốn quay đầu thai vì gây ra hở nắp. Thì này làm đồng thời với thì kéo giác hút.
- Lần kéo đầu tiên có thể tìm hướng kéo phù hợp.
- Không kéo giác hút ngoài cơn co và khi đầu thai nhi đã sổ ra ngoài.
- Nếu kéo thấy ngôi thai xuống tốt, không có suy thai thì có thể làm thủ thuật tối đa 30 phút.

Thất bại

- Nếu ngôi không tiến triển sau mỗi lần kéo.
- Thai không sổ được sau khi kéo 30 phút.
- Bật nắp kéo 2 lần.
- Nếu làm giác hút thất bại thì phải mổ lấy thai.

4.FORCEPS SẢN KHOA

4.1.Chỉ định

- Thai suy.
- Thai non tháng.
- Rặn lâu không sổ.
- Dọa vỡ TC.
- Mẹ mệt mỏi, suy nhược.
- Mẹ không được rặn.
 - + Mẹ có bệnh toàn thân: Bệnh tim mạch, thận, HA cao.
 - + Tử cung có sẹo mổ cũ.
 - + Bệnh trĩ có thể dễ đường dưới.

4.2.Điều kiện

- a. Ngôi chỏm hay ngôi mặt cầm trước, ngôi mông mắc đầu hậu.
- b. Ngôi lọt, không có bất tương xứng thai nhi và khung chậu.
- c. Thai sống.
- d. CTC mở hết.
- e. Ối đã vỡ hoặc bầm ối.

4.3.Tai biến

4.3.1. Cho mẹ

- Tổn thương ống đẻ: kiểm tra và khâu phục hồi.
- Vỡ tử cung: mổ cấp cứu xử trí tổn thương.

4.3.2. Cho thai

- Tổn thương thần kinh mặt: theo dõi, chăm sóc sơ sinh.
- Tổn thương mặt hay da đầu: vệ sinh chống nhiễm khuẩn, nếu rộng và chảy máu thì khâu lại.
- Vỡ, lún xương đầu và mặt: Theo dõi và phẫu thuật.
- Chảy máu não.

4.4.Kỹ thuật

- Khám sản phụ, đánh giá điều kiện làm forceps.
- Động viên sản phụ.
- Thử khớp cành forceps trước khi đặt, đảm bảo cành phù hợp, ôm chắc đầu thai nhi.
- Bôi trơn cành forceps , bôi mặt tiếp xúc với thành Âm Đ.
- Đặt cành: Đặt cành trái trước, cành phải sau. Đưa 2 ngón tay vào trong Âm Đ, ở hõm xương cùng (vị trí 5h, 7h), phía ngoài đầu thai nhi, đưa nhẹ nhàng, cành trượt trên ngón tay. Cành trái cầm tay trái, cành phải cầm tay phải. Đặt đối xứng khi 2 cành ôm lấy 2 bên tai, đặt không đối xứng với kiểu thế ngang(trán chũm).
- Khớp cành và cố định.
- Nếu 2 cành khó khớp là do đặt vị trí chưa đúng. Trong trường hợp đấy thì tháo cành ra, kiểm tra lại tư thế đầu thai. Chỉ đặt lại khi xác định được vị trí đầu thai nhi thuận lợi, đặt được.
- Sau khi khớp cành tốt, kéo theo cơ chế dễ, trong cơn co tử cung.
- Giữa CCTC phải kiểm tra tim thai và cành forceps.
- Khi đầu thai tỳ vào TSM, khiến TSM giãn mỏng thì cắt TSM.
- Sau khi kéo xuống giúp đầu cúi, kéo lên cao giúp đầu ngửa dần.
- Đầu thai nhi phải xuống sau mỗi lần kéo, 2-3 lần kéo là đủ.
- Đầu thai nhi sổ thì tháo cành, tháo lần lượt, vượt theo độ cong của đầu thai.

Thất bại

- Đầu không xuống sau khi kéo.
- Thai không sổ sau 3 lần kéo hay sau 30 phút.
- Khi thất bại phải mổ lấy thai.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu 4 nguyên nhân chuyển dạ đình trệ về phía mẹ.
 - A.
 - B.
 - C.
 - D.
2. Nêu 4 nguyên nhân chuyển dạ đình trệ về phía thai.
 - A.
 - B.
 - C.
 - D.
3. Nêu 4 giai đoạn bị đình trệ trong quá trình chuyển dạ.
 - A.
 - B.
 - C.
 - D.
4. Nêu 7 trường hợp xử trí chuyển dạ đình trệ ở tuyến huyện.

- A. Thai suy
- B. Dọa vỡ tử cung
- C.
- D. Chông khớp sọ
- E.
- F.
- I.

Đáp án:

- a. Câu 1
 - i. Khung chậu hẹp.
 - ii. Các khối u tiền đạo.
 - iii. CTC xơ cứng .
 - iv. Cơ co TC yếu, mẹ rặn yếu.
- b. Câu 2
 - i. Thai to.
 - ii. Các ngôi thế, kiểu thế bất thường trong ngôi đầu
 - iii. Ngôi bình chỉnh không tốt .
 - iv. Ngôi bất thường : ngôi vai
- c. Câu 3
 - i. Chuyển dạ giả
 - ii. Giai đoạn tiềm tàng.
 - iii. Giai đoạn tích cực .
 - iv. Giai đoạn sổ thai .
- d. Câu 4
 - i. Thai suy
 - ii. Dọa vỡ tử cung
 - iii. Ngôi bất thường
 - iv. Chông xương sọ nhiều
 - v. Bất tương xứng thai nhi và khung chậu
 - vi. Cơ co tử cung yếu, ngắn
 - vii. Sản phụ mệt, không rặn được

Nghiên cứu trường hợp 1: Thế bất thường

Đọc và phân tích nghiên cứu tình huống dưới đây. Khi các học viên khác trong nhóm của bạn đọc xong, hãy cùng nhau trả lời các câu hỏi nghiên cứu tình huống. Chú ý tới các bước trong việc đưa ra các quyết định lâm sàng khi trả lời các câu hỏi. Tất cả các học viên trong lớp nên nghiên cứu cùng một tình huống hoặc một tình huống tương tự. Khi các nhóm đã hoàn tất, chúng ta sẽ thảo luận về các nghiên cứu tình huống và trả lời các câu trả lời của mỗi nhóm.

Tình huống

Chị A năm nay 26 tuổi mang thai lần 3, đã có 2 con. Chị đến trạm y tế xã khi đang trong giai đoạn tích cực lúc 2 giờ chiều; ối vỡ 30 phút trước khi đến; đầu thai nhi có thể sờ thấy ở 3/5 phía trên xương mu; cổ tử cung mở 3 cm;

<p>có 3 cơn co tử cung trong 10 phút, mỗi cơn co kéo dài 30-40 giây. Nước ối trong. Không có dấu hiệu bất thường nào kể từ khi nhập trạm.</p>	
<p>Đánh giá (Bệnh sử, Khám thực thể, quy trình khám/xét nghiệm máu)</p>	
<p>1. Bạn làm gì khi tiếp tục đánh giá tình trạng của chị A (khi theo dõi quá trình chuyển dạ)? Tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sử dụng biểu đồ chuyển dạ để theo dõi quá trình chuyển dạ của chị A. Tiếp tục quan sát: mạch, nhịp tim thai và các cơn co tử cung 30 phút/lần, huyết áp và thân nhiệt 4 tiếng/lần, kiểm tra lượng protein và acetone trong nước tiểu 2-4 tiếng/lần, khám âm đạo 4 tiếng/lần (độ mở tử cung, độ lọt của ngôi thai, nước ối). - Đánh giá cảm xúc của chị A để xác định mức độ lo âu và sự chịu đựng cơn đau. - Nói với chị A những gì sắp làm, lắng nghe, đáp lại các câu hỏi và những mối quan tâm của chị A.
<p>Chẩn đoán (Nhận biết các vấn đề/ nhu cầu)</p> <p>Tiếp tục đánh giá tiến triển chuyển dạ của chị A và phát hiện: Khi khám bụng lúc 6 giờ tối, phần bụng dưới bị dẹt và chân thai nhi có thể sờ thấy ở phía trước. Có 3 cơn co tử cung trong 10 phút, mỗi cơn co kéo dài 45 giây. Chị A phàn nàn rằng chị thấy rất đau lưng, khi có cơn co tử cung đau càng tăng lên. Khi khám âm đạo, nhận thấy thóp sau hướng về xương cùng. Cổ tử cung mở 7 cm. Nước ối trong.</p>	
<p>2. Dựa vào những phát hiện trên, chị A được chẩn đoán như thế nào? Tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Những biểu hiện và triệu chứng của chị A (cụ thể như chỏm đầu nằm ở phía sau hơn là phía trước khung xương chậu) là tư thế sau. Ngôi thế, kiểu thế không thuận lợi.
<p>Thực hiện chăm sóc (Lập kế hoạch và can thiệp)</p>	
<p>3. Dựa vào chẩn đoán, kế hoạch chăm sóc cho chị A của bạn là gì? Tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sử dụng biểu đồ chuyển dạ để tiếp tục theo dõi chị A 1 tiếng/lần. Đặc biệt, cần chú ý tới các biểu hiện tắc nghẽn (độ mở cổ tử cung và độ lọt ngôi thai với đầu to, ngôi thai, phù nề cổ tử cung, đoạn dưới tử cung phình ra, nhưng chưa thành hình quả bầu nậm làm đau sản phụ và thai nhi chưa có biến động nhịp tim thai).
<p>Đánh giá</p> <p>Lúc 7 giờ tối, chị A có 3 cơn co tử cung trong 10 phút, mỗi cơn co kéo</p>	

<p>dài khoảng 30 đến 40 giây. Biểu đồ chuyển dạ cho thấy các dấu hiệu quan trọng đều bình thường, nhịp tim thai trong bình thường, cổ tử cung mở 7 cm, có thể sờ thấy đầu thai nhi ngay sau xương mu.</p>	
<p>4. Dựa vào các phát hiện trên, bạn sẽ tiếp tục điều trị cho chị A như thế nào? Tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chị A chuyển dạ không tiến triển từ lần đánh giá trước và chỉ có cơn co tử cung vừa phải, không có tác dụng do đó cần bắt đầu thúc đẩy chuyển dạ. - Không nên để chị A một mình khi thúc đẩy chuyển dạ. Nên tạo cho chị cảm giác thoải mái, bầu không khí thông cảm, khích lệ và tôn trọng những mong muốn của chị. Đặc biệt, xoa bóp và các biện pháp an ủi như thay đổi vị trí và tư thế có thể làm tiêu tan lo lắng.
<p>Sau khi kích thích mở tử cung 1 cm/giờ và cổ tử cung của chị A đã mở hết lúc 10 giờ tối.</p>	
<p>5. Dựa vào các phát hiện trên, bạn sẽ tiếp tục điều trị cho chị A như thế nào? Tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Động viên chị A nằm ở tư thế sinh khi chị ở giai đoạn 2 của quá trình chuyển dạ (giai đoạn sổ thai). - Khi nhìn thấy đầu thai nhi, động viên chị rặn đẩy thai ra; khuyến khích chị nên rặn đẩy thai ra cùng với các cơn co tử cung. Nên động viên, khích lệ và giúp chị yên tâm về tiến triển chuyển dạ. - Với tư thế chằm cùng, giai đoạn sổ thai thường kéo dài, trong trường hợp đó nên thực hiện giác hút với một ống giác chân không đặt ở phía sau. - Chủ động xử trí giai đoạn ba để giảm nguy cơ chảy máu sau đẻ. - Cần phải chăm sóc sau đẻ ngay lập tức cho chị A, tiếp tục trấn an và hỗ trợ tình cảm. - Nếu con chị A cần chăm sóc đặc biệt thì phải đáp ứng ngay. Nếu không, cần chăm đứa trẻ hàng ngày như cho tiếp xúc da kề da với mẹ, khuyến khích chị A cho con bú ngay khi chị có thể và khi đứa trẻ muốn.

Nghiên cứu trường hợp 2 : Chuyển dạ đình trệ

Chị D 20 tuổi thai con so. Chị được chăm sóc tiền sản tại Trạm y tế xã. Chị bắt đầu đau đẻ 12 giờ trước khi tới trạm.

Đánh giá (Bệnh sử, khám thực thể, quy trình khám/xét nghiệm máu)

<p>1. Theo bạn, đánh giá ban đầu về tình trạng sức khỏe của chị D sẽ bao gồm các vấn đề nào? Tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chị D nên được chào hỏi ân cần và lịch sự. - Nói với chị những gì sắp làm, lắng nghe, đáp lại các câu hỏi và những mối quan tâm của chị. - Cần hỏi chị về tần số và sự đều đặn của các cơn co tử cung, và liệu chị có bị chảy máu, sốt, giảm cử động thai, hoặc các dấu hiệu hay vấn đề nguy hiểm khác. - Nắm vững và ghi lại thân nhiệt, mạch, huyết áp và nhịp thở của chị. Nếu có bất cứ dấu hiệu bất thường cần điều trị ngay. - Đánh giá cảm xúc của chị D khi chuyển dạ để xác định mức độ lo âu và sự chịu đựng cơn đau.
<p>2. Biểu hiện đặc biệt nào trong phần khám sức khỏe của chị D giúp bạn đưa ra một chẩn đoán hoặc nhận biết về các vấn đề của chị ấy. Tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Khám bụng để xác định kích thước tử cung, ngôi thai và độ lọt của ngôi thai, cũng như nhịp tim thai. Khám tử cung để xác định tần số và khoảng thời gian của các cơn co tử cung. - Khám âm đạo để đánh giá độ mở cổ tử cung và để xác định nếu màng ối vẫn nguyên vẹn, để xác định khiếm khuyết của đầu thai.

Chẩn đoán (Nhận biết các vấn đề)

Bạn đã hoàn tất đánh giá của mình về chị D, sau đây là những phát hiện chính:

Bệnh sử: Cường độ các cơn co tử cung của chị D tăng trong 12 giờ qua kể từ khi bắt đầu và khoảng chừng 4-6 phút/lần trong 4-5 giờ qua. Chị ra nước ối chừng 1 giờ trước khi nhập viện. Chị cho biết thai nhi cử động bình thường và phủ nhận mọi dấu hiệu nguy hiểm.

Khám thực thể: Thân nhiệt chị D là 37°C, mạch 84 nhịp/ phút, huyết áp 112/70, nhịp thở 22 nhịp/phút. Không có dấu hiệu nào của mất nhiệt hay choáng. Chị bị đau vừa phải.

Chiều cao tử cung là 36 cm. Chị có 3 cơn co tử cung trong 10 phút, mỗi cơn kéo dài 30 giây. Đầu thai nhi có thể sờ thấy ở 4/5 phía trên xương mu. Nhịp tim thai đều 144 nhịp/phút. Cổ tử cung mở 4 cm. Không sờ thấy màng ối và nước ối không ra tự nhiên. Không có bất thường đầu thai.

<p>3. Dựa vào những phát hiện trên, chị D được chẩn đoán như</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Những biểu hiện và triệu chứng của chị D (cụ thể như cổ tử cung mở 4 cm và các cơn co tử cung đều đặn) là phù hợp với giai đoạn
--	---

thế nào? Tại sao?	tích cực thuộc giai đoạn đầu tiên của quá trình chuyển dạ. Tuy nhiên ngôi thai chưa lọt và chiều cao tử cung là 36 cm cho thấy đứa trẻ có thể to.
Thực hiện chăm sóc (Lập kế hoạch và can thiệp)	
4. Dựa vào chẩn đoán, kế hoạch chăm sóc cho chị D của bạn là gì? Tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Nên tạo cho chị cảm giác thoải mái, bầu không khí thông cảm, khích lệ và tôn trọng những mong muốn của chị. Đặc biệt, xoa bóp và các biện pháp an ủi, thay đổi vị trí và tư thế có thể làm tiêu tan lo lắng. Khuyến khích chị đi dạo, chị có thể ăn và uống khi muốn. Cho uống thuốc giảm đau nếu cần. - Tiếp tục theo dõi: mạch sản phụ, nhịp tim thai và các cơn co tử cung 30 phút/lần, thân nhiệt 2 tiếng/lần, huyết áp, độ mở tử cung, nước ối, độ lọt đầu thai và kiểm tra lượng protein và acetone trong nước tiểu 4 tiếng/lần - Phải ghi những gì quan sát được vào biểu đồ chuyển dạ. - Thực hiện khám âm đạo một lần nữa sau 4 tiếng để đánh giá tiến triển chuyển dạ.
Đánh giá	
<p>Bốn tiếng sau, thân nhiệt của chị D là 37°C, mạch 88 l/phút và huyết áp là 114/70. Chị có 2 cơn co tử cung trong 10 phút, mỗi cơn kéo dài 30 giây.</p> <p>Cổ tử cung vẫn mở 4 cm. Có ra nước ối nhưng nước ối trong và ít.</p> <p>Đầu thai có thể sờ thấy được 4/5 trên xương mu và nhịp tim thai là 144 nhịp/phút. Lượng nước tiểu 200 mL trong 4 giờ trước, âm tính với protein và acetone.</p>	
5. Dựa vào các hiện tượng trên, bạn sẽ tiếp tục điều trị cho chị D như thế nào? Tại sao?	- Các biểu hiện và triệu chứng của chị D là phù hợp với giai đoạn tích cực kéo dài (cổ tử cung không tiến triển) khi độ mở tử cung được vẽ bên phải đường báo động trên biểu đồ chuyển dạ.
6. Dựa vào chẩn đoán, kế hoạch chăm sóc cho chị D của bạn là gì? Tại sao?	- Vì các cơn co tử cung ít hơn 3 lần trong 10 phút, mỗi lần ít hơn 40 giây và tiến triển chuyển dạ không tốt, nên kích thích chuyển dạ bằng cách truyền oxytocin.
<p>Bắt đầu truyền oxytocin (5 đơn vị trong 500 mL). Tốc độ truyền phải được điều chỉnh để đảm bảo thiết lập ít nhất 3 cơn co tử cung trong 10 phút, mỗi cơn co kéo dài ít nhất 40 giây.</p>	
7. Khi nào bạn sẽ đánh giá lại tình trạng của chị D và tại sao?	- Chị D sẽ được theo dõi chặt chẽ về các dấu hiệu phản ứng với cơn đau, các cơn co tử cung, nhịp tim thai và độ lọt ngôi. Truyền oxytocin với tỷ lệ thấp nhất sao cho vẫn đạt được ít nhất 3 cơn co tử cung trong 10 phút

	mỗi cơn co kéo dài ít nhất 40 giây. Ghi lại màu nước ối. Khám âm đạo để đánh giá độ mở tử cung 2 tiếng/lần sau khi thiết lập được các cơn co tử cung tốt.
Đánh giá lại sau 2 tiếng rưỡi, thân nhiệt chị D là 37°C, mạch 90 nhịp/phút và huyết áp là 120/70. Chị có 4 cơn co tử cung trong 10 phút, mỗi cơn kéo dài 40-45 giây. Nhịp tim thai 152 nhịp/phút. Đầu thai vẫn có thể sờ thấy được ở 4/5 trên xương mu. Cổ tử cung mở 5 cm và bị phù. Không chảy nước ối. Kiểm khuyết 2: các đường khớp chồng nhau nhưng có thể giảm bớt. Nước tiểu 160 mL trong 4 giờ trước, âm tính với protein và acetone.	
8. Dựa vào các phát hiện trên, bạn sẽ tiếp tục điều trị cho chị D như thế nào? Tại sao?	- Những biểu hiện và triệu chứng của chị D (cụ thể như mở cổ tử cung và sự lọt ngôi thai dưới các cơn co tử cung tốt) là phù hợp với chẩn đoán chuyển dạ tắc nghẽn vì không cân xứng thai nhi với khung xương chậu.
9. Dựa vào chẩn đoán, kế hoạch chăm sóc cho chị D của bạn là gì? Tại sao?	- Chuẩn bị mổ đẻ ngay vì bất tương xứng thai nhi và khung chậu. - Giải thích cho người nhà.

Thực hành Kỹ năng: Thúc đẩy chuyển dạ

Mục đích	Hướng dẫn	Tài liệu
Mục đích của hoạt động này là để học viên thực hành thúc đẩy chuyển dạ và đạt được sự thành thạo trong các kỹ năng đã yêu cầu.	Hoạt động này phải được hướng dẫn trong môi trường giả cách trong đó một học viên đóng vai trò là người bệnh. Học viên nên xem lại hướng dẫn học trước khi bắt đầu thực hành.	Phương tiện và dụng cụ đỡ đẻ: Găng vô khuẩn. Phương tiện bảo vệ cá nhân. Bấm màng ối bằng dao hoặc kẹp Kocher. Thiết bị truyền dịch. Kim và bơm tiêm. Hướng dẫn đọc tài liệu: Thúc đẩy chuyển dạ.

Giảng viên phải giải thích các bước tiến hành thúc đẩy chuyển dạ (bấm ối và truyền oxytocin) cho học viên. Dưới sự hướng dẫn của giảng viên, các học viên làm việc theo cặp để thực hành các bước, đồng thời theo dõi những người khác thực hiện, sử dụng bảng hướng dẫn học để đánh giá.

Học viên thực hiện các bước trong hướng dẫn trước khi giảng viên đánh giá kỹ năng đã thành thạo trong môi trường giả cách, sử dụng bảng kiểm.

Cuối cùng, sau khi giám sát thực hành tại nơi khám bệnh, giảng viên đánh giá kỹ năng thành thạo cho mỗi học viên, sử dụng bảng kiểm.

Bảng kiểm:
Thúc đẩy chuyển dạ

Bảng kiểm:
Thúc đẩy chuyển dạ

Hướng dẫn học thúc đẩy chuyển dạ (Dùng cho học viên)

Bước (Nhiều bước nên làm cùng 1 lúc)	Trường hợp				
Chuẩn bị					
1. Chuẩn bị dụng cụ.					
2. Giải thích quy trình cho sản phụ và giải đáp thắc mắc.					
3. Hỗ trợ tâm lý, động viên.					
4. Kiểm tra nhu cầu cần thúc đẩy chuyển dạ.					
5. Sử dụng dụng cụ cá nhân.					
Bấm màng ối					
1. Nghe nhịp tim thai.					
2. Rửa tay với xà phòng và nước sạch sau đó làm khô bằng khăn khô, sạch hay khí khô.					
3. Dùng chất tẩy trùng mạnh rửa cả 2 tay hay đeo găng tay vô trùng.					
4. Dùng nước khử trùng làm sạch âm hộ.					
5. Dùng 1 bàn tay để thăm dò cổ tử cung về vị trí, độ giãn nở, độ ỉn và độ cứng.					

Bước (Nhiều bước nên làm cùng 1 lúc)	Trường hợp				
6. Sử dụng tay kia đưa dao hay kẹp Kocher vào trong âm đạo.					
7. Đưa kẹp Kocher theo hướng các ngón tay của bàn tay thăm dò trong âm đạo dọc theo màng ối.					
8. Đặt 2 ngón tay của bàn tay thăm dò vào màng ối và từ từ rạch màng bằng kẹp hay dao trong giai đoạn có cơn co tử cung.					
9. Rút dao hay kẹp ra khỏi âm đạo.					
10. Để dịch ối chảy ra 1 cách từ từ xung quanh các ngón tay của bàn tay thăm dò.					
11. Chú ý đến màu sắc của dịch ối (ví dụ như trong hay dính máu hay hơi màu lục...).					
12. Rút bàn tay thăm dò ra khỏi âm đạo.					
Nhiệm vụ sau thủ thuật					
1. Phòng chống nhiễm khuẩn theo quy trình.					
2. Nghe tim thai.					
3. Đo lại cơn co.					
Truyền oxytocin					
- Tiếp tục theo dõi quá trình chuyển dạ theo biểu đồ chuyển dạ.					
- Bắt đầu truyền tĩnh mạch oxytocin với Dextrose hay huyết thanh mặn.					

Bước (Nhiều bước nên làm cùng 1 lúc)	Trường hợp				
<ul style="list-style-type: none"> - oxytocin nên được truyền thông qua đường tĩnh mạch riêng hoặc tiêm vào đường huyết thanh mận đang truyền. - Cho sản phụ đẻ lần đầu: Dịch truyền bao gồm: Dung dịch oxytocin 5 đơn vị trong 500 ml dung dịch Dextrose hay huyết thanh mận, với tốc độ truyền là 10 giọt/phút. - Pha oxytocin 5 đv trong 500 ml dd đẳng trương hay huyết thanh mận. - Giữ tốc độ truyền 10 giọt/ phút trong vòng 30 phút cho đến khi có 3 cơn co trong 10 phút, mỗi cơn kéo dài 40 giây. - Duy trì tốc độ này cho đến khi cuộc đẻ kết thúc. - Cho sản phụ đẻ nhiều lần: Có thể truyền dung dịch với nồng độ thấp hơn (2 đơn vị oxytocin trong 500 ml huyết thanh mận, chú ý cẩn thận đến sự tăng trương lực của cơ tử cung. 					
<ul style="list-style-type: none"> - Ngừng truyền dung dịch oxytocin nếu có cơn co bóp tử cung hơn 4 lần trong 10 phút hay kéo dài trên 60 giây: - Thay vào đó là truyền salbutamon trong 500 ml trong dung dịch Dextrose hay huyết thanh mận hay Ringger lactate 10 giọt/ phút. 	-	-	-	-	-

Kỹ năng thực hành: Giác hút chân không

Mục đích

Mục đích của hoạt động này là để học viên thực hành giác hút và đạt được sự thành thạo trong các kỹ năng đã yêu cầu.

Hướng dẫn

Hoạt động này phải được hướng dẫn trong môi trường giả cách, sử dụng các mô hình thích hợp.

Học viên nên xem lại hướng dẫn học giác hút trước khi bắt đầu thực hành.

Tài liệu

Phương tiện và dụng cụ đỡ đẻ:

- Mô hình chuyển dạ và mô hình nhau/dây/màng ối.
- Găng vô khuẩn.
- 1. Các dụng cụ bảo vệ cá nhân.
- Giác hút.

Hướng dẫn học giác hút chân không.

Giảng viên phải giải thích các bước tiến hành giác hút cho các học viên. Dưới sự hướng dẫn của giảng viên, các học viên nên làm việc theo cặp để thực hành các bước đồng thời theo dõi những người khác thực hiện, sử dụng bảng hướng dẫn học giác hút chân không.

Hướng dẫn học giác hút chân không.

Học viên có thể thực hiện các bước/việc trong hướng dẫn học Giác hút chân không trước khi giảng viên đánh giá kỹ năng đã thành thạo trong môi trường giả cách, sử dụng bảng kiểm giác hút chân không.

Bảng kiểm Giác hút chân không

Cuối cùng, sau khi giám sát thực hành tại nơi khám bệnh, giảng viên đánh giá kỹ năng thành thạo cho mỗi học viên, sử dụng Bảng kiểm Giác hút chân không.

Bảng kiểm Giác hút chân không

¹ Nếu không có bệnh nhân tại nơi khám để học viên thực hành thúc đẩy chuyển dạ, các kỹ năng phải được dạy, thực hành và đánh giá trong thao diễn hay thực hành trên mô hình

Hướng dẫn học đỡ đẻ sử dụng giác hút (Dùng cho học viên)

Hướng dẫn học đỡ đẻ sử dụng giác hút (Nhiều bước nên làm cùng một lúc)					
Bước	Trường hợp				
Chuẩn bị					
1. Chuẩn bị phương tiện cần thiết.					
2. Nói với sản phụ (và gia đình) những việc sắp làm, lắng nghe và trả lời các câu hỏi và các mối quan tâm của sản phụ.					
3. Liên tục hỗ trợ sản phụ về mặt tình cảm, làm an lòng sản phụ, nếu có thể.					
4. Đảm bảo chắc chắn có đủ điều kiện cho đỡ bằng giác hút: <ul style="list-style-type: none"> - Ngôi chỏm. - Thai đủ tháng. - Cổ tử cung mở hoàn toàn. - Đầu lọt tối thiểu ở vị trí 0 hoặc không cao hơn 2/5 nếu nắn ngoài phía trên xương mu. 					

5. Đảm bảo có người phụ.					
6. Đeo các trang bị bảo hộ cá nhân.					
Trước thủ thuật					
1. Rửa tay bằng bàn chải với dung dịch sát khuẩn hoặc rửa tay cẩn thận bằng xà phòng và nước, lau khô bằng khăn sạch hoặc để khô tự nhiên.					
2. Đeo găng vô khuẩn.					
3. Sát khuẩn âm hộ.					
4. Đặt thông bàng quang, nếu cần thiết.					
5. Kiểm tra các đầu nối của giác hút và thử giác hút khi tay đã đeo găng.					
Tiến hành đỡ đẻ bằng giác hút					
1. Xác định kiểu thế dựa vào đường khớp và các thóp.					
2. Xác định thóp sau.					
3. Đặt đầu giác với cỡ lớn nhất có thể vừa, sao cho tâm của đầu giác trùng với điểm uốn cong của đầu, 1 cm về phía trước so với thóp sau.					
4. Cắt tầng sinh môn nếu thấy cần giúp cho việc đặt đầu giác. (xem hướng dẫn học cắt khâu tầng sinh môn) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nếu không cần cắt tầng sinh môn, đợi cho tới khi đầu xuống làm giãn tầng sinh môn. 					
5. Kiểm tra xem đặt đã đúng chưa đảm bảo không kẹp vào phần mềm (cổ tử cung hoặc âm đạo): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nếu cần, tháo áp lực và đặt lại đầu giác. 					
6. Người phụ hỗ trợ tạo áp lực âm tới 0,2 kg/cm ² và kiểm tra việc đặt đầu giác.					
7. Tăng áp lực tới 0,8 kg/cm ² và kiểm tra đầu giác.					
8. Sau khi đã tạo được áp lực âm tối đa cần có, bắt đầu kéo theo chiều của trục khung chậu và vuông góc với mặt cắt đầu giác: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nếu đầu thai lệch về một phía hoặc cúi không tốt, nên kéo theo hướng có thể điều chỉnh được độ lệch hoặc chệch hướng của đầu (ví dụ, kéo chệch một phía, không nhất thiết phải theo đúng đường giữa). 					
9. Với mỗi cơn co, kéo theo chiều vuông góc với mặt phẳng đi qua miệng cốc: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dùng một ngón tay sờ lên đầu thai cạnh đầu giá để kiểm tra liệu có khả năng bị trượt không và đánh giá độ xuống của đầu. 					
10. Giữa các cơn co, đề nghị người phụ kiểm tra: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tim thai. ▪ Độ áp của đầu giác. 					
11. Nếu có tiến triển và không có dấu hiệu suy thai, tiếp tục kéo theo “hướng dẫn” tối đa 30 phút.					

12. Khi đầu đã ra, mở bỏ áp lực âm, tháo đầu giác và hoàn thành nốt cuộc đẻ.				
13. Tiến hành xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ để đỡ rau: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin. ▪ Kéo dây rau có điều khiển. ▪ Xoa bóp tử cung. 				
14. Sau khi đỡ trẻ ra, kiểm tra ống đẻ xem có rách không và khâu nếu cần.				
15. Khâu tầng sinh môn nếu có cắt (Xem hướng dẫn học cắt khâu tầng sinh môn).				
16. Tiến hành ngay các bước chăm sóc hậu sản và sơ sinh.				
Sau thủ thuật				
1. Trước khi tháo găng, loại bỏ tất cả các chất thải vào một thùng hoặc một túi nhựa không bị rò rỉ.				
2. Ngâm tất cả dụng cụ vào dung dịch Chlorine 0,5% trong 10 phút để làm sạch.				
3. Ngâm cả hai tay vào dung dịch Chlorine 0,5% . Tháo găng bằng cách lột từ trong ra ngoài. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nếu không sử dụng lại, vứt bỏ vào thùng hoặc một túi nhựa không bị rò rỉ. ▪ Nếu sử dụng lại, ngâm găng vào dung dịch Chlorine 0,5% để làm sạch. 				
4. Rửa tay bằng bàn chải với dung dịch sát khuẩn hoặc rửa tay cẩn thận bằng xà phòng và nước, lau khô bằng khăn sạch hoặc để khô tự nhiên.				
5. Ghi lại tiến trình thủ thuật và kết quả vào bệnh án sản phụ.				

Kỹ năng thực hành: đẻ Forceps

Mục đích	Hướng dẫn	Tài liệu
Mục đích của hoạt động này là để học viên thực hành đẻ Forceps và đạt được sự thành thạo trong các kỹ năng đã yêu cầu.	Hoạt động này phải được hướng dẫn trong môi trường giả cách, sử dụng các mô hình thích hợp. Học viên nên xem lại hướng dẫn học trước khi bắt đầu thực hành. Giảng viên phải giải thích các bước/việc	Phương tiện và dụng cụ đỡ đẻ đại diện: Đóng bệnh nhân. Găng vô khuẩn. Dụng cụ bảo vệ cá nhân. Forceps sản khoa. Hướng dẫn học: Đẻ bằng Forceps Hướng dẫn học: Đẻ bằng Forceps

tiến hành đẻ bằng kẹp Forceps cho các học viên. Dưới sự hướng dẫn của giảng viên, các học viên nên làm việc theo cặp để thực hành các bước/việc đồng thời theo dõi những người khác thực hiện, sử dụng hướng dẫn học.

Học viên có thể thực hiện các bước/việc trong hướng dẫn trước khi giảng viên đánh giá kỹ năng đã thành thạo trong môi trường giả cách, sử dụng bảng kiểm.

Bảng kiểm:
Đẻ bằng Forceps

Cuối cùng, sau khi giám sát thực hành tại nơi khám bệnh, giảng viên đánh giá kỹ năng thành thạo cho mỗi học viên, sử dụng bảng kiểm.¹

Bảng kiểm:
Đẻ bằng Forceps

Hướng dẫn học: Đẻ forceps
(Dùng cho **học viên**)

Hướng dẫn học: Đẻ forceps (Nên thực hiện nhiều bước cùng 1 lúc)					
Bước	Trường hợp				
Chuẩn bị					
1. Chuẩn bị phương tiện cần thiết.					
2. Nói với sản phụ (và gia đình) những việc sắp làm, lắng nghe và trả lời các câu hỏi và các mối quan tâm của sản phụ.					
3. Liên tục hỗ trợ sản phụ về mặt tình cảm, làm an lòng sản phụ, nếu có thể.					
4. Đeo bảo hộ cá nhân.					

¹ Nếu không có bệnh nhân tại nơi khám để học viên thực hành đẻ bằng kẹp Forceps các kỹ năng phải được dạy, thực hành và đánh giá trong môi trường mô phỏng.

**Hướng dẫn học: Đẻ forceps
(Nên thực hiện nhiều bước cùng 1 lúc)**

Bước	Trường hợp				
<p>5. Kiểm tra lại để đảm bảo rằng các điều kiện cần thiết cho cuộc đẻ bằng forceps đã sẵn sàng:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ngôi chằm hoặc ngôi mặt với cằm trước hoặc đầu - ra sau trong ngôi mông. - Cổ tử cung mở hoàn toàn. - Đầu ở vị trí +2 hoặc +3 hoặc 0/5 sờ thấy trên xương mu. - Ít nhất, đường sọ dọc cần nằm ở chính giữa và thẳng, đảm bảo thể gáy trước hoặc gáy sau. 					
Trước thủ thuật					
1. Rửa tay bàn xà phòng và nước sạch sau đó làm khô bằng khăn tay khô và sạch hay bằng khí khô.					
2. Tráng tay bằng dung dịch sát khuẩn mạnh hay đeo găng tay vô trùng.					
3. Sát khuẩn âm hộ.					
4. Đặt thông bàng quang.					
5. Lắp lại forcep trước khi tiến hành để đảm bảo kỹ thuật. Bôi trơn bề mặt của forcep.					
Tiến hành thủ thuật					
<p>1. Đưa 2 ngón tay của bàn tay phải theo mặt trái của 2. đỉnh đầu thai nhi.</p>					
<p>3. Di chuyển nhẹ nhàng bề mặt của forcep từ điểm 4. giữa của đầu và các ngón tay đến bề mặt bên kia đầu của trẻ.</p>					
<p>5. Thực hiện quá trình tương tự ở bề mặt bên kia, sử 6. dụng 2 ngón của bàn tay trái và bề mặt bên phải của forceps.</p>					
<p>7. Hạ thấp càn tay cầm của forceps và khoá lại:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nếu khớp cãnh thấy khó chúng tỏ rằng đã đặt vị trí sai. - Trong trường hợp này, nên di chuyển bề mặt của forceps và kiểm tra lại vị trí của đầu và chỉ lắp lại forceps khi đã chắc chắn về vị trí của nó. 					

Hướng dẫn học: Đẻ forceps (Nên thực hiện nhiều bước cùng 1 lúc)					
Bước	Trường hợp				
8. Sau khi tiến hành khoá forcep, một lần nữa kiểm tra lại vị trí, sự cân xứng của đường nối và thóp sau của bề mặt forceps. Sau đó kéo từ từ xuống phía dưới hướng ra sau. Động tác này kết hợp với các cơn co bóp tử cung của bà mẹ trong quá trình rặn. Khi kéo chú ý các dấu hiệu sau: - Đầu tụt xuống sau mỗi lần kéo. - Chỉ 2 hoặc 3 lần kéo nên cẩn thận.					
9. Giữa mỗi lần co bóp tử cung nên kiểm tra: - Nhịp tim thai. - Vị trí đặt của forceps.					
10. Khi đầu quá to, làm thủ thuật cắt TSM, âm đạo.					
11. Từ từ đỡ đầu ra khỏi âm đạo giữa các đợt co bóp tử cung.					
12. Rút forceps ra và hoàn thiện ca đỡ đẻ.					
13. Kiểm tra xem có rách CTC và khâu lại nếu cần.					
14. Hoàn thiện và khâu lại vết rạch âm đạo.					
15. Hỗ trợ chăm sóc mẹ và trẻ nếu cần thiết					
Những bước thực hiện cuối cùng					
1. Trước khi tháo găng, vứt bỏ các đồ rác bẩn vào thùng hay túi ny long.					
2. Ngâm toàn bộ các dụng cụ trong dung dịch chlorine 0.5% để khử khuẩn.					
3. Ngâm cả bàn tay cố găng tay vào trong dung dịch chlorine 0.5%. Sau đó tháo găng tay ra. - Nếu là găng tay dùng 1 lần thì cho găng vào thùng đựng hay cho vào túi ny lông. - Nếu là găng sử dụng lại thì ngâm trong dung dịch chlorine 0.5% trong 10 phút để khử khuẩn.					
4. Rửa tay bằng xà phòng và nước sạch sau đó lau khô bằng khăn sạch hay bằng khí khô.					

Tài liệu tham khảo

1. Xử trí các tai biến trong mang thai và sinh đẻ .
2. Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản .
3. Bài giảng sản phụ khoa. Bộ môn phụ sản trường đại học Y Hà Nội

BÀI 17

CHUYÊN DẠ VỚI TỬ CUNG CÓ SẸO MỔ CŨ

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này, học viên phải:

1. Kể tên được các loại sẹo mổ cũ ở tử cung.
2. Kể được các chỉ định mổ lấy thai chủ động.
3. Mô tả được cách theo dõi và xử trí thai phụ chuyển dạ có sẹo mổ cũ tử cung tại tuyến có khả năng phẫu thuật mổ lấy thai.

Phương tiện dạy học: Bảng, giấy khổ lớn, bút dạ, giấy trong, máy chiếu over head, projector

Kế hoạch bài giảng Thời gian 3 tiết

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp, phương tiện dạy/ học	Hoạt động học viên	Phản hồi nhanh
Giải thích sẹo mổ cũ ở tử cung	5	Thuyết trình và giải thích	Nghe giảng	Quan sát học viên
Mục tiêu 1: Kể tên được các loại sẹo mổ cũ ở tử cung				
Các loại sẹo mổ cũ ở tử cung: Sẹo mổ lấy thai cũ Các loại sẹo khác	20	Yêu cầu học viên kể tên các loại sẹo mổ cũ ở tử cung và mức độ nguy cơ vỡ tử cung của các loại sẹo khi có thai	Động não, trả lời câu hỏi	Giảng viên bổ sung thêm thông tin khi học viên trả lời xong
Mục tiêu 2: Kể được các chỉ định mổ lấy thai chủ động				
Các chỉ định mổ lấy thai chủ động Mổ hai lần, mổ thân, dưới 24 tháng, đa thai, sẹo vỡ tử cung...	20	Yêu cầu học viên kể tên các chỉ định mổ lấy thai chủ động, giải thích lý do tại sao phải mổ chủ động	Động não, trả lời câu hỏi	GV bổ sung thông tin cho câu trả lời của học viên
Mục tiêu 3: Mô tả được cách theo dõi và xử trí thai phụ chuyển dạ có sẹo mổ cũ tử cung tại tuyến có khả năng phẫu thuật mổ lấy thai				

Theo dõi chuyển dạ: Cách xử trí trong từng giai đoạn (3 giai đoạn) cuộc chuyển dạ	20	Thuyết trình, giải thích ngắn kết hợp hỏi đáp	Nghe giảng, trả lời câu hỏi của giảng viên	Quan sát học viên
Bài tập tình huống	60	Xử lý tình huống, chia học viên thành 3 nhóm, mỗi nhóm sẽ xử trí một tình huống, mỗi nhóm sẽ trình bày cách xử trí của nhóm mình	Động não, giải quyết tình huống	Đưa ra đáp án ngay sau mỗi nhóm trình bày
Tổng kết bài	10	Giảng viên tổng kết lại nội dung đã học. Hỏi học viên có câu hỏi nào không?	Nghe giảng	

Giới thiệu bài học

Khi đề cập đến tử cung có sẹo mổ cũ tức là muốn nói đến tử cung có một hoặc nhiều vết sẹo mổ cũ, có thể do mổ lấy thai hoặc không phải do mổ lấy thai, có thể ở đoạn dưới tử cung (eo tử cung) hoặc cũng có thể ở thân tử cung. Đối với một sản phụ có thai trên tử cung có sẹo mổ cũ thì phải được quản lý thai nghén tại các cơ sở có khả năng phẫu thuật (tuyến huyện trở lên), còn đến khi chuyển dạ thì phải được các bác sỹ chuyên khoa theo dõi tại cơ sở có khả năng phẫu thuật, sẹo mổ cũ ở tử cung khi chuyển dạ là một nguy cơ cao cho cả mẹ và thai nhi

Nội dung bài học

1. CÁC LOẠI SẸO MỔ Ở TỬ CUNG

1.1 Sẹo mổ lấy thai cũ

- *Sẹo mổ ngang đoạn dưới:* ngày nay các phẫu thuật mổ lấy thai thường là rạch ngang đoạn dưới tử cung. Ưu điểm đường mổ này là sẹo mổ liền tốt, ít có nguy cơ nứt sẹo mổ cũ hơn các loại sẹo mổ khác

- *Sẹo rạch dọc thân tử cung:* đường rạch này ngày nay rất ít sử dụng, chỉ áp dụng trong một số trường hợp đặc biệt, ví dụ sẹo mổ trong trường hợp ngôi vai, rau tiền đạo, tuy nhiên trong trường hợp chủ động rạch dọc thân tử cung thì phẫu thuật viên thường triệt sản hoặc cắt tử cung ngay trong mổ đẻ. Sẹo mổ dọc thân tử cung thường liền không tốt và dễ có nguy cơ bị nứt hoặc vỡ tử cung trong những tháng cuối của thời kỳ thai nghén

- *Sẹo mổ ngang đoạn dưới kèm theo rạch dọc thân tử cung (sẹo chữ T):*

đường mổ này thường thực hiện trong trường hợp lấy thai khó khăn như ngôi vai, rau tiền đạo..., đường mổ này tương tự như đường mổ rạch dọc thân tử cung

- *Sẹo mổ dọc đoạn dưới*: sẹo mổ này ít khi được thực hiện chủ yếu trong trường hợp đoạn dưới kéo dài và phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Loại sẹo này tiên lượng giống như sẹo rạch ngang đoạn dưới.

- Số lượng sẹo mổ ở tử cung: các sẹo mổ lấy thai từ hai lần trở lên đều có nguy cơ cho dù là sẹo mổ ngang đoạn dưới

1.2 Các loại sẹo mổ khác ở tử cung

- Sẹo bóc nhân xơ tử cung
- Sẹo mổ cắt góc tử cung trong chửa ngoài tử cung
- Sẹo mổ khâu thủng tử cung cũ do nạo hút thai, sẹo mổ khâu vết vỡ tử cung
- Sẹo phẫu thuật tạo hình tử cung (phẫu thuật Strassmann)
- Tất cả các loại sẹo này khi có thai cần phải mổ lấy thai chủ động

Trong trường hợp chuyển dạ ở tuyến xã mà có sẹo mổ cũ ở tử cung thì phải chuyển lên tuyến có khả năng phẫu thuật. Khi chuyển tuyến phải liên hệ trước tuyến trên, phải có nhân viên y tế đi kèm theo, trong trường hợp tử cung có cơn co thì phải tiêm thuốc giảm co trước khi chuyển tuyến. Thuốc thường dùng là: Spasfon 40 mg x 2 ống tiêm bắp.

2. MỔ LẤY THAI CHỦ ĐỘNG TRONG CÁC TRƯỜNG HỢP

- Tiền sử mổ lấy thai ở thân tử cung
- Tiền sử mổ ngang đoạn dưới tử cung rạch dọc lên thân tử cung (chỉ định mổ tương đối)
- Khung chậu bất thường
- Sẹo mổ cũ hai lần trở lên
- Tiền sử mổ khâu vỡ, thủng tử cung
- Tiền sử mổ bóc tách nhân xơ tử cung

3. THEO DÕI CHUYỂN DẠ CHO SẢN PHỤ CÓ SẸO MỔ CŨ Ở TỬ CUNG

Chỉ theo dõi đẻ đường dưới tại cơ sở có khả năng phẫu thuật với điều kiện có khả năng đẻ đường dưới:

- Sẹo mổ lấy thai cũ một lần, ngang đoạn dưới và trên 24 tháng.
- Một thai ngôi chỏm.
- Không bất tương xứng thai và khung chậu.
- Tình trạng sức khỏe mẹ cho phép có thể đẻ đường âm đạo.

Thử thách vết mổ

Lập một đường truyền tĩnh mạch để dùng thuốc trong trường hợp cần thiết

Giai đoạn 1 cuộc chuyển dạ:

Theo dõi các yếu tố chuyển dạ cho đến khi cổ tử cung mở 4cm thì tiến hành bấm ối thử thách vết mổ.

Sau khi bấm ối tiếp tục theo dõi tiếp các yếu tố chuyển dạ theo biểu đồ chuyển dạ:

- + Nếu cổ tử cung tiến triển tốt ngôi thai lọt, xuống trong tiểu khung

thì tiếp tục theo dõi cho đến khi cổ tử cung mở hết ngôi thai lọt.

+ Nếu cổ tử cung không tiến triển thêm hoặc tiến triển chậm, ngôi thai không xuống, đường biểu diễn mở cổ tử cung cắt đường báo động hoặc đường hành động thì phải mổ lấy thai.

+ Không được sử dụng các thuốc tăng co bóp tử cung khi thai đang còn trong tử cung.

Giai đoạn 2 cuộc chuyển dạ:

- Đầu thai lọt thấp thì tiến hành đẻ bằng forceps không được cho sản phụ rặn đẻ.

Giai đoạn 3 cuộc chuyển dạ:

- Sau khi đẻ forceps phải tiến hành kiểm soát tử cung để đánh giá sự toàn vẹn của vết mổ

- Kiểm tra cổ tử cung xem có bị tổn thương không

4. CÁC CHỈ ĐỊNH MỔ CẤP CỨU KHI CHUYỂN DẠ

- Sau khi bấm ối cổ tử cung không tiến triển thêm, ngôi thai không xuống

- Mổ đẻ cũ kèm theo ối vỡ sớm.

- Nghi ngờ vỡ hoặc nứt sẹo mổ cũ. Các dấu hiệu nghi ngờ nứt sẹo mổ cũ:

+ Ra máu âm đạo đặc biệt là ra máu đỏ tươi.

+ Biến động tim thai.

+ Sản phụ đau vết mổ, đặc biệt đau ngang đoạn dưới tử cung tương xứng vết mổ ngang đoạn dưới.

- Thai suy.

- Rau tiền đạo ra máu.

Bài tập tình huống 1: Chuyển dạ đẻ đủ tháng trên sản phụ có sẹo mổ cũ tại tuyến huyện, phải mổ lấy thai lại.

Tình huống: Chị A 30 tuổi có thai lần 2, lần đầu được mổ lấy thai trước đó 4 năm không rõ lý do vì sao, hiện tại có một con sống, thai lần này 38 tuần. Chị đến bệnh viện huyện vì đau bụng từng cơn. Chị khám thai 3 lần tại trạm y tế xã.

Đáp án

Đánh giá (Bệnh sử, khám thực thể, qui trình khám, làm các xét nghiệm)

1. Khi đánh giá ban đầu cho chị A bạn cần làm gì và tại sao?

- Chào hỏi sản phụ A, thái độ tôn trọng, lịch sự, không phân biệt đối xử
- Thông báo các bước cần thiết sản phụ cần phải làm, trả lời tất cả các câu hỏi của sản phụ.
- Đánh giá ngay xem sản phụ sắp sinh chưa (đau nhiều, liên tục, cảm giác mót rặn, khi khám thấy tầng sinh môn phồng căng...), nếu sản phụ có dấu hiệu sắp sinh cần chuẩn bị bộ đỡ đẻ ngay.

	<ul style="list-style-type: none"> - Nếu chưa sắp sinh thì cần khai thác bệnh sử bao gồm: Tiền sử sản khoa (PARA), lần đẻ trước có xảy ra tai biến nào không, lý do của lần mổ đẻ trước. - Nếu chưa sinh cần hỏi bệnh sử: nguyên nhân lần mổ trước, tai biến. Hỏi về lần mang thai này như thai máy, thời gian bắt đầu chuyển dạ, ra máu âm đạo, ra nước v.v. - Thông tin về những lần khám thai trước ở tuyến xã (nhiễm HIV, tình hình sức khỏe) - Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ. - Theo dõi thay đổi tình cảm, tâm lý trong chuyển dạ.
2. Khi khám cho chị A bạn phải khám những gì và tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Kiểm tra kết mạc, lòng bàn tay xem có thiếu máu không. - Đo chiều cao tử cung, đo cơn co tử cung, xem có vết sẹo mổ cũ không. - Xác định ngôi thai, độ lọt, nghe tim thai - Thăm khám trong đánh giá ra máu, tình trạng ối số lượng và màu sắc, ra khí hư, khung chậu. - Độ mở CTC, ngôi thai và phần ngôi.
3. Sau khi thăm khám xong cho chị A bạn phải làm một số xét nghiệm. Bạn cần làm những xét nghiệm gì và tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Kiểm tra Protein niệu. - Làm xét nghiệm máu (Hemoglobin, đường huyết, hematocrite, HIV...) cho chị A.
<p>Chẩn đoán (xác định các vấn đề)</p> <p>Sau khi đánh giá ban đầu và khám cho chị A bạn phát hiện thấy: Tuổi thai 38 tuần, chiều cao tử cung 31 cm, vòng bụng 90 cm, tương xứng với tuổi thai. Chị A không có dấu hiệu thiếu máu và các bệnh mãn tính nào khác. Vùng bụng dưới rốn có một vết sẹo mổ lấy thai cũ cách đây 4 năm, nhưng chị A không biết rõ lý do tại sao phải mổ lấy thai. Hiện tại mạch 90 lần/phút, huyết áp 120/90 mmHg, nhịp thở 20 lần phút, cơn co tử cung tần số 2-3, cổ tử cung xoá hết, mở 4 cm, ối phòng, ngôi chỏm độ lọt cao, kiểu thể chằm chậu trái trước. Thai ước khoảng 3100g.</p>	
4. Dựa vào kết quả thăm khám như trên bạn chẩn đoán là gì?	<ul style="list-style-type: none"> - Chuyển dạ đẻ lần 2 thai 38 tuần, trong pha tích cực giai đoạn 1. - Có sẹo mổ đẻ cũ nhưng không rõ lý do tại sao.
<p>Chăm sóc và theo dõi</p>	
5. Dựa vào kết quả chẩn đoán của bạn, kế hoạch chăm sóc và theo	<ul style="list-style-type: none"> - Có thể chỉ định theo dõi cho chị A đẻ đường dưới, tuy nhiên cần chuẩn

<p>đôi cho chị A như thế nào?</p>	<p>bị mổ khi cần thiết.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tạo ra một môi trường khuyến khích, tôn trọng bệnh nhân. - Giải thích cho chị A các quy trình, công việc sẽ làm. - Điền các kết quả thăm khám vào biểu đồ chuyển dạ. - Theo dõi: mạch, huyết áp, nhiệt độ (4h/lần), cơn co tử cung, tim thai (30p/lần) - Thăm âm đạo: mở cổ tử cung, xuống ngôi thai. - Lập đường truyền tĩnh mạch.
<p>Đánh giá tiếp theo</p> <p>Hai tiếng sau khi nhập viện, chị A có 2 đến 3 cơn co tử cung tốt trong 10 phút, mỗi cơn co kéo dài 40 giây; tuy nhiên, cổ tử cung chỉ mở 4cm, đầu thai nhi vẫn chưa lọt. Nhịp tim thai giảm xuống còn 110 nhịp/phút trong ba lần nghe tim thai cuối</p>	
<p>6. Dựa vào kết quả đánh giá tiếp theo như trên, thái độ xử trí tiếp theo của bạn là gì</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Có thể đầu không xuống do bất tương xứng thai và khung chậu <i>cần mổ lấy thai ngay.</i> - Cần giải thích các bước xử trí, tai biến có thể xảy ra trong quá trình phẫu thuật mổ lấy thai, hỏi xem chị A có hỏi gì không. - Sau khi mổ để cần theo dõi, chăm sóc cẩn thận về tim mạch và hô hấp (mạch, HA, nhịp thở, t⁰). - Theo dõi co tử cung, ra máu âm đạo. - Hỗ trợ về tâm lý, tình cảm. - Chăm sóc con chị A, cho bú sớm khi có thể cho con bú được, tiêm phòng cho trẻ vitamin K1 và vaccin phòng viêm gan B.

Bài tập tình huống 2: Mổ đẻ cũ chuyển dạ, xử trí tại tuyến xã và đẻ forceps tại tuyến huyện.

Tình huống: Sản phụ B 30 tuổi, có thai lần 2, tuổi thai 39 tuần, lần đầu được mổ đẻ tại bệnh viện huyện cách đây 5 năm vì lý do thai ngôi mông. Sản phụ đến trạm y tế xã khám vì đau bụng từng cơn, ra một ít nhầy hồng âm đạo.

Đáp án

1. Tại tuyến xã NHS tuyến xã | **Hỏi bệnh sử:**

<p>phải làm những gì?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tiền sử nội ngoại khoa. - Tiền sử sản khoa. - Ngày kinh cuối cùng. - Diễn biến quá trình mang thai, quản lý thai. <p>Thăm khám</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toàn thân: bình thường, không phù. - Mạch: 80 l/p, huyết áp: 110/70 mmHg. - Đo chiều cao tử cung và vòng bụng: 30 cm, 90 cm. - Tim thai 140 lần/phút. - Cơ co tử cung: tần số 2-3. - Độ xoá mở cổ tử cung. - Tình trạng đầu ối. - Ngôi thai và độ lọt. - Sản phụ có một vết mổ đẻ cũ vùng dưới rốn cách đây 5 năm, khi đó mổ tại bệnh viện huyện vì lý do ngôi môn, hiện tại con khoẻ mạnh.
<p>2. Sau khi thăm khám NHS phát hiện sản phụ có vết mổ đẻ cũ, NHS tuyến xã phải làm gì?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cho thuốc giảm co tử cung (papaverine, spasfon, spasmaverine, atropin) - Liên hệ để chuyển tuyến trên (tuyến huyện)
<p>3. Tại bệnh viện tuyến huyện, chẩn đoán có thể là gì sau khi thăm khám sản phụ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chuyển dạ đẻ lần 2, thai 39 tuần, sản phụ mổ đẻ cũ cách đây 5 năm.
<p>4. Thái độ xử trí tiếp theo là gì và kế hoạch theo dõi sản phụ này như thế nào?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Theo dõi chuyển dạ theo biểu đồ chuyển dạ (xem bài biểu đồ chuyển dạ). - Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn. - Loại trừ các trường hợp có chỉ định mổ lại ngay . <p>Đánh giá và theo dõi sản khoa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trọng lượng thai. - Cơ co tử cung. - Nghe tim thai. - Độ xoá mở cổ tử cung, tình trạng ối. - Sự xuống của ngôi thai.
<p>5. Sau 2 tiếng theo dõi bạn khám lại và thấy cuộc chuyển dạ diễn ra bình thường, cổ tử cung 5 cm, ối dẹt, đầu chúi kiểu thế chằm chậu trái trước, bạn</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Đánh giá xem sản phụ có thể đẻ được đường âm đạo không, nếu có thể đẻ được đường âm đạo thì tiến hành bấm ối thử thách vết mổ, sau khi bấm ối tiếp tục theo dõi các yếu tố chuyển dạ (cơ co tử cung, tim thai, độ lọt của

có can thiệp gì không?	ngôi thai, ra máu âm đạo, đau vết mổ ngang đoạn dưới)
6. Sau 4 tiếng cổ tử cung mở hết, đầu lọt thấp, kiểu thế chằm vệ, anh chị xử trí tiếp theo như thế nào?	<ul style="list-style-type: none"> - Tiến hành đặt forceps chằm vệ (xem bài forceps). - Sau khi rau bong phải kiểm soát tử cung để kiểm tra sự toàn vẹn của vết mổ để cũ. - Kiểm tra cổ tử cung, âm đạo. - Khâu phục hồi âm đạo và tầng sinh môn - Theo dõi sát sản phụ sau đẻ để phòng chảy máu sau đẻ (mạch, huyết áp, co tử cung, ra máu). - Hỗ trợ về tâm lý, tình cảm. - Chăm sóc con chị A, cho bú sớm khi có thể cho con bú được, tiêm phòng cho trẻ vitamin K1 và vaccin phòng viêm gan B.

Bài tập tình huống 3: Chuyển dạ đẻ đủ tháng trên sản phụ có sẹo mổ cũ, ngôi mông tại tuyến tỉnh phải mổ lấy thai lại.

Tình huống: Chị C 35 tuổi có thai lần 2, lần đầu được mổ lấy thai trước đó 7 năm vì lý do ngôi thai không lọt khi cổ tử cung mở hết, hiện tại có một con sống, sau đó có hút thai 2 lần, thai lần này 38 tuần. Chị đến bệnh viện tỉnh vì đau bụng từng cơn. Chị khám thai 3 lần tại bệnh viện nhưng lần cuối cùng cách đây 6 tuần.

Đáp án

Đánh giá (bệnh sử, khám thực thể, qui trình khám, làm các xét nghiệm)	
1. Khi đánh giá ban đầu cho chị C bạn cần làm gì và tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Chào hỏi sản phụ C, thái độ tôn trọng, lịch sự, không phân biệt đối xử. - Thông báo các bước cần thiết sản phụ cần phải làm, trả lời tất cả các câu hỏi của sản phụ. - Đánh giá ngay xem sản phụ sắp sinh chưa (đau nhiều, liên tục, cảm giác mót rặn, khi khám thấy tầng sinh môn phồng căng...), nếu sản phụ có dấu hiệu sắp sinh cần chuẩn bị bộ đỡ đẻ ngay. - Nếu chưa sắp sinh thì cần khai thác bệnh sử bao gồm: tiền sử sản khoa (PARA), lần đẻ trước có xảy ra tai biến nào không, lý do của lần mổ đẻ trước. - Nếu chưa sinh cần hỏi bệnh sử: nguyên nhân lần mổ trước, tai biến nếu có. Hỏi

	<p>về lần mang thai này như thai máy, thời gian bắt đầu chuyển dạ, ra máu âm đạo, ra nước không.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thông tin về những lần khám thai trước, đã làm xét nghiệm gì chưa. - Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ.
2. Khi khám cho chị C bạn phải khám những gì và tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Kiểm tra kết mạc, lòng bàn tay xem có thiếu máu không. - Đo chiều cao tử cung, đo cơn co tử cung, xem vết sẹo mổ cũ. - Xác định ngôi thai, độ lọt, nghe tim thai. - Thăm khám trong đánh giá ra máu, tình trạng màng ối còn hay mất, màu sắc và số lượng ối, khung chậu. - Độ mở CTC, kiểu thế ngôi thai.
3. Khi làm xét nghiệm cho chị C bạn cần làm những xét nghiệm gì và tại sao?	<p>Nếu sản phụ đã có xét nghiệm thì không cần làm thêm, nếu không cần làm thêm:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kiểm tra Protein niệu - Nếu dấu hiệu lâm sàng có thiếu máu cần làm các xét nghiệm số lượng hồng cầu, Ht, Hb, cho chị C. - Nếu rỉ ối phải thêm CRP, siêu âm xem ối còn nhiều hay ít.
<p>Sau khi đánh giá ban đầu và khám cho chị C bạn phát hiện thấy: Tuổi thai 38 tuần, chiều cao tử cung 31 cm, vòng bụng 92 cm, tương xứng tuổi thai. Có dấu hiệu thiếu máu nhẹ và không mắc các bệnh mãn tính nào. Vùng bụng dưới rốn có một vết sẹo mổ lấy thai cũ cách đây 7 năm do cổ tử cung mở hết đầu không lọt. Hiện tại mạch 90 lần/phút, huyết áp 130/90 mmHg, nhịp thở 24 lần phút, cơn co tử cung tần số 2, cổ tử cung xoá hết, mở 2 cm, ngôi mông cao, lưng thai bên trái. Thai ước khoảng 3200g</p>	
4. Dựa vào kết quả thăm khám như trên bạn chẩn đoán là gì?	<ul style="list-style-type: none"> - Chuyển dạ đẻ lần 2 thai 38 tuần, trong pha Ia, mổ đẻ cũ, ngôi mông.
Chăm sóc và theo dõi	
5. Dựa vào kết quả chẩn đoán của bạn, kế hoạch xử trí tiếp theo của bạn cho chị C như thế nào?	<ul style="list-style-type: none"> - Cần giải thích cho sản phụ lý do phải mổ lấy thai, hỏi xem sản phụ có hỏi gì không? - Giải thích nguy cơ có thể xảy ra trong và sau mổ. - Tư vấn có thể triệt sản cho sản phụ, nếu sản phụ đồng ý triệt sản phải cho ký vào giấy cam đoan phẫu thuật. - Sau khi mổ đẻ cần theo dõi, chăm sóc cẩn thận về tim mạch và hô hấp (mạch, HA, thở, t⁰). - Theo dõi cơn tử cung, ra máu âm đạo.

	<ul style="list-style-type: none"> - Hỗ trợ về tâm lý, tình cảm. - Chăm sóc con chị C, cho bú sớm khi có thể cho con bú được, tiêm phòng cho trẻ (vitamin K1 và vaccin phòng viêm gan B).
--	---

Tự lượng giá

Phân biệt Đ - S các câu từ 1 đến 20 bằng cách đánh dấu ✓ vào ô phù hợp

Điều kiện để theo dõi một cuộc chuyển dạ đẻ đường dưới ở sản phụ có vết mổ lấy thai lần đầu ở đoạn dưới tử cung đối tuyến có khả năng phẫu thuật là

1. Ngôi chỏm.
2. Ổi còn.
3. Không bất tương xứng thai và khung chậu.
4. Khung chậu giới hạn.
5. Khi CTC được 4 cm thì bấm ối thử thách vết mổ đối sẹo mổ ngang đoạn dưới.

Đ	S

Đối với sản phụ mổ đẻ cũ có chỉ định đẻ đường dưới khi ngôi lọt, đủ điều kiện lấy thai đường dưới có thể đẻ bằng

6. Forceps.
7. Giác hút.
8. Đỡ đẻ thường.
9. Đỡ đẻ thường kèm cắt tầng sinh môn.
10. Sau đẻ kiểm soát tử cung để phòng sót rau.

Đ	S

Các chỉ định mổ lấy thai cấp cứu ở sản phụ có tiền sử mổ lấy thai đoạn dưới tử cung lần đầu là

11. Bất tương xứng giữa thai và khung chậu.
12. Ngôi thai bất thường.
13. Ổi vỡ sớm, cơn co thưa.
14. Mổ đẻ lần đầu dưới 24 tháng, mổ thân tử cung.
15. Đau vết mổ hay sản phụ kêu la nhiều không hợp tác thầy thuốc.
16. Trong quá trình theo dõi có diễn biến bất thường.
17. Sản phụ xin mổ.

Đ	S

Chỉ định mổ chủ động khi thai đủ tháng, để đẻ phòng vỡ tử cung

18. Các sẹo mổ thân tử cung.
 19. Sẹo tạo hình tử cung.
 20. Sẹo mổ lấy thai 2 lần trở lên.

Đ	S

Đáp án

- 1: Đ; 2: Đ; 3: Đ; 4: S; 5: S
 6: Đ; 7: S; 8: S; 9: S; 10: S
 11: Đ; 12: Đ; 13: Đ; 14: Đ; 15: Đ
 16: Đ; 17: S; 18: Đ; 19: Đ; 20: Đ

Tài liệu tham khảo

1. BHYT. Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản
2. WHO. Xử trí biến chứng trong khi mang thai và sinh đẻ

BÀI 18

SA DÂY RỖN

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này học viên phải:

1. Chẩn đoán được sa dây rốn.
2. Xử trí được sa dây rốn.

Phương tiện dạy học : Bút, bảng, giấy trong, đèn chiếu, mô hình khung chậu và thai nhi.

Kế hoạch bài giảng: Thời gian 90 phút

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp, phương tiện dạy/học	Hoạt động của học viên	Phản hồi nhanh
Mục tiêu 1 : Chẩn đoán được sa dây rốn.				
Chẩn đoán Sa dây rốn	30	Thảo luận Bài giảng có minh họa	Thảo luận Nghe giảng	Quan sát học viên.
Mục tiêu 2: Xử trí được sa dây rốn				
Xử trí sa dây rốn	30	Bài giảng lý thuyết Thảo luận	Chia nhóm nghiên cứu trường hợp.	Quan sát học viên. Đánh giá, nhận xét quá trình thực hành.
Thực tập	30	Nghiên cứu trường hợp Thực hành lâm sàng trên khách hàng/bệnh nhân dưới sự hướng dẫn của giảng viên: Rà soát ca bệnh, thực hành các quy trình xử trí nếu có bệnh nhân và đưa ra các quyết định xử trí. Thao diễn trên mô hình cách xử trí xa dây rốn, và sử dụng bảng kiểm.	Quan sát và thực hành trên mô hình.	

Nội dung bài học

1. ĐẠI CƯƠNG

Tỉ lệ sa dây rốn trong lúc sinh thay đổi từ 2Ê đến 6Ê. Dây rốn khi đủ tháng dài từ 55 - 60cm, thường chiều dài thay đổi từ 35 - 80cm. Không có hiện tượng sa dây rốn nếu chiều dài dưới 35cm, nếu dài trên 80cm thì tỉ lệ sa dây rốn từ 4Ê đến 6Ê. Dây rốn bé trai thường dài hơn bé gái, dây rốn ở thai ngôi đầu dài hơn thai ngôi mông.

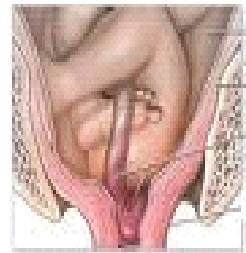
Thai to và bánh rau to không có liên quan gì đến chiều dài của dây rốn.
Sa dây rốn nếu thai còn sống là một cấp cứu sản khoa.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY SA DÂY RỐN

- ngôi vai
- rau tiền đạo
- ngôi mông
- đa thai
- đẻ non
- đa ối
- ối vỡ non
- đẻ nhiều
- Đầu cao chồm vẹo

3. YẾU TỐ LÂM SÀNG SẼ QUYẾT ĐỊNH CHẨN ĐOÁN SA DÂY RỐN CÒN TRONG BỌC ỐI HAY ỐI Đ· VỠ BẰNG CÁCH

- Thăm âm đạo thấy dây rốn nằm cạnh hoặc trước ngôi thai còn trong bọc ối.
- Nếu ối đã vỡ sờ thấy dây rốn sa trong âm đạo, có khi dây rốn ra ngoài âm đạo.
- Cổ tử cung thường chưa mở hết
- Ngôi thai còn cao, có thể là ngôi bất thường hoặc các trường hợp nằm ở các nguyên nhân kể trên.
- Điều đáng chú ý là: Khi thấy sản phụ có tim thai bất thường, đặc biệt tim thai chậm khi đã vỡ ối dù là vỡ ối tự nhiên hay bấm ối đều phải nghĩ tới sa dây rốn khi đó phải thăm khám ngay âm đạo để xác định, nếu có sa dây rốn phải xem dây rốn còn đập không bằng cách kẹp dây rốn giữa 2 cạnh của 2 ngón tay và nghe tim thai.
- Nơi nào có máy theo dõi cơn co tử cung và tim thai (monitoring) thì thấy rõ tim thai đập chậm (có DIP II) trên giấy ghi.
- Khi đã xác định chắc chắn là sa dây rốn và thai còn sống thì phải thực hiện các quy trình sau đây để xử trí.



Hình 23

4. XỬ TRÍ SA DÂY RỐN

- Đặt sản phụ nằm trong tư thế đầu gối — ngực.
- Đưa các ngón tay đã đi găng vô khuẩn vào âm đạo để đẩy phần ngôi thai trình diện hướng lên trên xa xương chậu với mục đích làm giảm áp lực trên dây rốn; từ lúc này tránh không sờ vào dây rốn vì sẽ kích thích làm co động mạch dây rốn ảnh hưởng xấu đến thai. Tuy nhiên động tác này có thể làm sa thêm dây rốn.
- Xác định nhịp tim thai bằng ống nghe thường. Nơi nào có siêu âm hoặc ống nghe Doppler thì việc xác định chính xác hơn. Có thể làm phòng bàng quang bằng cách đưa 1 ống Foley bơm bóng giữ và bơm nhanh 500ml

- huyết thanh vào trong bàng quang, rồi kẹp ống lại để tránh bị rỉ nước ra ngoài cũng nhằm mục đích đẩy thai lên cao tránh chèn ép vào dây rốn.
- Cho sản phụ nằm nghiêng sang bên dây rốn bị sa đã đẩy lên trên rồi chuẩn bị cho thai ra bằng phẫu thuật hay thủ thuật tùy theo điều kiện cho phép.
 - Nếu dây rốn thò ra ngoài âm đạo thì phủ dây rốn bằng miếng gạc lớn tẩm huyết thanh mặn đẳng trương, ấm.
 - Mổ lấy thai là phương pháp xử trí tốt hơn cả vì bảo đảm được mẹ và thai; trừ trường hợp ngôi chỏm đã lọt thấp (cổ tử cung mở hết) làm foocxep để lấy thai ra nhanh, nên tránh đặt cành vào dây rốn.
 - Trường hợp thai đã chết, dây rốn hết đập, không nghe được tim thai, thì không còn cấp cứu nữa, chỉ cần theo dõi tiến triển của cuộc đẻ, trừ trường hợp ngôi vai thì phải phẫu thuật **hoặc cắt thai khi đủ điều kiện**.

4.1. Xử trí sa dây rốn ở các tuyến

4.1.1. Sa dây rốn còn trong bọc ối

- Tuyến xã
 - + Tư vấn cho sản phụ không rặn
 - + Thuốc giảm cơn co tử cung như Spasfon, Spasmalgin ...
 - + Chuyển lên tuyến có khả năng mổ lấy thai
- Tuyến huyện
 - + Mổ lấy thai (nếu không có điều kiện, chuyển lên tuyến tỉnh)

4.1.2. Sa dây rốn khi đã vỡ ối

- Tuyến xã
 - + Xác định xem dây rốn còn đập không (kẹp dây rốn vào 2 cạnh ngón tay) nghe tim thai
 - + Nếu thai còn sống
 - o Cho sản phụ nằm tư thế đầu gối - ngực hoặc kê cho mông nằm cao hơn ngực.
 - o Cho thuốc giảm cơn co tử cung như trên.
 - o Tư vấn và hướng dẫn cho sản phụ không rặn
 - o Nếu dây rốn sa ra ngoài âm đạo thì bọc bằng gạc lớn tẩm huyết thanh mặn đẳng trương ấm và đóng khăn vệ sinh vô khuẩn.
 - o Nếu dây rốn sa trong âm đạo và còn đập thì dùng gạc to, ấm đặt vào âm đạo khi chuyển viện.
 - o Chuyển lên tuyến gần nhất có khả năng mổ lấy thai.
 - + Nếu thai đã chết: dây rốn hết đập, không nghe thấy tim thai, thì không còn cấp cứu và theo dõi tiến triển cuộc đẻ, trừ trường hợp ngôi vai thì phải chuyển tuyến.
- Tuyến huyện
 - + Xác định xem dây rốn còn đập không, và nghe tim thai. Nếu thai còn sống mà ngôi chỏm đã lọt thấp, cổ tử cung mở hết thì làm foocxep, chú ý không kẹp vào dây rốn khi đặt. Mổ lấy thai nếu không đủ điều kiện làm foocxep. Nếu thai đã chết thì theo dõi tiến triển cuộc đẻ.

5. KẾT LUẬN

Sa dây rốn chỉ coi là cấp cứu khi thai còn sống và lúc này phải bằng mọi cách làm giảm bớt sự chèn ép của ngôi thai và dây rốn và tiến hành cho thai ra

sớm. Còn khi thai đã chết thì sa dây rốn được xử trí như thường lệ và không phải là cấp cứu nữa.

Phân biệt Đ - S các câu từ 3 đến 12 bằng cách đánh dấu vào ô thích hợp:

Nội dung	Đ	S
1. Nếu sa dây rốn trong bọc ối nên mổ lấy thai ngay.		X
2. Sa dây rốn khi đã vỡ ối là một cấp cứu cho thai nhi.	x	
3. Sa dây rốn khi chuyển dạ là một cấp cứu cho sản phụ.	x	
4. Khi gặp trường hợp sa dây rốn, mà dây rốn còn đập nên cho Papaverin.	x	
5. Nên bọc dây rốn bị sa vào huyết thanh mặn ấm.	X	
6. Sa dây rốn khi cổ tử cung mở hết, ngôi đã lọt thì nên mổ lấy thai.		X
7. Sa dây rốn mà thai nhi chết cũng nên mổ lấy thai.		X
Sa dây rốn là một cấp cứu cho thai:	Đ	S
8. Khi chưa vỡ ối thăm âm đạo ta sờ thấy dây rốn.		x
9. Khi vỡ ối đột ngột dây rốn bị sa xuống trước ngôi.	x	
10. Khi chưa vỡ ối thăm âm đạo ta sờ thấy một chi và dây rốn.		X

Bài tập tình huống

Tình huống 1:
 Bà Lê Thị X. có thai đủ tháng, chuyển dạ bị vỡ ối đột ngột và dây rốn bị sa ra ngoài âm đạo khi cổ tử cung mới mở 5cm. Nữ hộ sinh xã được gọi tới phải làm gì?
 A. **Phải** xác định là thai còn sống hay đã chết.
 B. Nếu thai đã chết thì phải làm gì?
 C. Nếu thai còn sống thì phải làm gì?
 D. Cần làm gì để bảo vệ việc cung cấp máu mẹ sang cho thai nhi?
 E. Nên cho sản phụ thuốc gì để bớt cơn rặn?

Bảng kiểm: Xử trí sa dây rốn

(Dùng cho **học viên** khi thực hành và **giảng viên** vào cuối khoá học)

Tên học viên: Ngày giám sát:

Bảng kiểm: Xử trí sa dây rốn (Thực hiện nhiều bước cùng 1 lúc)				
Bước	Trường hợp			
Xử trí chung				
1. Nói với sản phụ những điều mà nhân viên y tế sẽ làm và khuyến khích họ đưa ra các câu hỏi.				
2. Tiếp tục hỗ trợ và đảm bảo về mặt tâm lý cho sản phụ.				

Bảng kiểm: Xử trí sa dây rốn (Thực hiện nhiều bước cùng 1 lúc)					
3. Cung cấp oxy từ 4-6 l/phút bằng mặt nạ oxy hay bằng ống dẫn.					
Kỹ năng/bước trên đạt mức hài lòng					
Xử trí cụ thể					
1. Đặt sản phụ trong tư thế gối ngực.					
2. Rửa tay cẩn thận và đeo găng tay phẫu thuật.					
3. Đưa bàn tay vào trong âm đạo và kéo phần trình diện lên trên.					
4. Đưa ống Foley vào và bơm 500ml dung dịch vào trong bàng quang.					
1. Cho bệnh nhân nằm nghiêng trái và theo dõi nhịp tim thai					
Kỹ năng/bước trên đạt mức hài lòng					
Các bước cuối cùng					
1. Tháo găng tay và cho vào hộp chứa hay túi ny lông nếu là găng tay dùng một lần, hay ngâm vào dung dịch Chlorine 0.5% để khử khuẩn nếu là găng tay sử dụng lại.					
2. Rửa tay một cách cẩn thận.					
Kỹ năng/bước trên đạt mức hài lòng					

Tài liệu tham khảo

1. BHYT. Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản
2. WHO. Xử trí biến chứng trong khi mang thai và sinh đẻ

BÀI 19

MỔ LẤY THAI

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này, học viên phải:

7. Kể được một số chỉ định mổ lấy thai phổ biến.
8. Trình bày được các thì mổ lấy thai.
9. Nói được cách xử trí một số tai biến có thể gặp trong lúc mổ lấy thai.
10. Thực hiện chăm sóc sau mổ cho bà mẹ và trẻ sơ sinh.

Phương tiện học tập: Bảng, giấy khổ lớn, bút dạ, giấy trong, máy chiếu over head, projector

Kế hoạch bài giảng: Thời gian 4 tiết

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp, phương tiện dạy/học	Hoạt động học viên	Phản hồi nhanh
Mở đầu	5	Thuyết trình Bảng Bút viết bảng	Nghe, ghi	Quan sát học viên
Mục tiêu 1: Kể được một số chỉ định mổ lấy thai phổ biến				
1.1 Bệnh lý của sản phụ (cấp tính, mạn tính, nội khoa, ngoại khoa, bệnh trong khi có thai). 1.2 Ngôi thai bất thường. 1.3 Bất tương xứng thai-khung chậu (khung chậu giới hạn, khung chậu hẹp, thai to). 1.4 Cơ co tử cung, đầu ối, độ mở cổ tử	40	Thuyết trình. Thực tập lâm sàng (phân tích chỉ định mổ lấy thai ở bệnh án). Bảng. Bút viết bảng.	Nghe, ghi	Quan sát học viên thực tập trên lâm sàng.

cung, độ lọt ngôi, tim thai. 1.5 Các tai biến trong chuyển dạ: ra máu, sa dây rốn, sa chi, dọa vỡ tử cung.				
Tư vấn lý do phải mổ lấy thai. 2.1 Giao tiếp với người bệnh và thân nhân người bệnh. 2.2 Giải thích lý do phải mổ lấy thai. 2.3 Tư vấn các tai biến có thể gặp. 2.4 Động viên, làm yên tâm người bệnh và gia đình. 2.5 Ký giấy cam đoan mổ.	15	Đóng vai (thầy thuốc, người bệnh, gia đình người bệnh)	Đóng vai	Quan sát đóng vai.
Mục tiêu 2: Trình bày được các thì mổ lấy thai				
Chuẩn bị - Người bệnh. - Dụng cụ. - Đón và hồi sức trẻ. - Kíp phẫu thuật. Phẫu thuật - Mở bụng. - Mở tử cung. - Lấy thai, rau, KSTC. - Khâu tử cung. - Đóng bụng.	60	Chia 4 nhóm thảo luận (chuẩn bị người bệnh, dụng cụ, đón và hồi sức trẻ, nhóm phẫu thuật). Xem video về phẫu thuật mổ lấy thai. Giấy trắng. Bút viết trên giấy. Băng hình. Vô tuyến.	Thảo luận nhóm. Xem băng hình.	Đánh giá qua thảo luận nhóm.

Mục tiêu 3: Nói được cách xử trí một số tai biến có thể gặp trong lúc mổ lấy thai				
Đờ tử cung. Rách vết mổ đoạn dưới tử cung. Tụ máu đoạn dưới, dây chằng rộng. Tổn thương bàng quang.	30	Chia 4 nhóm thảo luận, mỗi nhóm 1 vấn đề. Giấy trắng. Bút viết trên giấy.	Thảo luận nhóm .	Qua thảo luận nhóm và trình bày của các nhóm
Mục tiêu 4: Thực hiện chăm sóc sau mổ cho bà mẹ và trẻ sơ sinh				
Giảm đau sau mổ cho người bệnh. Cho con bú sữa mẹ. Vận động, ăn uống. Vệ sinh thân thể. Tắm cho trẻ, chăm sóc rốn.	30	Chia 5 nhóm thảo luận, mỗi nhóm 1 vấn đề. Giấy trắng. Bút viết trên giấy.	Thảo luận nhóm.	Quan sát qua thảo luận nhóm.

Giới thiệu bài học

Mổ lấy thai là một loại phẫu thuật phổ biến nhất trong chuyên ngành sản phụ khoa. Tỷ lệ mổ lấy thai có xu hướng tăng dần lên vì nhiều lý do khác nhau. Chỉ định mổ lấy thai khá phức tạp. Kỹ thuật mổ lấy thai cũng không ngừng được thay đổi để hoàn thiện. Thực hiện được mổ lấy thai là một yêu cầu hàng đầu cho mọi bác sĩ công tác trong chuyên ngành. Mọi bệnh viện từ tuyến huyện trở lên phải triển khai được phẫu thuật mổ lấy thai.

Nội dung bài học

1. ĐỊNH NGHĨA: Mổ lấy thai là thai và phần phụ của thai được lấy ra khỏi tử cung qua đường rạch đường rạch ở thành bụng và ở thành tử cung. Định nghĩa này không bao hàm mở bụng lấy thai trong trường hợp chữa trong ổ bụng và vỡ tử cung mà thai đã nằm trong ổ bụng.

Ở nhiều nước trên thế giới tỷ lệ mổ lấy thai tăng lên nhanh trong vòng 20 năm trở lại đây, đặc biệt là ở các nước phát triển (Notzan và cộng sự, 1987). Ở Hoa Kỳ, tỷ lệ mổ lấy thai là 4,5 % năm 1965 lên đến 23% năm 1985, như vậy chỉ trong 20 năm tỷ lệ mổ lấy thai đã tăng hơn 5 lần. Đến năm 1988 tỷ lệ mổ lấy thai trung bình của cả nước Hoa Kỳ là 25%, tức là cứ 4 người đến đẻ thì có 1

người phải kết thúc cuộc đẻ bằng mổ lấy thai. Ở Pháp, trong vòng 10 năm (1972-1981) tỷ mổ lấy thai tăng gần gấp đôi từ 6% lên đến 11%.

2. CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI

Chỉ định mổ lấy thai là một vấn đề vô cùng khó và phức tạp. Ngoài những chỉ định mổ lấy thai có tính chất tuyệt đối (ví dụ: ngôi vai ở người con so, rau tiền đạo trung tâm...), còn nhiều chỉ định mổ lấy thai mang tính chất tương đối (ví dụ: con so lớn tuổi, con quý hiếm...). Nhiều trường hợp mổ lấy thai vì một tập hợp các chỉ định tương đối, rất khó nhận biết lý do nổi trội trong tập hợp này. Xu hướng các thủ thuật đường dưới khó khăn, nguy hiểm ngày càng dành chỗ cho mổ lấy thai (cắt thai, nội xoay...).

Mổ lấy thai được chỉ định khi chuyển dạ không an toàn cho mẹ và thai, khi buộc phải lấy thai ra nhưng không gây được chuyển dạ, khi đẻ khó cơ giới hay vì đặc điểm của thai làm cho không thể đẻ đường dưới được và trong tình trạng cấp cứu buộc phải lấy thai ra nhanh mà đẻ đường dưới thì chưa đủ điều kiện. Vì tính chất phức tạp, cho nên có rất nhiều kiểu xếp loại các chỉ định mổ lấy thai. Mỗi kiểu phân loại có những ưu điểm và khuyết điểm của nó.

Theo thời điểm xuất hiện chỉ định mổ lấy thai, người ta có thể chia các chỉ định mổ lấy thai thành hai nhóm lớn:

- Chỉ định mổ lấy thai chủ động (còn gọi là mổ lấy thai dự phòng) khi có chỉ định từ trước khi có chuyển dạ. Trường hợp mổ lấy thai chủ động, cuộc mổ có thể được tiến hành khi chưa có chuyển dạ hay khi bắt đầu có chuyển dạ.

- Chỉ định mổ lấy thai trong quá trình chuyển dạ.

Các chỉ định mổ lấy thai sẽ được trình bày trong từng bài cụ thể. Chúng tôi xin trình bày một số thông tin về chỉ định mổ lấy thai của viện BVBMĐTSS.. Đây chỉ là chỉ định mổ lấy thai trong một bệnh viện, có thể khác rất xa với các cơ sở khác, đặc biệt vì chức năng là tuyến cuối cùng nhận tất cả các trường hợp đẻ khó của các cơ sở khác.

Các loại chỉ định phẫu thuật mổ lấy thai ở viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh (1997- Nguyễn Công Khanh)

Chỉ định	Tỷ lệ %
- Do đường sinh dục	41,9%
- Do bệnh lý của mẹ	7,1%
- Do thai	41,4%
- Do phân phụ thai	8,7%
- Lý do xã hội	0,9%

Nhóm nguyên nhân đường sinh dục gồm có: Tử cung có sẹo mổ cũ (56,1%), cổ tử cung không tiến triển (36,5%), cơn co tử cung cường tính (3,8%), nguyên nhân khác (3,6%). Đối với tử cung có sẹo mổ lấy thai cũ thì 91,9% phải mổ lại, chỉ có 8,1% đẻ đường dưới.

Nhóm nguyên nhân do thai: Thai to (32,7%), suy thai (27,2%), ngôi mông (24,7%), ngôi khác (6,7%), song thai (4,7%), mở hết không lọt (4,0%). Trong ngôi mông, 75% số trường phải mổ lấy thai, 25% đẻ đường dưới.

Nhóm nguyên nhân do phân phụ thai: Rau tiền đạo (61,0%), ối lẫn nhiều phân xu (22,8%), hết ối (11,4%), rau bong non (2,6%), sa dây rau (2,2%).

3. KỸ THUẬT MỔ NGANG ĐOẠN DƯỚI TỬ CUNG LẤY THAI

3.1. Tư thế người bệnh và kíp mổ

Thông thường nhất là tư thế nằm thẳng ngang trên bàn, hai chân khép lại với nhau. Đôi khi để người bệnh ở tư thế đặc biệt hơn, ví dụ nằm nghiêng trái trong trường hợp có suy thai cấp tính hy vọng cải thiện tuần hoàn rau thai tốt hơn. Trong trường hợp đầu đã lọt sâu trong tiểu khung, có tác giả đề nghị để dạng hai chân người bệnh trong lúc mổ, trợ thủ viên thứ 2 đứng giữa hai chân người bệnh, đưa tay vào trong âm đạo đẩy giúp đầu thai lên cao khi phẫu thuật viên tiến hành lấy đầu thai. Luôn luôn phải đặt ống thông bàng quang trong mọi trường hợp mổ lấy thai, giúp cho bàng quang xẹp xuống, tránh gây thương tổn cho bàng quang. Phẫu thuật viên đứng bên trái thai phụ, dụng cụ viên đứng cùng bên và ở phía trái phẫu thuật viên, hai trợ thủ đứng bên đối diện. Tuy nhiên còn có cách bố trí khác, tùy thuộc vào thói quen và trường phái của từng nơi.

3.2. Đường rạch thành bụng

- **Đường trắng giữa dưới rốn:** đi từ rốn đến bờ trên khớp vệ, thường đến gần rốn là đủ. Độ dài đường rạch vừa đủ để thai ra không khó khăn nhưng không quá dài. Khi vào đến phúc mạc, luôn chú ý để tránh gây thương tổn bàng quang, ruột, mạc nối. Đặc biệt là trường hợp đã có sẹo mổ cũ, có thể có dính bất thường, không lường trước được. Nhiều trường hợp khi có thai ở tháng cuối, bàng quang nằm cao hơn bình thường. Vì vậy nên mở phúc mạc ở đầu trên của đường rạch, phía rốn.

- **Đường rạch Hình - Minh:** kết hợp của kỹ thuật Pfannenstiel (vị trí của đường rạch da ở thành bụng) với kỹ thuật Joel Cohen (kỹ thuật mở bụng bằng phương pháp dùng tay tách xé).

Rạch da theo như kỹ thuật Pfannenstiel. Đường rạch là đường ngang hơi cong lõm hướng lên trên. Vị trí của đường rạch ở phía trên bờ trên khớp mu hai khoát ngón tay (2cm). Đường rạch dùng ngay khi vừa đi qua lớp hạ bì nghĩa là chỉ cắt đứt đúng lớp da. Tiếp theo rạch lớp mỡ dưới da đến tận cân chỉ thực hiện ngay ở đường giữa với chiều dài tối thiểu (thường dài từ 2 đến 3cm). Chú ý đường rạch theo hướng chéch lên trên để sao cho điểm mở cân nằm cao hơn điểm mở da. Dùng kéo cắt cân ngâm dưới lớp mỡ dưới da sang hai bên và cong lõm hướng lên trên. Dùng các ngón tay tách hai cơ thẳng to rộng ra hai bên bằng cách phẫu thuật viên và trợ thủ viên thứ nhất kéo đối xứng đồng thời sang hai bên. Dùng đầu ngón tay mở phúc mạc lá thành ở cao gần phía rốn và cũng xé rộng sang hai bên bằng tay của phẫu thuật viên và trợ thủ viên thứ nhất.

- Sau khi mở bụng, chèn hai gạc lớn vào hai rãnh thành đại tràng ở hai bên tử cung là thì quan trọng, hạn chế nước ối vào ổ bụng. Đặc biệt trong trường hợp vỡ ối lâu, có dấu hiệu nhiễm khuẩn ối, động tác này rất có giá trị, tránh nhiễm khuẩn lan vào ổ bụng. Lúc này nên dùng tay thăm dò nhanh để biết tư thế,

xác định mức độ quay của tử cung bởi vì ở nhiều trường hợp tử cung bị quay sang phải, tức là dây chằng tròn bên trái nhô ra trước và gân đường giữa hơn so với dây chằng tròn bên phải.

3.3. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung và mở tử cung

Chúng tôi trình bày kỹ thuật mổ ngang đoạn dưới tử cung lấy thai. Rạch ngang phúc mạc đoạn dưới bằng dao hay kéo cong, đường rạch cong hướng lên trên. Đường rạch phúc mạc nên nằm giữa đáy bàng quang và đường bám chặt vào thân tử cung. Bóc tách phúc mạc ra khỏi đoạn dưới tử cung, đẩy bàng quang xuống thấp để tránh gây thương tổn bàng quang khi rạch lớp cơ tử cung và khi lấy thai. Chú ý đẩy bàng quang xuống nhưng không quá 5cm. Thì bóc tách phúc mạc đoạn dưới có thể gặp khó khăn trong trường hợp mổ cũ, dính, bàng quang bị kéo lên cao. Chú ý nhận định chính xác phúc mạc đoạn dưới, vì có thể nhầm với đáy bàng quang và rạch vào bàng quang.

Mở tử cung ở đoạn dưới, trên vị trí bàng quang được bóc tách ra khoảng độ 2 cm hay ở giữa hai mép phúc mạc. Mở tử cung có thể nhiều cách tùy theo thói quen của từng phẫu thuật viên. Hầu hết dùng dao mở một lỗ nhỏ sau đó mở rộng sang hai bên có thể cắt bằng kéo cong hay dùng hai ngón tay xé. Độ rộng của vết mở tử cung sao cho đủ để đầu thai và thân thai đi qua mà không làm rách thêm đoạn dưới tử cung. Khi mở tử cung nguy cơ có thể rạch vào thai (đặc biệt là mặt thai trong ngôi đầu), gây thương tổn cho thai. Có thể tiến hành mở tử cung ngoài màng ối tức là chỉ rạch đúng lớp cơ tử cung để nguyên màng ối. Sau đó nhẹ nhàng chọc rách màng ối một lỗ nhỏ để hút sạch nước ối và mở rộng màng ối sang hai phía. Kỹ thuật này vừa hạn chế nước ối chảy vào ổ bụng vừa tránh được nguy cơ gây thương tổn cho thai. Chú ý không đợi nước ối chảy mà phải cho tay vào lấy thai ngay nếu không phải là ngôi đầu. Khó khăn của thì này là trường hợp đoạn dưới thành lập chưa tốt, hẹp và dày, đặc biệt là trong ngôi vai và một số trường hợp rau tiền đạo.

3.4. Lấy thai và lấy rau

Lấy thai là một thì cơ bản trong phẫu thuật mổ lấy thai. Lấy đầu thai trong trường hợp ngôi đầu. Với ngôi mông thì lấy mông hoặc chân tùy theo kiểu ngôi mông đủ hay ngôi mông thiếu. Khi thai ở tư thế chéch hay ngang (ngôi vai) thì lấy chân thai.

- Kỹ thuật lấy đầu: đưa tay trái vào qua vết mở tử cung, cố gắng ôm lấy đầu thai, đẩy đầu thai lên cao ngang vết mở tử cung, sau đó hướng cho đầu thai trượt ra phía trước. Trợ thủ viên thứ nhất ấn vào đáy tử cung trong khi bàn tay trái của phẫu thuật viên tạo như cái máng giúp cho đầu thai trượt ra ngoài qua vết mở tử cung và thành bụng. Lực ấn đáy tử cung qua thành bụng phải đủ lớn để đầu thai ra được. Lấy đầu thai gặp nhiều khó khăn trong trường hợp đầu đã xuống sâu trong tiểu khung hoặc trái lại đầu còn rất cao (một số trường hợp mổ chủ động khi chưa có chuyển dạ). Giải pháp lấy đầu đã xuống sâu trong tiểu khung theo một số tác giả là trợ thủ thứ hai đưa tay vào âm đạo sản phụ đẩy đầu thai lên cao, tay phẫu thuật viên đón tiếp đầu thai lấy ra ngoài. Chúng tôi thường yêu cầu nữ hộ sinh đón con đẩy đầu thai lên cao hơn giúp cho phẫu thuật viên lấy đầu thai dễ hơn. Không được lấy chân thai thay cho đầu thai trong trường

hợp này vì nguy cơ gây sang chấn cho thai. Đối với đầu thai cao lỏng, một số tác giả đề nghị dùng forceps lấy đầu thai (loại forceps bắt chéo). Có một số tác giả sử dụng giác kéo silicon tạo áp lực bằng tay. Đối với ngôi mặt, kiểu cầm trước phẫu thuật viên có thể đưa ngón tay vào mồm thai để lấy đầu thai.

- Các ngôi còn lại lấy mông (ngôi mông) hay lấy chân (ngôi vai, ngôi chéo). Kỹ thuật lấy chân thường gặp nhiều khó khăn trong trường hợp ngôi vai, ối đã vỡ, tử cung bóp chặt lấy thai. Điểm quan trọng nhất trong kỹ thuật lấy chân là phải xác định đúng chân thai khi đưa tay vào trong tử cung. Nếu tóm nhầm tay của thai việc lấy thai sẽ trở nên rất khó khăn, nguy cơ gây chấn thương cho thai là rất lớn, đặc biệt là thai non tháng.

- Ngay khi vai sổ (lấy đầu thai) hay đầu đã sổ người phụ gây mê tiến hành tiêm tĩnh mạch chậm cho sản phụ 10 đơn vị oxytocin nhằm giúp co tử cung và rau sổ nhanh hơn.

- Khi lấy thai ra nên để thai nằm xấp tạo điều kiện thoát dịch ở trong khoang miệng, đường hô hấp của thai dễ dàng. Phẫu thuật viên có thể dùng hai bàn tay ôm chung quang lồng ngực thai bóp nhẹ nhàng vài lần, giúp đẩy tổng dịch của đường hô hấp ra ngoài. Động tác này phần nào thay thế cho quá trình lồng ngực thai bị bóp lại khi đi qua đường dưới.

Sau khi lấy thai, người bệnh được tiêm chậm oxytocin qua tĩnh mạch. Đợi tử cung co bóp làm bong bánh rau, phẫu thuật viên lấy tay ấn đáy tử cung để rau sổ qua vết mổ. Chú ý kiểm tra chảy máu ở các mép tử cung nhất là ở hai góc trước khi tiến hành lấy rau. Nếu có chảy máu, dùng các kẹp cầm máu lại ngay. Dùng bàn tay trái đưa qua vết mổ vào buồng tử cung để tiến hành kiểm soát tử cung bảo đảm không sót rau hay sót màng. Nếu cổ tử cung đóng thì phải nong cổ tử cung, thường nong lọt ngón tay là đủ nhằm tránh bế sản dịch sau mổ. Trong trường hợp tử cung co không tốt có thể tiếp tục truyền oxytocin tĩnh mạch và sử dụng ergometrin tiêm bắp. Ở thì này và thì khâu tử cung một số tác giả khuyến cáo đưa tử cung ra ngoài thành bụng giúp cho thủ thuật dễ dàng hơn. Chúng tôi thường chỉ làm động tác này khi tử cung co không tốt vì nhận thấy rằng khi đưa tử cung ra ngoài thì tử cung co tốt hơn nhiều.

3.5. Khâu phục hồi tử cung

Khâu phục hồi tử cung cơ bản có hai kỹ thuật: khâu hai lớp và khâu một lớp. Ngày nay đa số các tác giả khâu một lớp, nên khâu mũi rời. Kỹ thuật khâu một lớp đặc biệt thích hợp trong trường hợp đoạn dưới của tử cung rất mỏng. Mũi khâu ở hai góc nên khâu kiểu chữ X. Mũi khâu phải lấy hết chiều dày của lớp cơ tử cung. Khi khâu phục hồi tử cung nên chừa lớp nội mạc tử cung để tránh lạc nội mạc tử cung ở vết mổ sau này (do nội mạc bị vùi vào trong bề dày của lớp cơ), đồng thời tăng độ bền của sẹo mổ ở tử cung. Khi khâu lớp cơ tử cung rất chú ý lấy đúng mép dưới của tử cung, vì mép dưới rất hay bị tụt xuống thấp, bị che dấu ở sau bàng quang.

Lau ổ bụng và kiểm tra hai phần phụ, kiểm tra tử cung. Nếu không làm động tác này có thể bỏ sót các thương tổn (u nang buồng trứng, u xơ tử cung...) rất khó chẩn đoán trong thời gian hậu phẫu, có thể gây biến chứng như: xoắn u nang, đờ tử cung... Tiến hành đình sản hai vòi trứng nếu có chỉ định.

3.6. Đóng bụng

Có thể khâu hay không khâu lớp phúc mạc. Nếu khâu lớp phúc mạc thì dùng chỉ tiêu, mũi khâu vắt. Khâu lớp cân bằng chỉ vicryl số 1, có thể khâu bằng mũi khâu rời hay khâu vắt. Khâu lớp da bằng kỹ thuật khâu mũi rời (chỉ lin, chỉ nylon, mũi khâu thường hay mũi Blair-Donati) hay bằng kỹ thuật khâu liền trong da với chỉ tự tiêu hay chỉ nylon. Dùng chỉ nylon thì phải rút sau 7 ngày. Với lớp mỡ dưới da, lớp cơ tùy theo từng trường hợp cụ thể và tùy theo từng phẫu thuật viên có thể khâu hay không.

4. SĂN SỐC SAU MỔ

4.1. Sử dụng kháng sinh

Dùng kháng sinh dự phòng trong các trường hợp nguy cơ nhiễm khuẩn thấp. Tiêm kháng sinh tĩnh mạch ngay sau khi cấp rốn, có thể tiêm nhắc lại một liều nữa sau 6 giờ. Có thể sử dụng kháng sinh thuộc nhóm beta-lactamin hay nhóm cephalosporin thế hệ I. Những trường hợp khác có nguy cơ nhiễm khuẩn dùng kháng sinh điều trị trong thời gian từ 5 đến 7 ngày.

4.2. Các săn sóc khác

- Cho bú không có chống chỉ định vì mổ lấy thai. Trái lại bên cạnh lợi ích dinh dưỡng cho con, cho bú còn giúp tử cung co hồi nhanh hơn. Có thể bắt đầu cho con bú ở ngày hôm sau mổ hoặc sớm hơn nếu người mẹ không quá mệt mỏi.

- Chế độ dinh dưỡng cho sản phụ: Ăn uống trở lại bình thường khi đã có trung tiện. Trong thời gian chưa trung tiện có thể cho ăn nhẹ (thức ăn lỏng) ít một, ăn thành nhiều bữa nhằm bảo đảm cung cấp năng lượng, tránh phải truyền tĩnh mạch nhiều ngày.

- Thông bàng quang không nên rút trước 6 giờ, nhưng cũng không nên để quá 24 giờ trong trường hợp không có biến chứng trong cuộc mổ. Thăm khám vết mổ hàng ngày. Có thể cắt chỉ vết mổ ở ngày thứ 4 hay ngày thứ 5 sau mổ. Nếu vết mổ có dấu hiệu nhiễm khuẩn nên cắt chỉ cách quãng sớm hơn nữa.

5. BIẾN CHỨNG CỦA MỔ LẤY THAI

Tỷ lệ tử vong mẹ vì mổ lấy thai dưới 1/1000. Petitti (1983) đã xem gần 400.000 trường hợp mổ lấy thai ở Hoa Kỳ từ 1965 đến 1978 và thấy rằng tỷ lệ tử vong mẹ là 1/1635. Sachs và cộng sự (1988) thấy rằng tỷ lệ tử vong mẹ vì mổ lấy thai chung là 22/100000, nhưng nếu chỉ tìm những trường hợp tử vong vì nguyên nhân mổ lấy thai thì tỷ lệ tử vong là 5,8/100000 trường hợp mổ lấy thai. Nguyên nhân tử vong chủ yếu có liên quan đến gây mê, nhiễm khuẩn nặng, băng huyết và tắc mạch, huyết khối. Người ta thấy rằng mổ lấy thai có nguy cơ gây tử vong mẹ cao gấp 2 đến 10 lần so với đẻ đường dưới. Người ta thấy rằng mổ lấy thai là nguyên nhân tử vong của 20% đến 45% số trường hợp tử vong mẹ. Tử vong có liên quan đến nguyên nhân gây mê chiếm đến 25% số trường hợp tử vong vì mổ lấy thai. Một số nguyên nhân gây tử vong mẹ trong mổ lấy thai có thể gặp: nhiễm khuẩn hậu sản, tắc mạch phổi, băng huyết, liên quan đến gây mê, tắc mạch ối, huyết khối mạch máu trong não, chảy máu não...

Một loạt biến chứng có liên quan đến phẫu thuật như gây thương tổn một số tạng khác trong ổ bụng (bàng quang, niệu quản, ruột...), sốt gạc... Mọi hình thức nhiễm khuẩn hậu sản đều có thể gặp trong mổ lấy thai từ viêm nội mạc tử cung đến viêm phúc mạc toàn thể. Chảy máu có thể xảy ra bất kỳ lúc nào. Trong mổ chảy máu vì rách thêm các mép của tử cung. Trong và vài giờ sau mổ là chảy máu do đờ tử cung, do rối loạn đông máu. Những ngày sau mổ có thể chảy máu vì nhiễm khuẩn vết khâu lớp cơ tử cung. Tai biến tắc mạch cũng có thể xảy ra, tắc mạch ở chi, tiểu khung, não và phổi. Yếu tố thuận lợi là nhiễm khuẩn và ít chịu vận động sớm sau khi mổ.

Tỷ lệ mắc bệnh cho trẻ được mổ lấy thai cũng cao hơn so với trẻ đẻ qua đường âm đạo. Một nghiên cứu so sánh trẻ được mổ lấy thai chủ động so với trẻ đẻ qua đường âm đạo thấy rằng ở nhóm trẻ được mổ lấy thai có tỷ lệ tử vong và tỷ lệ thương tổn thần kinh cao hơn 2 lần. Nếu đều ở trong điều kiện lý tưởng thì đẻ qua đường âm đạo có nhiều ưu điểm cho cả người mẹ và đứa con hơn so với mổ lấy thai.

Bài tập tình huống

Tình huống 1

Thai phụ A, 25 tuổi, có thai lần đầu. Sức khỏe của thai phụ từ bé đến lớn hoàn toàn bình thường. Ngày đầu tiên của lần kinh cuối: 15-2-2005. Thai phụ A được khám quản lý thai tại Trạm Y tế xã. Trong quá trình khám thai, không phát hiện gì bất thường cho cả thai phụ và thai. Thai đã được tiêm đủ 2 mũi phòng uốn ván, được uống viên sắt.

Ngày 20-11-2005, tự nhiên thai phụ cảm giác thấy khó chịu, đau lưng, thỉnh thoảng đau bụng, cửa mình có ra ít chất nhầy màu hồng. Thai phụ chuẩn bị đồ dùng cá nhân và tã lót cho em bé để đi đến trạm y tế xã sinh. Thai phụ đi tắm, trong lúc đang tắm thì thấy có nhiều nước chảy ra từ cửa mình như là đi tiểu. Sau khi tắm xong, thai phụ đi đến trạm y tế xã ngay.

Diễn biến

Chị nữ hộ sinh khám và thấy:

- Chiều cao 154cm, cân nặng 59kg (trước khi mang thai nặng 47kg), tình trạng sức khỏe tốt.
- Huyết áp: 120/80 mm Hg, mạch 85 lần/phút, nhịp thở 18 lần/phút, thân nhiệt 37 độ C, phù nhẹ cả hai chân, phù mềm, ấn lõm. Protein niệu (-).
- Chiều cao tử cung 31cm, vòng bụng 90cm, ngôi đầu, đầu cao, nhịp tim thai 140 lần/phút. Ước cân nặng của thai khoảng 3000g. Tử cung thỉnh thoảng có cơn co (10 phút có khoảng 3 cơn) làm cho thai phụ đau.
- Thăm âm đạo: cổ tử cung đang xóa, lọt ngón tay rộng, ngôi đầu, không sờ thấy màng ối, khi rút ngón tay ra thấy có ít nước ối trong chảy ra theo. Khám bên trong thấy khung chậu bình thường.

Chị nữ hộ sinh nghĩ là đã có chuyển dạ rồi nhưng sản phụ bị vỡ ối sớm. Chị giải thích cho sản phụ biết những gì đã thấy khi thăm khám và nói sản phụ nên đến bệnh viện huyện để đẻ vì ối vỡ sớm.

Câu hỏi 1: Yêu cầu chuyển bệnh viện huyện của chị nữ hộ sinh xã có đúng không?

- Đúng vì sản phụ đã bị ối vỡ sớm, buộc phải chuyển lên tuyến huyện, ở đó có thể truyền oxytocin cho đẻ chỉ huy.
- Không đúng vì ở trạm y tế xã cũng có thể dùng oxytocin để thúc đẻ được.

Tại bệnh viện huyện, nữ hộ sinh và bác sĩ đã tiếp nhận chị. Nữ hộ sinh và bác sĩ tiến hành thăm khám lại cho sản phụ. Họ đưa ra kết luận: thai 40 tuần, đã có dấu hiệu chuyển dạ, ối vỡ sớm. Hiện chưa có dấu hiệu bị nhiễm khuẩn. Thai ngôi chỏm, con ước nặng khoảng 3000g, không thấy có dấu hiệu bất tương xứng thai-khung chậu. Nhân viên y tế đã giải thích cho sản phụ những gì họ thăm khám thấy. Đồng thời họ cũng giải thích: ối vỡ sớm có thể làm cho cuộc đẻ khó hơn nhưng vẫn có thể đẻ đường dưới được.

Sản phụ đã được cho uống kháng sinh (Amocyclin 500mg x 2 viên) và được theo dõi tại phòng đẻ.

Sau 3 giờ theo dõi thấy cơn co tử cung không mạnh lên hơn, cổ tử cung không mở thêm, nhịp tim thai bình thường. Bác sĩ quyết định cho truyền oxytocin tĩnh mạch với tốc độ 8 giọt/phút.

Câu hỏi 2: Chỉ định truyền oxytocin của bác sĩ là đúng hay sai?

- Sai vì tử cung đã có cơn co tự nhiên, hiện chưa có dấu hiệu nhiễm khuẩn ối. Nên tiếp tục theo dõi thêm chuyển dạ.
- Đúng vì ối vỡ sớm, chuyển dạ kéo dài nên phải cho đẻ chỉ huy. Hơn nữa trường hợp này không có chống chỉ định truyền oxytocin.

Sau khi truyền oxytocin 5 giờ, cổ tử cung mở được 6cm. Sản phụ không sốt (37 độ C), không kêu la, vật vã nhiều mỗi khi có cơn co. Nghe nhịp tim thai thấy nhịp tim thai đập với tần số 100 đến 110 lần/phút khi tử cung không có cơn co. Nữ hộ sinh phát hiện nhịp tim thai bất thường, báo cho bác sĩ biết. Bác sĩ đã kiểm tra lại và cũng đồng ý là nhịp tim thai chậm. Bác sĩ thảo luận với nữ hộ sinh vì nghĩ đến thai bị suy cấp tính và chỉ định mổ lấy thai cấp cứu. Bác sĩ đã giải thích tình trạng này cho sản phụ biết. Đồng thời bác sĩ đã cho mời người nhà (có bà mẹ chồng và em chồng đi theo) sản phụ để giải thích hiện tượng thai suy cấp tính buộc phải mổ lấy thai cấp cứu để cứu em bé. Sản phụ và gia đình đồng ý với ý kiến của bác sĩ. Sản phụ đã được ký giấy cam đoan mổ.

Câu hỏi 3: Chẩn đoán thai suy cấp tính của bác sĩ đã chặt chẽ chưa?

- Chẩn đoán thai suy cấp tính chỉ dựa vào dấu hiệu nhịp tim thai ở bệnh viện tuyến huyện là chấp nhận được.

- Để chẩn đoán thai suy cấp tính cần phải có thêm dấu hiệu nước ối xanh, lẫn phân su.

Câu hỏi 4: Chỉ định mổ lấy thai cấp cứu của bác sĩ đã đúng hay chưa?

- Đúng vì một khi thai bị suy cấp tính thì phải nhanh chóng lấy thai ra khỏi tử cung.

- Cần phải kiểm tra lại cơn co tử cung có bị quá mạnh hay không so với độ mở cổ tử cung, cho sản phụ nằm nghiêng sang bên trái, thở oxy qua ống thông đặt vào mũi. Sau 15 phút như vậy nếu nhịp tim thai không cải thiện tốt hơn thì tiến hành mổ lấy thai.

Trong trường hợp này, bác sĩ nên kiểm tra lại tốc độ truyền oxytocin, đo lại cơn co tử cung, cho sản phụ nằm nghiêng trái và thở oxy và theo dõi sát nhịp tim thai. Sau 15 phút, nếu tim thai vẫn không cải thiện tốt hơn, nhịp tim thai dao động như vậy trong khoảng 100 đến 110 lần/phút. Lúc này bác sĩ chẩn đoán mổ lấy thai là đúng.

HƯỚNG DẪN HỌC PHẪU THUẬT MỔ LẤY THAI (Dùng cho học viên)

TT	Bước	Trường hợp
Chuẩn bị		
1.	Khám lại người bệnh, đánh giá toàn diện các dấu hiệu, triệu chứng phải theo dõi trong chuyên dạ.	
2.	Xác định chỉ định mổ lấy thai, ghi rõ ràng, cụ thể vào bệnh án.	
3.	Kiểm tra lại bệnh án, đánh giá các xét nghiệm cơ bản, cần thiết.	
4.	Tư vấn, giải thích lý do phải mổ lấy thai, tiến trình mổ lấy thai, động viên người bệnh và gia đình người bệnh.	
5.	Vệ sinh vùng mổ cho người bệnh (không bắt buộc phải cạo lông mu) và chuyển người bệnh đến phòng mổ.	
6.	Đặt đường truyền tĩnh mạch, thông bàng quang.	
7.	Nhóm gây mê chuẩn bị phương tiện phù hợp với phương pháp vô cảm.	
8.	Dụng cụ viên chuẩn bị dụng cụ, rửa tay, mặc áo mổ, đi găng và bày dụng cụ lên bàn.	
9.	Phẫu thuật viên kiểm tra lại dụng cụ (đầy đủ, đúng chủng loại), các phương tiện cần thiết cho cuộc mổ.	
10.	Nhóm phẫu thuật rửa tay, mặc áo mổ, đi găng.	
11.	Sát trùng vùng mổ, trải vải vô khuẩn che người bệnh và đứng vào đúng vị trí của từng người (phẫu thuật viên đứng bên trái người bệnh, dụng cụ viên đứng cạnh phẫu thuật viên về phía chân người bệnh, trợ thủ thứ nhất và thứ hai	

	đứng bên phải người bệnh).				
12.	Nhân viên đón trẻ sơ sinh chuẩn bị bàn hồi sức trẻ cùng với dụng cụ.				
13.	Nhân viên đón trẻ sơ sinh rửa tay, mặc áo, đi găng để chuẩn bị đón trẻ.				
Phẫu thuật mổ lấy thai					
<i>Mở bụng theo đường trắng giữa dưới rốn</i>					
1.	Rạch da và mô mỡ dưới da theo đường trắng giữa dưới rốn đến tận lớp cân				
2.	Mở lớp cân ở trên cao, sát với rốn, dài 2 đến 3cm				
3.	Dùng kẹp nâng lớp cân lên và cắt về hai phía bằng kéo				
4.	Tách hai cơ thẳng to bằng kéo hay bằng ngón tay				
5.	Dùng kẹp phẫu tích không răng nâng phúc mạc lên để mở vào ổ bụng				
6.	Dùng kéo mở rộng phúc mạc lên trên và xuống dưới. Khi đi xuống phía dưới phải thận trọng quan sát bàng quang.				
<i>Mở bụng theo đường ngang trên vệ (đường rạch Hình-Minh)</i>					
1.	Rạch da theo đường cong lõm quay lên trên, nằm ngang trên xương vệ độ 1 đến 2 khoát ngón tay.				
2.	Rạch mỡ tới lớp cân chỉ ngay ở đường giữa dài độ 2-3cm				
3.	Rạch lớp cân bằng dao, sau đó dùng kéo cắt cân ngầm dưới lớp mỡ sang 2 bên tương đương như đường rạch da (đường rạch và cắt cân thường nằm cao hơn đường rạch da).				
4.	Phẫu thuật viên và trợ thủ thứ nhất dùng tay đồng thời xé rộng vết mổ sang hai bên đủ để lấy thai.				
5.	Dùng ngón tay hay kéo mở phúc mạc ở trên cao, sát rốn. Dùng tay xé rộng phúc mạc.				
<i>Lấy thai</i>					
1.	Đặt van trên vệ.				
2.	Chèn gạc lớn vào rãnh thành đại tràng hai bên.				
3.	Dùng kẹp nâng phúc mạc đoạn dưới tử cung (phúc mạc có thể bóc tách được) và dùng kéo cong mở phúc mạc theo đường ngang cong lõm quay lên trên, đường rạch thường nằm giữa vùng phúc mạc bóc tách được.				
4.	Dùng ngón tay bóc tách phúc mạc và đẩy bàng quang xuống phía dưới.				
5.	Dùng dao rạch cơ tử cung theo đường tương tự đường rạch phúc mạc, thường thấp hơn đường rạch phúc mạc một chút, ở ngay đường giữa dài khoảng 3cm. Chú ý, thận trọng tránh rạch vào phần thai nằm liền sát cơ tử cung.				
6.	Sau đó dùng kéo hay ngón trỏ của hai bàn tay để cắt hay xé sang hai bên sao cho đủ rộng để lấy thai.				
7.	Lấy thai: - Ngôi đầu và ngôi không toàn kiểu mông: luôn bàn tay trái vào giữa đoạn dưới tử cung và ngôi thai, hướng xuống phía dưới, ôm ngôi thai trong lòng bàn tay, kéo thai lên phía trên				

	rồi làm máng hướng cho ngôi thai trượt qua vết mở tử cung ra ngoài trong khi trợ thủ viên thứ nhất đẩy đẩy tử cung.					
8.	Lấy thai: - Các ngôi còn lại: tìm chân thai (hai chân thì càng tốt), túm lấy và kéo từ từ ra khỏi vết mổ.					
9.	Trường hợp lấy thai khó. Dùng forceps lấy đầu quá cao. Trợ thủ viên đưa tay vào trong âm đạo đẩy đầu lên trong trường hợp đầu quá sâu. Ngôi vai, tử cung bóp chặt lấy thai thì rạch chữ T hay chữ J nếu cần.					
10.	Khi thai ra khỏi tử cung: để trẻ nằm xấp, đầu thấp, phẫu thuật viên dùng hai bàn tay ôm và ép nhẹ vào toàn bộ lồng ngực trẻ đồng thời hút, lau sạch khoang miệng trẻ.					
11.	Cắt rốn giữa hai kẹp, giao trẻ sơ sinh cho nữ hộ sinh đón trẻ.					
12.	Kỹ thuật viên gây mê tiêm chậm tĩnh mạch 10 đơn vị oxytocin giúp rau sổ nhanh, tử cung co tốt.					
13.	Kỹ thuật viên gây mê tiêm tĩnh mạch cho sản phụ một liều kháng sinh dự phòng (có thể dùng 1 đến 3 liều trong phạm vi 24 giờ).					
14.	Dùng kẹp trái tim cặp hai mép vết mở tử cung và kiểm tra chảy máu ngay, đặc biệt là hai góc xem có chảy máu không. Dùng kẹp cặp lại khi thấy có chảy máu.					
15.	Kéo nhẹ vào dây rốn cùng với ấn đáy tử cung qua thành bụng để lấy rau và màng rau (không nên cho tay vào trong buồng tử cung để lấy rau).					
16.	Dùng tay thực hiện động tác kiểm soát tử cung qua vết mở tử cung bảo đảm không để sót rau, sót màng.					
17.	Dùng ngón tay nong cổ tử cung qua vết mổ nếu cổ tử cung chưa mở, thay găng sau khi nong cổ tử cung.					
Khâu phục hồi cơ tử cung						
1.	Dùng chỉ tiêu (polyglycolic số 1, catgut số 0) khâu hai mép cơ tử cung lại với nhau. Mũi khâu toàn thể để cầm máu. Nếu có chảy máu ở hai mép thì khâu hai mép trước. Khâu cơ tử cung có thể bằng mũi khâu rời hay mũi khâu vắt.					
2.	Trong lúc khâu đóng tử cung luôn chú ý xem tử cung co có tốt không, trong buồng tử cung có bị chảy máu không.					
3.	Nếu tử cung co không tốt và chảy máu thì lấy tử cung ra khỏi ổ bụng, xoa bóp trực tiếp bằng tay và dùng thêm các thuốc tăng co tử cung (ergotamin tiêm bắp, cytotec ngâm miệng).					
4.	Lấy gạc chèn rãnh thành đại tràng, thấm dịch và máu nhẹ nhàng, không lau hay chùi mạnh. Kiểm tra hai buồng trứng và hai vòi tử cung.					
5.	Kiểm tra cẩn thận vết khâu cơ tử cung bảo đảm không bị chảy máu sau khi đã khâu xong. Lưu ý đánh giá chảy máu chi có giá trị khi tình trạng huyết áp của người bệnh bình					

	thường.						
Đóng bụng							
1.	Yêu cầu kiểm tra, đếm gạc nhằm bảo đảm không còn sót lại trong ổ bụng.						
2.	Khâu lớp cân thành bụng bằng chỉ tiêu chậm polyglycolic với mũi khâu rời hay vắt.						
3.	Kiểm tra cầm máu và khâu lớp mỡ dưới da nếu cần.						
4.	Khâu phục hồi lớp da.						
5.	Đè ép vết mổ thành bụng, ấn đáy tử cung, sát trùng lại và băng vết thương.						
6.	Lấy máu đọng trong âm đạo.						
Ngay sau mổ							
	Ghi chép lại cách thức phẫu thuật, ra y lệnh chăm sóc hậu phẫu.						
	Thực hiện theo dõi và chăm sóc người bệnh: Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, co tử cung, ra máu âm đạo và vết mổ.						
	Thông báo cho gia đình người bệnh biết diễn biến của cuộc mổ.						

Câu hỏi lượng giá

Phân biệt Đ/S các câu từ 1 đến 16 bằng cách đánh dấu v vào cột phù hợp

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
1	Có thể theo dõi cho đẻ đường âm đạo một sản phụ con so, thai ngôi mông, con ước khoảng 3200g.		
2	Theo dõi đủ điều kiện nội xoay thai cho con so, thai 40 tuần, ngôi ngang, con ước khoảng 2700g, màng ối còn, cổ tử cung 4cm.		
3	Chỉ định mổ lấy thai vì thai đủ tháng, rau tiền đạo trung tâm, ra máu âm đạo.		
4	Chỉ định mổ lấy thai vì 2 lần đẻ trước đều phải mổ lấy thai.		
5	Theo dõi đẻ đường âm đạo cho một sản phụ vì ngôi đầu, thai không to (con ước khoảng 2500g), khung chậu bình thường mặc dù có sẹo mổ lấy thai cách 18 tháng.		
6	Phải mổ lấy thai cho tất cả mọi sản phụ có bị bệnh tim.		
7	Chỉ định mổ lấy thai vì thai suy cấp tính, ngôi chỏm đầu đã lọt thấp và cổ tử cung mở hết.		
8	Khi có chỉ định mổ lấy thai, phải giải thích cho sản phụ, người nhà của sản phụ và yêu cầu sản phụ ký giấy cam đoan mổ.		
9	Chỉ có đường mở bụng theo đường trắng giữa rốn được		

	áp dụng cho phẫu thuật mổ lấy thai.		
10	Kỹ thuật mổ thân tử cung lấy thai là kỹ thuật phổ biến hiện nay.		
11	Khi khâu phục hồi cơ tử cung luôn luôn lấy tử cung ra khỏi ổ bụng.		
12	Khâu phục hồi đoạn dưới tử cung có thể bằng một lớp hay hai lớp.		
13	Lấy đầu thai được áp dụng cho tất cả mọi loại ngôi thai trong lúc mổ lấy thai.		
14	Không bắt buộc phải khâu phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung.		
15	Sau khi sổ rau, bắt buộc phải tiến hành kiểm soát tử cung bảo đảm không để sót rau.		
16	Sau khi lấy thai ra phải tiến hành tiêm oxytocin tĩnh mạch chậm.		

Đáp án:

Câu: 1 S, 2 S, 3 Đ, 4 Đ, 5 S, 6 S, 7 S, 8 Đ, 9 S, 10 S, 11 S, 12 Đ, 13 S, 14 Đ, 15 Đ, 16 Đ.

Tài liệu tham khảo

1. Phạm Thị Hoa Hồng - Những chỉ định mổ lấy thai; Bài giảng sản phụ khoa, bộ môn Sản, trường đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, 1999, 105-111.
2. Rick W. Martin, Winfred L. Wiser, and John C. Morrison - Cesarean Birth: Surgical Techniques; Clinical obstetrics, vol 2, chap 83, 1-25.
3. James R. Scott - Cesarean delivery; Danforth's Obstetrics and Gynecology; seventh edition, JB Lippincott Company, Philadelphia, 1994, chap 30; 563-576.
4. Cunningham, MacDonald, Gant, Leveno, Gilstrap: Cesarean section and cesarean hysterectomy. Williams Obstetrics, 19th edition, 1993, 591-614.
5. Césarienne et césarienne antérieure, N° 5-1996.
6. Querleu D.- Techniques chirurgicales en gynécologie, Masson, 1995
7. Lansac J., Body G., Magnin G.- La pratique chirurgicale en gynécologie-obstétrique, Masson 1998.
8. Reproductive health library, N° 10, 2007

CẮT VÒI TỬ CUNG TRONG THAI NGOÀI TỬ CUNG

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài này học viên phải:

1. Mô tả được các vị trí và các thể lâm sàng của thai ngoài tử cung.
2. **Chẩn đoán được thai ngoài tử cung vỡ.**
3. **Thực hiện được phẫu thuật cắt vòi tử cung.**

Phụ ơng tiện học tập: Bảng, giấy khổ lớn, bút viết, máy chiếu, giấy trong, video, projector.

Kế hoạch bài giảng: Thời gian 3 tiết

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp, phương tiện dạy/học	Hoạt động học viên	Phản hồi nhanh
Mục tiêu 1: Mô tả các vị trí và các thể lâm sàng của thai ngoài tử cung				
- Các vị trí của thai ngoài tử cung. - Các thể lâm sàng thường gặp của thai ngoài tử cung	15	Kể tên và nêu bệnh cảnh lâm sàng thường gặp (nêu theo thứ tự hay gặp trước, ít gặp sau). Tài liệu phát tay. Bảng lật A0 . Bút viết bảng, bút chỉ, bìa màu.	Động não trả lời câu hỏi.	Giảng viên bổ sung và phân tích các câu hỏi và trả lời của học viên.
Mục tiêu 2: Sử dụng các phương tiện đơn giản để chẩn đoán thai ngoài tử cung vỡ thể ngấp máu ổ bụng.				
Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của thai ngoài tử cung	25	Học viên nêu các triệu chứng toàn thân, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể và các dấu hiệu cận lâm sàng của thai ngoài tử cung. - Bảng lật A0 - Bút viết bảng	Động não trả lời câu hỏi	Giảng viên bổ sung và phân tích các câu hỏi và câu trả lời của học viên.

		- Bút chỉ - Bìa màu		
Mục tiêu 3 : Thực hiện phẫu thuật cắt vòi tử cung				
Nêu các bước chuẩn bị và kỹ thuật mổ cắt vòi tử cung. Kiểm tra trên mô hình hoặc hướng dẫn thực hành trên bệnh nhân.	80	Học viên kể tên đầy đủ và đúng thứ tự các bước chuẩn bị và kỹ thuật cắt vòi tử cung trong thai ngoài tử cung.	Động não trả lời câu hỏi.	Giảng viên dựa vào bảng kiểm lắng nghe, quan sát học viên thực hành. Góp ý và bổ sung.
Tổng kết, lượng giá	10	Giảng viên tổng kết lại nội dung bài học và trả lời câu hỏi nếu có.	Nghe tổng kết bài và đặt câu hỏi thêm nếu cần.	

Nội dung bài học

1. ĐỊNH NGHĨA

- Thai ngoài tử cung là trường hợp trứng làm tổ ngoài buồng tử cung như: ở vòi tử cung, buồng trứng, ống cổ tử cung hay trong ổ bụng. Khoảng trên 90% thai ngoài tử cung là ở vòi tử cung. Khi thai làm tổ ở vòi tử cung, phôi thai phát triển to lên, vòi tử cung sẽ nứt gây rỉ máu hay vỡ gây chảy máu trong ổ bụng.

- Bình thường sự thụ tinh ở 1/3 ngoài của vòi tử cung rồi di chuyển và làm tổ ở tử cung. Nếu vì bất kỳ lý do gì làm cản trở hay ảnh hưởng đến sự di chuyển của trứng vào buồng tử cung sẽ gây ra thai ngoài tử cung. Tỷ lệ thai ngoài tử cung chiếm khoảng 1,3% đến 5% các trường hợp thai nghén.

2. VỊ TRÍ VÀ CÁC THỂ LÂM SÀNG THAI NGOÀI TỬ CUNG:

2.1. Vị trí: Thai ngoài tử cung có thể phát triển ở các vị trí như sau:

- Chứa ở vòi tử cung: Là loại thường gặp nhất chiếm trên 95% các trường hợp. Thai làm tổ ở vòi tử cung có thể phát triển ở đoạn kẽ (2%), đoạn eo (10%), đoạn bóng (80%) và đoạn loa của vòi tử cung (5-8%).
- Chứa ở buồng trứng: Hiếm gặp, thường chiếm 1%.
- Chứa ở trong ổ bụng: Thường thì phát triển sau khi phát triển ở vòi tử cung và sảy vào trong ổ bụng.
- Chứa ở ống cổ tử cung: Cũng hiếm gặp, chiếm 0,5-1%.

2.2. Các thể lâm sàng thai ngoài tử cung phát triển ở vòi tử cung

- Thai ngoài tử cung chưa vỡ: Cần chẩn đoán phân biệt với dọa sảy thai; sảy thai; viêm phần phụ; viêm ruột thừa; khối u buồng trứng; cơn đau do sỏi niệu quản. Soi ổ bụng là phương pháp tốt nhất để chẩn đoán và điều trị thai ngoài tử cung chưa vỡ.

- Thai ngoài tử cung vỡ thể ngập máu ổ bụng.
- Thai ngoài tử cung thể dọa sảy: Bệnh cảnh lâm sàng dễ nhầm với sảy thai vì có chậm kinh, đau bụng, ra máu và có khi sảy ra tổ chức ngoài sản mạc mà nhiều khi nhầm là tổ chức rau thai.
- Thai ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang: Khối máu tụ khu trú ở trong tiểu khung, được các tạng xung quanh bao bọc lại.

3. CHẨN ĐOÁN THAI NGOÀI TỬ CUNG VỠ THỂ NGẬP MÁU Ổ BỤNG

Là tai biến của thai ngoài tử cung, diễn ra đột ngột, rầm rộ, triệu chứng chảy máu trong rõ.

3.1. Toàn thân: tùy thuộc vào mức độ chảy máu trong ổ bụng mà bệnh nhân có biểu hiện sốc điển hình hay không. Trong trường hợp choáng nặng thường biểu hiện: da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, chân tay lạnh, thở nhanh nông, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt; có thể ngất xỉu.

3.2. Triệu chứng cơ năng

- Có chậm kinh hoặc tắt kinh.
- Ra huyết đen.
- Đau vùng hạ vị đột ngột, dữ dội, làm bệnh nhân choáng hoặc ngất đi.

3.3. Triệu chứng thực thể

- Bụng chướng, có phản ứng khắp bụng, có cảm ứng phúc mạc rõ. Gõ đục vùng thấp.

- Thăm âm đạo: Có thể có huyết đen ra theo tay. Túi cùng sau căng phồng, ấn vào bệnh nhân đau chói. Di động tử cung rất đau, có cảm giác tử cung bồng bênh trong nước.

- Siêu âm: Không thấy túi ối trong buồng tử cung, có thể thấy hình ảnh một khối âm vang không đồng nhất nằm ngoài tử cung, có thể thấy tim thai. Túi cùng Douglas và ổ bụng có dịch tự do.

4. KỸ THUẬT CẮT VỎI TỬ CUNG CẤP CỨU (MỔ MỎ)

4.1. Chuẩn bị

4.1.1. Phương tiện, dụng cụ

- Thuốc tiền mê, gây mê, ống NKQ.
- Các loại dịch truyền thay thế máu và thuốc hồi sức.
- Dụng cụ truyền máu hoàn hồi và máu cùng nhóm.

4.1.2. Người bệnh

- Được tư vấn về lý do phải mổ và nguy cơ có thể xảy ra, ký cam đoan mổ. Nếu bệnh nhân choáng nặng có người nhà ký thay.

- Vệ sinh, sát khuẩn vùng mổ, đặt sonde bàng quang-niệu đạo
- Tiền mê, hồi sức tích cực nếu choáng nặng.
- Gây mê NKQ.

4.1.3 Kíp phẫu thuật

- Bác sỹ **chuyên khoa sản hoặc** ngoại.
- Bác sỹ gây mê hồi sức và kíp phục vụ phẫu thuật.
- Rửa tay, đội mũ đi găng vô khuẩn.

4.2. Phẫu thuật cắt vòi tử cung

- Thì 1: Mở bụng.
- Thì 2: Thăm dò ổ bụng, tìm khối chứa.
- Thì 3: Cắt vòi tử cung(có khối chứa).
- Thì 4: Kiểm tra tử cung, hai phần phụ, ổ bụng, lau sạch ổ bụng, không cần đặt dẫn lưu.
- Thì 5: Đóng bụng.

4.3. Chăm sóc hậu phẫu

(**Xin xem** bảng kiểm hướng dẫn phẫu thuật cắt vòi tử cung)

4.4. Biến chứng sau mổ và cách xử trí

4.4.1 Chảy máu sau phẫu thuật

Trong 6 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở (chỉ số sinh tồn) tại phòng hồi sức. Nếu xuất hiện dấu hiệu bất thường như: mạch nhanh, huyết áp tụt, gõ đục vùng thấp, siêu âm ổ bụng có nhiều dịch phải nghĩ tới chảy máu trong. Cần hội chẩn để phẫu thuật ngay.

4.4.2 Nhiễm khuẩn

Dùng kháng sinh liều dự phòng hay điều trị tùy tình trạng bệnh nhân và có truyền máu hoàn hồi hay không.

Bài tập tình huống

Bệnh nhân N, 25 tuổi, có thai lần 2, tiền sử nạo thai 1 lần cách đây 6 tháng, nhập viện vì đau vùng hạ vị nhiều và rong huyết. Bệnh nhân không chậm kinh, thử que nước tiểu chẩn đoán thai sớm có 2 vạch. Đau bụng và ra máu 3 ngày nay. Tới BV khám vì đau choáng vã mồ hôi người mệt xỉu.

Đánh giá

Bệnh nhân N và người nhà hoặc chồng phải được tiếp đón niềm nở và hỏi bệnh **cẩn thận(tiền sử,bệnh sử)**.

Họ phải được thông báo chẩn đoán sơ bộ và được thông báo sẽ làm gì tiếp theo. Những thắc mắc của họ phải được giải thích rõ ràng mặc dù đây là tình huống cấp cứu.

<p>1. Xử trí nhanh ban đầu của bạn là gì đối với bệnh nhân này và tại sao?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở để xem có sốc không? - Hỏi kỹ lại ngày kinh cuối và thông đài thử nước tiểu để biết chắc có thai hay không? - Tính chất ra huyết âm đạo?(số lượng, màu sắc, loãng hay lẫn máu cục...) Máu cục có hay không? (Bỏ)
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Tính chất cơn đau hạ vị? - Kiểm tra tình trạng tri giác, thiếu máu và có sốc giảm thể tích tuần hoàn? - Xét nghiệm máu, đặc biệt nhóm máu và phản ứng chéo.
2. Những dấu hiệu thăm khám nào giúp bạn chẩn đoán thai ngoài tử cung vỡ và tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Toàn trạng có tình trạng sốc mất máu. - Có phản ứng, cảm ứng khắp bụng. - Di động tử cung và cùng đồ sau rất đau.
3. Bạn cần xét nghiệm gì để đánh giá và tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - XN tổng phân tích máu. - Siêu âm ổ bụng có nhiều dịch (nếu có thể).
<p>Chẩn đoán</p> <p>Sau khi đánh giá sơ bộ, bạn có các dữ kiện chính sau: Bệnh nhân khai không chậm kinh. Đau bụng 3 ngày nay. Sáng nay, cơn đau đột ngột tăng lên làm bệnh nhân ngất xỉu trong vài phút. Tình trạng hiện tại: Da xanh, mạch 110l/1', HA 90/50mmHg, nhịp thở 25l/1 phút. Khám thấy dấu hiệu phản ứng thành bụng, cùng đồ sau rất đau. Siêu âm không có thai trong tử cung, cạnh tử cung có khối âm vang không đồng nhất, ổ bụng có nhiều dịch tự do.</p>	
4. Dựa vào những dữ kiện trên, bạn có chẩn đoán gì và tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Thai ngoài tử cung vỡ.
<p>Hướng điều trị</p>	
5. Dựa vào chẩn đoán của mình, bạn có kế hoạch điều trị gì và tại sao?	<ul style="list-style-type: none"> - Nếu còn nghi ngờ thì chọc dò cùng đồ để chẩn đoán xác định. Tốt nhất nên mổ ngay vì nếu chọc không có máu vẫn phải mổ. Bệnh nhân cần được chăm sóc tích cực với dịch truyền và truyền máu nếu có sốc giảm thể tích tuần hoàn. - Cần chuẩn bị phương tiện để truyền máu hoàn hồi (trừ có chống chỉ định), cố gắng tận dụng máu truyền lại trước khi lấy máu truyền bổ sung.
<p>Tiền lượng</p> <p>Sau khi phẫu thuật, bệnh nhân phục hồi rất nhanh. Có thể cho ăn bằng đường miệng trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật, sau đó ăn thức ăn lỏng vào ngày thứ 2. Sự phục hồi hầu như hoàn toàn vào ngày thứ 3.</p> <p>Bệnh nhân có thể về nhà vào ngày thứ 4 sau khi được tư vấn về khả năng sinh sản, tỉ lệ tái phát thai ngoài tử cung và nếu muốn có thể áp dụng các biện</p>	

pháp KHHGD.

Hướng dẫn học Phẫu thuật thai ngoài tử cung
(Dùng cho **học viên**)

Hướng dẫn học phẫu thuật thai ngoài tử cung (Nhiều bước nên làm cùng một lúc)					
Bước	Trường hợp				
Chuẩn bị					
1. Chuẩn bị phương tiện cần thiết.					
2. Nói với bệnh nhân (và gia đình) những việc sắp làm, lắng nghe, trả lời các câu hỏi và các mối quan tâm của sản phụ, thống nhất được với gia đình và sản phụ.					
3. Khám sản phụ, đánh giá tình trạng và kiểm tra sổ y bạ để có đầy đủ thông tin.					
4. Truyền dịch (muối sinh lý 9% hoặc Ringer's lactate) và kiểm tra Hemoglobin và sự sẵn có của máu đã được thử chéo.					
5. Đặt thông bàng quang.					
6. Chuẩn bị cho gây mê.					
7. Đề nghị bác sĩ gây mê cho một liều kháng sinh dự phòng: - Ampicillin 2 g, tiêm tĩnh mạch, cộng với Metronidazole 500mg tiêm tĩnh mạch hoặc - Cefazolin 1g tiêm tĩnh mạch, cộng với Metronidazole 500 mg tiêm tĩnh mạch. (Không cần thiết phải ghi cụ thể như thế)					
8. Đeo các trang bị bảo hộ cá nhân.					
Trước phẫu thuật					
1. Mặc quần áo mổ, đi bốt, đội mũ, đeo mặt nạ, đeo kính bảo hộ và tạp dề ni-lông.					
2. Rửa tay kiểu phẫu thuật trong vòng 3-5 phút và lau khô từng tay bằng khăn riêng vô khuẩn.					
3. Mặc áo choàng mổ và đeo găng vô khuẩn.					
4. Đảm bảo đã có đủ dụng cụ và vật dụng cần thiết, xếp trong một khay hoặc hộp vô khuẩn. Đếm dụng cụ và gạc, đề nghị một người hỗ trợ viết lên bảng					
5. Đảm bảo người phụ cũng đã rửa tay và mặc áo mổ.					
Chuẩn bị sản phụ					
1. Đặt sản phụ nằm ngửa trên bàn mổ.					
2. Đảm bảo sản phụ đã được gây mê hoàn toàn.					
3. Sát khuẩn thành bụng.					
4. Phủ săng mổ lên bụng sản phụ để lộ vùng phẫu thuật, sau đó phủ săng khác lên sản phụ.					
Mở ổ bụng					

1. Đề nghị người phụ đưa dụng cụ đứng cạnh khay dụng cụ phía chân sản phụ.					
2. Đứng bên phải sản phụ và đề nghị người phụ mở đứng bên trái sản phụ.					
3. Rạch theo đường trắng giữa dưới rốn tới lông mu, qua da và tới cân.					
4. Kẹp cầm máu các điểm chảy máu bằng kẹp động mạch, buộc bằng chỉ Catgut số 0 hoặc đốt điện.					
5. Mở lớp cân dài 2-3 cm.					
6. Cặp hai mép cân và đưa mũi kéo đang khép lại dưới lớp cân, phía trên lớp cơ thẳng to.					
7. Mở mũi kéo tạo ra một đường hầm dưới lớp cơ.					
8. Đóng mũi kéo lại và rút lại. Dùng kéo cắt lớp cân tới tận cùng của đường hầm.					
9. Làm lại các bước từ 7-9 cho tới khi lớp cân được mở tới tận cùng của vết rạch da.					
10. Ấn ngón trỏ của cả hai tay, lưng ngón quay vào nhau, vào giữa cơ thẳng to và tách cơ. ở đầu phía dưới, tách hai cơ thắp bằng cách dùng kéo cắt phần gân giữa chúng. Phức mạc ổ bụng sẽ lộ ra.					
11. Dùng ngón tay mở một lỗ tại phức mạc gần rốn.					
12. Dùng cặp nhắc phức mạc lên.					
13. Dùng kéo mở rộng vết mở phức mạc theo chiều lên và xuống, phải quan sát trực tiếp bằng mắt, chú ý tránh làm tổn thương bàng quang và các cơ quan khác. Tháo kẹp.					
14. Đặt van trên vết.					
15. Đặt van ổ bụng tự giữ.					
Phẫu thuật vòi tử cung					
1. Xác định, bộc lộ vòi tử cung và buồng trứng bên có khối chứa.					
2. Dùng kẹp (ví dụ: kẹp Babcock) bộc lộ thêm và cặp mạc treo vòi tử cung để làm ngừng chảy máu.					
3. Hút máu ổ bụng ở phần thấp và lấy máu cục.					
4. Dùng gạc làm ẩm bằng nước muối vô trùng ẩm bọc cách ly ruột và mạc nối với vùng phẫu thuật.					
5. Dùng các kẹp Clamp phân tách mạc treo vòi tử cung, cặp từng kẹp Clamp sát vòi tử cung.					
6. Chọc thủng và buộc chia cắt mạc treo vòi tử cung bằng chỉ catgut số 2 (hoặc chỉ polyglycolic) trước khi tháo cặp.					
7. Khâu một mũi gân gốc vòi tử cung, chạy xung quanh vòi tử cung ở đoạn eo và cắt bỏ vòi tử cung.					
8. Đảm bảo không chảy máu từ mỏm cắt vòi tử cung và loại bỏ máu cục.					
9. Trước khi đóng ổ bụng, kiểm tra bằng quang xem có chấn thương không, nếu có xác định phạm vi chấn thương và khâu phục hồi.					

Đóng ổ bụng					
1. Đếm dụng cụ và gạc.					
2. Dùng kẹp Kocher cặp lớp cân ở 2 đầu vết mổ. Cặp ở giữa từng mép lớp cân bằng kẹp clamp.					
3. Đóng cân: <ul style="list-style-type: none"> - Dùng kẹp phẫu tích có răng và kim sắc liên chỉ catgut số 0 (hoặc chỉ polyglycolic). - Bắt đầu khâu từ đầu trên vết mổ, xuyên kim qua mép lớp cân phía bên phải sản phụ, từ trong ra ngoài. - Xuyên kim qua mép cân bên trái sản phụ từ ngoài vào trong. - Buộc chỉ. 					
4. Tiếp tục đóng lớp cân bằng mũi khâu liên tục cho tới khi đầu dưới vết mổ, đảm bảo không khâu vào phúc mạc và các bộ phận trong ổ bụng.					
5. Buộc chỉ: <ul style="list-style-type: none"> - Khi đã tới đầu dưới vết mổ, buộc chỉ. - Kéo chỉ lên và buộc. - Xuyên lại kim vào lớp cân ngay dưới nút chỉ xuyên qua cân ở vị trí khoảng 1 cm phía trên nút buộc (về phía đầu trên của vết mổ). - Kéo chỉ lên để buộc vùi nút buộc dưới lớp cân. - Cắt sát chỉ. 					
6. Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng, bao bọc tổ chức dưới da bằng gạc và khâu bằng các mũi catgut lỏng (hoặc polyglycolic). Đóng da hở để có thể đóng kín sau khi hết nhiễm trùng. Nếu không có dấu hiệu nhiễm khuẩn: <ul style="list-style-type: none"> - Dùng kẹp phẫu tích có máu và kim tròn lion chỉ catgut khâu mũi rời đóng lớp mỡ, nếu cần thiết. Dùng kẹp phẫu tích có máu và kim 3 cạnh cùng chỉ lanh hoặc nylon số 3-0, mũi rời cách nhau 2 cm đóng lớp da.					
7. Đảm bảo không có máu chảy, lau sạch vết mổ bằng gạc làm ẩm bằng dung dịch khử khuẩn và băng vết mổ bằng gạc vô khuẩn.					
8. Trước khi tháo găng, vứt bỏ các chất thải trong thùng hoặc túi nhựa không dò rỉ.					
9. Ngâm tất cả dụng cụ vào dung dịch Chlorine 0,5% trong 10 phút để khử nhiễm.					

10. Làm sạch hoặc loại bỏ bơm và kim tiêm: - Nếu sử dụng lại kim và bơm tiêm, cần hút vào bơm tiêm (cùng với kim tiêm) dung dịch chlorine 0.5% và ngâm trong dung dịch tẩy bẩn trong 10 phút. - Nếu loại bỏ kim và bơm tiêm, phụt kim và bơm tiêm bằng dung dịch Chlorine 0.5% 3 lần, sau đó đặt vào hộp không có khả năng bị đâm thủng.					
11. Ngâm cả hai tay đang đeo găng vào dung dịch Chlorine 0.5%. Tháo găng bằng cách lột từ trong ra ngoài. - Nếu không sử dụng lại, vứt bỏ vào thùng hoặc túi nhựa không bị rò rỉ. - Nếu sử dụng lại, ngâm găng vào dung dịch Chlorine 0,5% trong 10 phút để khử nhiễm.					
12. Rửa tay bằng bàn chải với dung dịch sát khuẩn hoặc rửa tay cẩn thận bằng xà phòng và nước, lau khô bằng khăn sạch hoặc để khô tự nhiên.					
Chăm sóc hậu phẫu					
1. Chuyển bệnh nhân tới phòng hồi sức hậu phẫu. Không bỏ mặc bệnh nhân cho tới khi bệnh nhân tỉnh hẳn.					
2. Ghi chép vào sổ mổ và hướng dẫn chăm sóc hậu phẫu.					
3. Đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi chuyển ra khỏi phòng hồi sức hậu phẫu.					
4. Khi bệnh nhân đã tỉnh hẳn, giải thích cho bệnh nhân biết đã thấy và đã làm gì trong phẫu thuật.					
5. Đảm bảo đã viết chỉ dẫn chăm sóc hậu phẫu cho bệnh nhân (nhận biết các tai biến và dấu hiệu cảnh báo, khi nào có thể trở lại làm việc bình thường), cần cho thuốc trước khi bệnh nhân ra viện.					
6. Nói với bệnh nhân khi nào cần quay lại khám và bệnh nhân có thể quay lại bất kỳ lúc nào nếu thấy bất thường.					
7. Tư vấn về khả năng sinh sản và KHHGD nếu thích hợp.					

Tự lượng giá

- Hãy kể các vị trí thai ngoài tử cung
 - Thai ở vòi tử cung.
 - Thai ở buồng trứng.
 - Thai ở trong ổ bụng.
 - Thai ở ống cổ tử cung.
- Kể tên các thể lâm sàng của thai ngoài tử cung
 - Thai ngoài tử cung chưa vỡ.
 - Thai ngoài tử cung vỡ thể ngập máu.
 - Thai ngoài tử cung thể dọa sảy.
 - Thai ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang.
- Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng thai ngoài tử cung vỡ thể ngập máu
 - Toàn thân: da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, chân tay lạnh, thở nhanh nông, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, có thể ngất xỉu.

- Cơ năng: chậm kinh hoặc tắt kinh, ra huyết đen, đau vùng hạ vị đột ngột, dữ dội, làm bệnh nhân choáng hoặc ngất đi.

- Thực thể: bụng chướng, có cảm ứng phúc mạc rõ, gõ đục vùng thấp. Thăm âm đạo túi cùng sau căng phồng, ấn vào bệnh nhân đau chói.

- Siêu âm: không thấy túi ối trong buồng tử cung, túi cùng Douglas và ổ bụng có dịch tự do.

4. Thực hành phẫu thuật cắt vòi tử cung thông qua bảng kiểm dưới đây:

Bảng kiểm giám sát phẫu thuật thai ngoài tử cung

(Dùng cho **học viên** khi thực hành và **giảng viên** lượng giá vào cuối buổi học)

Tên học viên: **Ngày giám sát :**

Bảng kiểm giám sát phẫu thuật chữa ngoài tử cung (Nhiều bước nên làm cùng một lúc)					
Bước	Trường hợp				
Chuẩn bị					
1. Chuẩn bị phương tiện cần thiết.					
2. Nói với bệnh nhân (và gia đình) những việc sắp làm, lắng nghe, trả lời các câu hỏi và các mối quan tâm của sản phụ, thống nhất được với gia đình và sản phụ.					
3. Khám sản phụ, đánh giá tình trạng và kiểm tra sổ y bạ để có đầy đủ thông tin.					
4. Truyền dịch.					
5. Đặt thông bàng quang.					
6. Gây mê và kháng sinh dự phòng.					
7. Đeo các trang bị bảo hộ cá nhân.					
Kỹ năng/bước trên đạt mức hài lòng					
Trước phẫu thuật					
1. Mặc quần áo mổ, đi bốt, đội mũ, đeo mặt nạ, đeo kính bảo hộ và tạp dề ni-lông.					
2. Rửa tay phẫu thuật, đeo găng vô khuẩn và áo choàng mổ.					
3. Đảm bảo đã có đủ dụng cụ và vật dụng cần thiết, sắp xếp đặt trong một khay hoặc hộp vô khuẩn, đếm dụng cụ, gạc và đề nghị người trợ giúp viết lên bảng.					
4. Đảm bảo người phụ cũng đã rửa tay và mặc áo mổ.					
Kỹ năng/bước trên đạt mức hài lòng					
Chuẩn bị sản phụ					
1. Đặt sản phụ nằm ngửa trên bàn mổ.					
2. Đảm bảo sản phụ đã được gây mê hoàn toàn.					
3. Sát khuẩn thành bụng và đặt một miếng vải trùm lên sản phụ.					
Kỹ năng/bước trên đạt mức hài lòng					
Mở ổ bụng					
1. Rạch theo đường trắng giữa dưới rốn dài 2-3 cm tới lông mu qua da và cơ.					

2. Kéo dài vết mổ và tách cơ thẳng to.					
3. Đặt van trên vết và van ổ bụng tự giữ.					
Kỹ năng/bước trên đạt mức hài lòng					
Phẫu thuật vòi tử cung					
1. Xác định, bộc lộ vòi tử cung và buồng trứng bên có khối chứa.					
2. Cặp mạc treo vòi tử cung để làm ngừng chảy máu, hút máu ổ bụng và lấy máu cục.					
3. Dùng gạc ẩm bọc cách ly ruột và mạc nối với vùng phẫu thuật.					
4. Cắt giải phóng mạc treo vòi khỏi vòi tử cung có sử dụng các kẹp, buộc mạc treo vòi tử cung bằng nút khâu chỉ catgut số 2 (hoặc chỉ Polyglycolic).					
5. Khâu một mũi quần xung quanh vòi tử cung ở đoạn eo và cắt bỏ vòi tử cung.					
6. Đảm bảo không chảy máu.					
7. Kiểm tra bằng quang xem có chấn thương không, khâu vết thương nếu có.					
Kỹ năng/bước trên đạt mức hài lòng					
Đóng ổ bụng					
1. Kiểm tra dụng cụ và đếm gạc.					
2. Đóng cân bằng mũi khâu vắt, dùng kim sắc (cutting needle) và chỉ Catgut số 0 (hoặc polyglycolic), đảm bảo không khâu vào phúc mạc và các bộ phận trong ổ bụng.					
3. Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng, bao bọc tổ chức dưới da bằng gạc và khâu bằng các mũi catgut lỏng (hoặc polyglycolic). Đóng da hở để có thể đóng kín sau khi hết nhiễm trùng. Nếu không có dấu hiệu nhiễm khuẩn, đóng lớp mỡ nếu cần thiết bằng kim tròn và chỉ catgut tiêu. Đóng da bằng mũi khâu rời cách nhau 2 cm, dùng kim sắc và chỉ nylon hoặc chỉ lạnh số 3.					
4. Đảm bảo không có máu chảy, lau sạch vết mổ bằng gạc làm ẩm bằng dung dịch khử khuẩn và băng vết mổ bằng gạc vô khuẩn.					
5. Trước khi tháo găng, vứt bỏ các chất thải vào thùng hoặc túi nhựa không dò rỉ.					
6. Ngâm tất cả dụng cụ vào dung dịch Chlorine 0,5% để khử nhiễm.					
7. Nếu sử dụng lại kim và bơm tiêm, cần thụt bơm tiêm còn gắn kim bằng dung dịch chlorine 0.5% và ngâm trong dung dịch tẩy bẩn. Nếu loại bỏ cần cho vào hộp không có khả năng bị đâm thủng.					
8. Tháo găng và vứt bỏ vào thùng hoặc túi nhựa không bị dò rỉ. Nếu sử dụng lại, ngâm găng vào dung dịch Chlorine 0,5% để khử nhiễm.					
8. Rửa tay bằng bàn chải và dung dịch sát khuẩn hoặc rửa tay thường qui cẩn thận.					
Kỹ năng/bước trên đạt mức hài lòng					
Chăm sóc hậu phẫu					
1. Không bỏ mặc sản phụ cho tới khi sản phụ tỉnh hẳn.					

2. Giải thích cho sản phụ biết đã thấy và đã làm gì trong phẫu thuật.					
3. Đảm bảo đã viết chỉ dẫn chăm sóc hậu phẫu cho sản phụ, cần cho thuốc trước khi cho bệnh nhân ra viện và có chỉ dẫn cho lần khám theo dõi tiếp theo.					
4. Tư vấn về khả năng sinh sản, và KHHGD nếu thích hợp .					
Kỹ năng/bước trên đạt mức hài lòng					

Tài liệu tham khảo

1. Tài liệu đào tạo Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (2005). Nhà xuất bản y học;374-77.
2. Tài liệu tập huấn cấp cứu sản khoa: Sách dành cho Giảng viên (2005). Dự án làm mẹ an toàn- VIE/03/P21.
3. Bài giảng Sản Phụ Khoa dùng cho sau đại học (2006). Nhà xuất bản y học; 269-81.
4. Phan Trường Duyệt, Phẫu thuật Sản Phụ Khoa (2003). Nhà xuất bản y học; 269-79.
5. Lê Anh Tuấn, Kiểm định mối liên quan giữa hút điều hoà kinh nguyệt với chữa ngoài tử cung và đánh giá hiệu quả của tư vấn nhằm giảm nguy cơ chữa ngoài tử cung (2004). Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học y Hà Nội;1-3.

BÀI 21

CHỈ ĐỊNH VÀ KỸ THUẬT CẮT TỬ CUNG TRONG CẤP CỨU SẢN KHOA

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này học viên phải:

- | |
|--|
| 1. Trình bày được các chỉ định cắt tử cung trong sản khoa.
2. Kể được các thì cắt tử cung trong sản khoa.
3. Nêu được các tai biến sau mổ cắt tử cung. |
|--|

Phương tiện dạy học

- Giấy lớn khổ A0
- Bảng, bút dạ màu
- Projector

Kế hoạch bài giảng: Thời gian 90 phút

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp/phương tiện dạy học	Hoạt động của học viên	Phản hồi nhanh
Mục tiêu 1: Trình bày được các chỉ định cắt tử cung trong sản khoa				
Chỉ định cắt tử cung cấp cứu trong sản khoa - Đờ tử cung: (đã điều trị nội khoa tích cực không kết quả) - Vỡ tử cung: Do mẹ Do thai Do cán bộ sản khoa. Do rau thai. Phong huyết tử cung rau thể nặng.	30	Thảo luận (chia nhóm) + Giảng bài. Giấy khổ lớn+ bút.	Các học viên chia thành hai nhóm để thảo luận.	Đánh giá qua thảo luận nhóm.
2. Mục tiêu 2: Các thì cắt tử cung bán phần trong cấp cứu sản khoa				
Chuẩn bị sẵn sàng. - Các khâu	30	Giảng bài. Băng, tranh ảnh, bảng,	Nghe giảng. Xem băng	

kỹ thuật. - Chuẩn bị bệnh nhân. - Mở bụng. - Cắt tử cung bán phần. - Đóng bụng. - Chăm sóc hậu phẫu. - Tư vấn.		phim.	hình.	
Mục tiêu 3 : Các tai biến				
Tai biến trong phẫu thuật.	30	Thảo luận + giảng bài.	Giấy khổ lớn + bút.	Đánh giá qua thảo luận nhóm.

Nội dung bài học

1. CHỈ ĐỊNH CẤP CỨU

- Đờ tử cung (đã điều trị nội khoa tích cực không kết quả) do:
 - + Đẻ nhiều.
 - + Đẻ đa thai - đa ối.
 - + Chuyển dạ kéo dài.
 - + Mẹ bị thiếu máu mãn tính.
 - + U xơ tử cung.
- Vỡ tử cung

1.1. Do mẹ

- Đẻ khó do khung chậu: hẹp, méo, bất cân xứng giữa thai nhi và khung chậu.
- Do khối u tiền đạo: u xơ tử cung nằm ở đoạn dưới, u nang trong dây chằng rộng, hoặc nằm kẹt trong tiểu khung.
- Do vết sẹo mổ cũ (nhất là mổ thân), mổ bóc nhân xơ ...

1.2. Do thai

- Thai to toàn bộ, hoặc to một phần như: não úng thủy, bụng cóc, song thai dính vào nhau ...
- Các ngôi thai bất thường: ngôi **vai**, ngôi trán, ngôi mặt cằm cùng ...

1.3. Do các thủ thuật sản khoa

- Tiến hành các thủ thuật như forceps, giác hút, nội xoay, ngoại xoay, cắt thai ... không đúng chỉ định và chưa đủ điều kiện đều có thể gây vỡ.

1.4. Do rau thai

- Rau bám sát không bóc được.
- Rau cài răng lược.

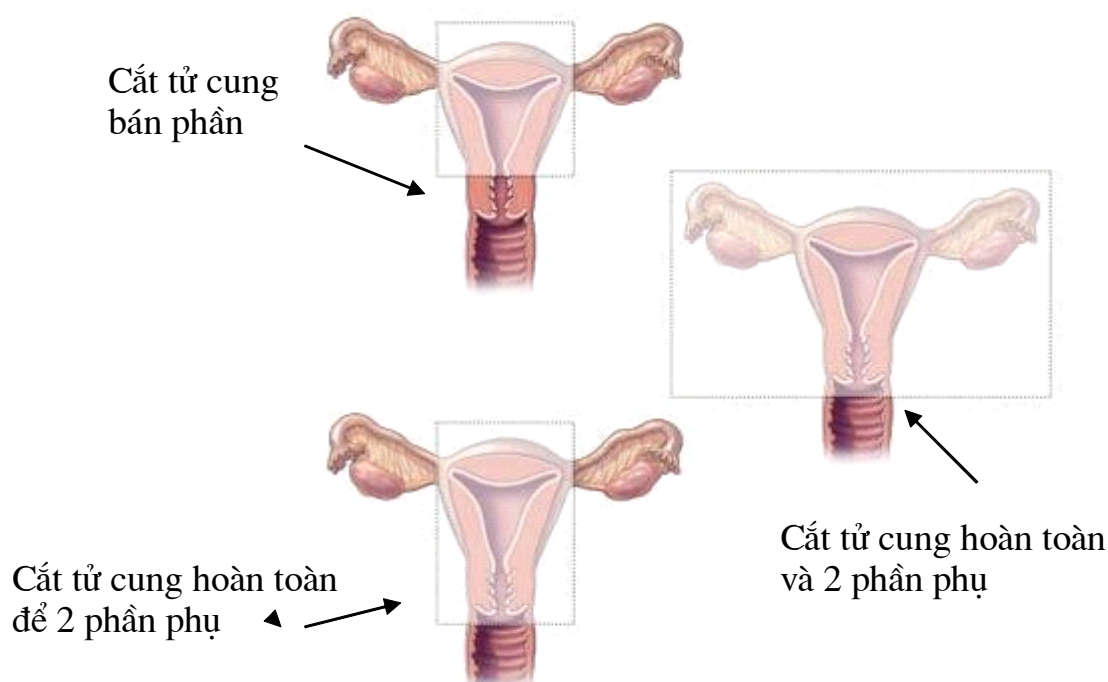
1.5. Phong huyết tử cung rau thể nặng

2. KỸ THUẬT MỔ CẮT TỬ CUNG TRONG SẢN KHOA

Nói chung trong khi mổ lấy thai hay sau khi đẻ đường dưới mà ra máu phải chỉ định mổ cắt tử cung đều là cấp cứu. Vì vậy mọi khâu chuẩn bị như gây mê hồi sức, kíp phẫu thuật đều phải khẩn trương để giải quyết kịp thời.

Có 2 xu hướng mổ:

- Cắt tử cung không hoàn toàn.
- Cắt tử cung hoàn toàn.



Hình 24

Ở nước ta hiện nay trong lĩnh vực sản khoa phần lớn có xu hướng mổ cắt tử cung không hoàn toàn vì chưa đủ trình độ và phương tiện gây mê hồi sức, các bác sĩ phẫu thuật không thể tiến hành kéo dài phẫu thuật, trừ một số bệnh viện ở các thành phố lớn có đủ phương tiện và điều kiện.

Còn xu hướng chung ở các nước có nền y học cao thì hầu hết là cắt tử cung hoàn toàn cho những sản phụ từ 40 tuổi trở lên hoặc từ 35 tuổi trở lên kết hợp với cổ tử cung có vấn đề.

* Các bước phẫu thuật (có hình vẽ)

Thì 1: Mở thành bụng

Thông thường mở đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên xương mu qua da và cân.

Mở phúc mạc và viên phủ phúc mạc và chèn gạc cách ly ổ bụng.

Kéo bàng quang về trên xương vệ và giữ bằng van.

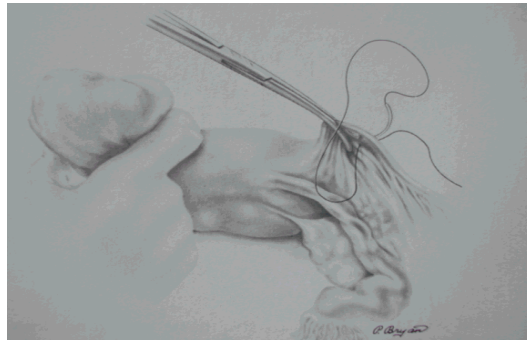
Thì 2: Bộc lộ tử cung

Kẹp tử cung bằng kẹp cặp tử cung, kéo bật tử cung lên đưa ra ngoài ổ bụng. Chú ý nếu cắt tử cung sau khi mổ lấy thai thì cặp vị trí chảy máu dọc theo đường rạch tử cung để cầm máu.

Trong trường hợp chảy máu nhiều, người phụ dùng tay ấn vào động mạch chủ ở đoạn dưới bụng để hạn chế chảy máu.

Thì 3: Cặp và cắt dây chằng tròn

Dùng 2 kẹp Kocher cặp dây chằng tròn cách xa tử cung từ 2-3 cm tùy theo tử cung to hay nhỏ, dùng kéo cắt dây chằng tròn giữa 2 kẹp.

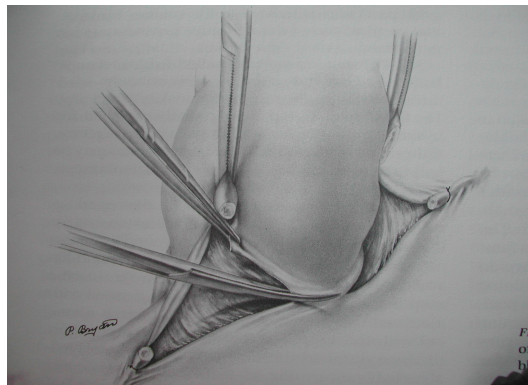


Hình 25

Thì 4: Tách phúc mạc tử cung-bàng quang

Từ bờ của đường cắt dây chằng tròn mở lá phúc mạc trước của dây chằng rộng (nơi phúc mạc di động), cắt vòng ngang qua mặt trước tử cung và vòng ra phía sau trên dây chằng tử cung-cùng.

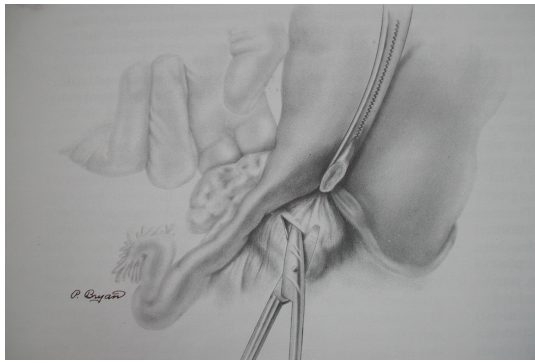
Dùng củ ấu nhỏ, đẩy phúc mạc xuống phía dưới tách mặt sau bàng quang và bộc lộ động mạch tử cung.



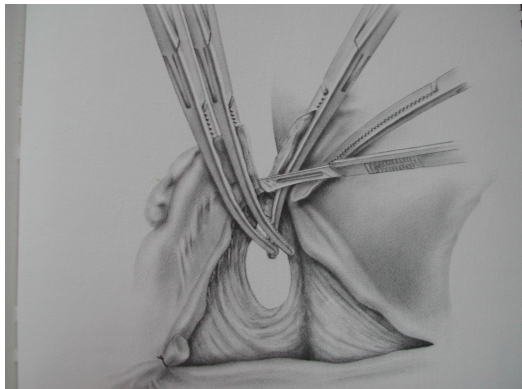
Hình 26

Thì 5: Cặp cắt và thắt dây chằng thắt lưng-vòi trứng

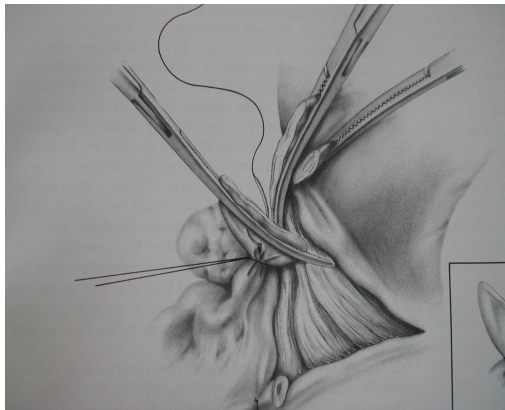
Dùng 2 kẹp có răng (Kocher) cặp 1/3 trên của dây chằng, kèm theo mạch máu đi sát dây chằng. Nếu để lại buồng trứng thì chú ý không làm tổn thương cường động mạch buồng trứng.



Hình 27



Hình 28



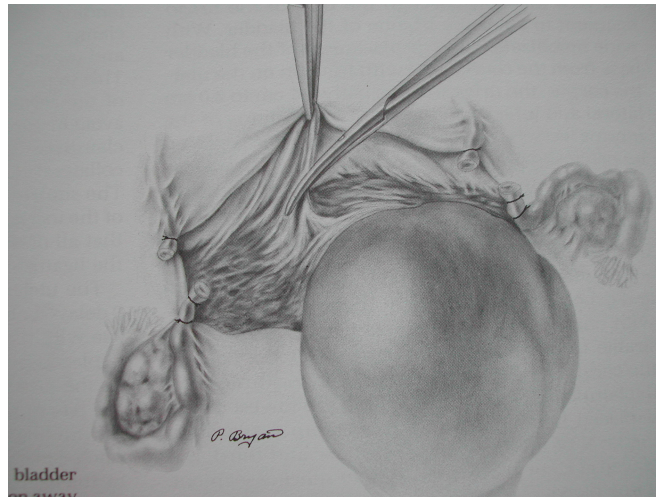
Hình 29

Thì 6: Thất và cắt dây chằng bên đối diện

Thì 7: Cặp và cắt động mạch tử cung

Dùng kẹp kéo tử cung lên cao, để nhìn rõ động mạch tử cung.

Dùng kim kẹp động mạch tử cung. Cặp mỗi bên ngang mức cổ tử cung, cặp từ bờ ngoài của động mạch tử cung sát cơ đoạn dưới tử cung dùng kẹp cắt động mạch tử cung giữa 2 kim. Cắt động mạch tử cung bên phải, rồi bên trái. Kiểm tra xem có chảy máu không.



Hình 30

Thì 8:

Dùng kéo cong hoặc dao mổ, cắt vòng quanh cổ tử cung chéo xuống dưới về phía cổ tử cung tạo thành hình chóp nông.

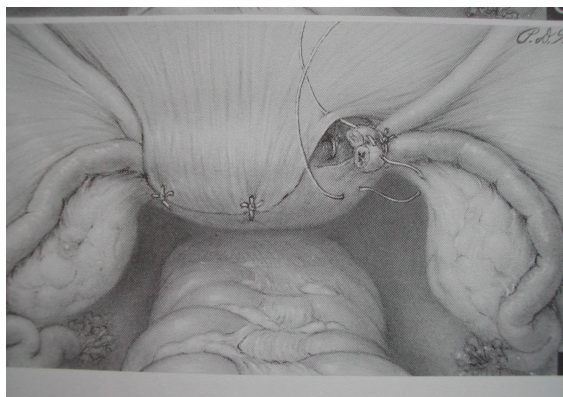
Cầm máu bằng kẹp hoặc khâu bằng chỉ.



Hình 31

Thì 9: Khâu móm cổ tử cung

Dùng kim sắc khâu móm cổ tử cung bằng mũi rời, có thể đóng phúc mạc móm cắt hoặc không.



Hình 32

Thì 10:

Khâu các cuống mạch, kiểm tra kỹ các cuống mạch không chảy máu.

Thì 11: Đóng thành bụng 3 lớp

- Nếu là ngay sau mổ lấy thai:
 - + Kẹp 2 dây chằng tròn (có thể khâu ngay).
 - + Cắt rộng lên trên lớp phúc mạc bám vào tử cung ở phía trước gần tới chỗ kẹp dây chằng tròn.
 - + Bộc lộ dây chằng rộng phía sau bằng cách làm thủng lớp thanh mạc tử cung ở chỗ trên dây chằng tử cung cùng tới gần 2 vòi trứng.
 - + Kẹp 2 vòi trứng ở 2 bên gần sát tử cung rồi khâu.
 - + Kẹp 2 động mạch tử cung ở ngay đoạn dưới.
 - + Cắt tử cung không hoàn toàn.
 - + Khâu móm cắt cổ tử cung một lớp bằng catgutchrome.
 - + Phủ kín phúc mạc chỗ móm cắt.
 - + Lau sạch ổ bụng.
 - + Lấy gạc trong ổ bụng và đếm lại.
 - + Đóng thành bụng 3 - 4 lớp.
- Mổ cắt tử cung sau khi đẻ đường dưới.
 - + Mổ ngang thành bụng theo đường Pfannenstiel nếu người mổ đã mổ quen, nếu không thì mổ đường giữa dưới rốn.
 - + Vào ổ bụng dùng van để bộc lộ tử cung sau khi đã nhét gạc.
 - + Các bước tiến hành như trên chỉ khác là phải cắt lớp phúc mạc phía trước và đẩy bàng quang xa tử cung.
- Nếu định cắt tử cung hoàn toàn thì dùng kẹp **có gạc củ ấu** đẩy xa bàng quang tới khi nhìn thấy phía cổ tử cung ở âm đạo.
 - + Kẹp sát cổ tử cung 2 động mạch của nhánh trên âm đạo, và dây chằng Mackenrodt. Khâu lại bằng catgut chromé.
 - + Chọc thủng âm đạo chỗ sát lỗ ngoài cổ tử cung; rồi cắt vòng chỗ âm đạo tiếp xúc với cổ tử cung.
 - + Khâu móm âm đạo bằng catgut **hoặc vicryl**.
 - + Lau sạch ổ bụng, không quên kiểm tra lại gạc.
 - + Đóng thành bụng như trên.

Chú ý:

- Trường hợp vỡ tử cung phức tạp; làm thủng bàng quang thì ngay sau khi đóng móm cắt phải khâu bàng quang lại 2 lớp bằng catgut; sau phẫu thuật phải đặt sonde bàng quang.
- Không phải tất cả trường hợp vỡ tử cung đều phải cắt bỏ tử cung mà có thể phẫu thuật bảo tồn nếu người mẹ có những yếu tố sau:
 - + Vỡ không phức tạp.
 - + Tình trạng tử cung chưa bị nhiễm khuẩn.
 - + Người mẹ hiếm con, còn ít tuổi.

3. CÁC TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG SAU MỔ

3.1. Tai biến

- Chảy máu lại sau mổ.
- Tổn thương vào bàng quang.
- Kẹp hoặc cắt phải niệu đạo.
- Lỗ dò bàng quang - âm đạo, niệu đạo - âm đạo.
- Tai biến truyền máu.

3.2. Biến chứng

- Nhiễm khuẩn: vết mổ, khu trú tại chỗ, toàn thân, nhiễm khuẩn huyết.
- Viêm tắc tĩnh mạch.
- Đông máu rải rác trong lòng mạch.

Bài tập tình huống

Tình huống

Chị X, 34 tuổi, para 3023, chuyển dạ lúc 7 giờ sáng tại trạm y tế xã nơi mẹ đẻ chị sinh sống khi chị đến thăm mẹ bị ốm.

Khám thực thể: Tử cung cao 37 cm, chu vi bụng 103 cm, nhịp tim thai 160 nhịp/phút, 5 cơn co tử cung trong 10 phút, mỗi cơn 50 giây. Không sờ thấy đầu thai. Phân bụng dưới căng. Có vòng Bandl (+).

Cổ tử cung mở 8 cm và bị phù. Đầu thai tại vị trí 0, đầu to, độ lọt +3, ối đã vỡ, nước ối có phân xu. Chẩn đoán: **Tử cung tăng trương lực và dọa vỡ tử cung**. Truyền thuốc giảm co cho chị X và chuyển lên bệnh viện huyện.

8 giờ sáng chị X có tới bệnh viện huyện và được đánh giá nhanh.

Âm đạo chảy máu (+), không có cơn co tử cung, nhịp tim thai (-).

Huyết áp 70/40 mmHg, mạch 120 nhịp/phút, mặt tái xanh, đồ mồ hôi, người lạnh.

1. Chẩn đoán và xử trí như thế nào tại thời điểm này?	Chẩn đoán: Vỡ tử cung Xử trí: đánh giá nhanh, hồi sức, thực hiện mở ổ bụng khẩn cấp ngay cả khi không sẵn máu dự trữ. Bàn với bệnh nhân và người nhà nên lựa chọn điều trị bảo tồn hoặc mổ cắt tử cung.
Kết quả thai đã chết, trong ổ bụng có 1000ml máu. Tử cung bị vỡ về bên trái của đoạn dưới theo hình chữ J, kéo dài đến tận dây chằng tròn. Rau thai vẫn trong tử cung.	
2. Xử trí như thế nào tại thời điểm này và tại sao?	Cắt tử cung bán phần vì sản phụ sinh con nhiều lần, rách phức tạp, màng ối đã vỡ. Đưa ra chỉ dẫn cho bệnh nhân trước khi cho về nhà.

Tài liệu tham khảo

1. BYT. Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản
2. WHO. Xử trí biến chứng trong khi mang thai và sinh đẻ

BÀI 22

ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VỠ TỬ CUNG

Mục tiêu bài học

Sau khi học xong bài học này, học viên phải:

1. **Chẩn đoán** được vỡ tử cung.
2. **Mổ được** ổ bụng và đánh giá được tình trạng tử cung bị vỡ xem có thể điều trị bảo tồn được hay không.
3. **Khâu bảo tồn được tử cung bị vỡ.**

Phương tiện học tập: Bảng lật A0, bút viết bảng, bút chỉ, bìa màu.

Kế hoạch bài giảng: Thời gian 2 tiết

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp, phương tiện dạy/học	Hoạt động học viên	Phản hồi nhanh
Mục tiêu 1: Chẩn đoán được tử cung vỡ				
Triệu chứng cơ năng của vỡ tử cung: - Thường có dấu hiệu dọa vỡ trước đó, trừ khi có sẹo mổ cũ tại tử cung. - Bệnh nhân thấy đau chói lên sau dạ đi. - Ra máu âm đạo đỏ tươi. - Có thể có tình trạng choáng do mất máu và đau. Triệu chứng thực thể của vỡ tử cung:	15	Giảng viên cung cấp bài tập tình huống. Chia học viên ra làm các nhóm nghiên cứu bài tập và thảo luận. Giảng viên tóm tắt ý chính. Bảng lật A0. Bút viết bảng. Bút chỉ. Bìa màu.	Bài tập tình huống số 1. Chia nhóm, thảo luận. Đại diện các nhóm lên báo cáo.	Đánh giá qua trình bày báo cáo của từng nhóm

<ul style="list-style-type: none"> - Mất cơn co tử cung. - Tử cung không còn hình dạng ban đầu. - Ngồi thai tụt lên cao. - Sờ cảm giác thai nhi ở dưới da(Trừ khi vỡ dưới phúc mạc). - Tim thai mất. - Thăm trong thấy máu âm đạo đỏ tươi, ngôi không xác định được nữa vì tụt lên cao. - Tử cung là một khối ở bên cạnh. 				
---	--	--	--	--

Mục tiêu 2: Mổ được ổ bụng và đánh giá tình trạng tử cung bị vỡ

<p>Mổ được ổ bụng sau và đánh giá tình trạng của vết rách ở tử cung :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đây là tình huống mổ cấp cứu để cứu mẹ và hy vọng cứu được cả con cho nên cần: - Vào ổ bụng thật nhanh, tốt nhất là rạch đường giữa dưới rốn. - Lấy con và rau thật nhanh ra khỏi ổ bụng hoặc tử cung. - Tìm vết rách, nếu đang chảy máu phải lập tức dùng kẹp cầm máu tạm 	<p>15</p>	<p>Giảng viên đưa ra bài tập tình huống thứ 2.</p> <p>Chia học viên thành các nhóm để thảo luận.</p> <p>Các nhóm cử người lên báo cáo.</p> <p>Giảng viên tóm tắt lại các ý kiến chính.</p> <p>Giấy nhỏ để học viên viết.</p> <p>Giấy to Ao để tập hợp và tổng kết các ý kiến.</p> <p>Bút viết.</p> <p>Giảng viên đưa ra tình huống thứ 3.</p>	<p>Bài tập tình huống thứ 2.</p> <p>Học viên chia nhóm, 4 - 5 người một nhóm để thảo luận.</p> <p>Đại diện nhóm báo cáo.</p> <p>Các học viên góp ý kiến với báo cáo của từng nhóm.</p>	<p>Phản hồi nhanh qua thảo luận của nhóm học viên.</p>
--	-----------	---	--	--

<p>thời ngay.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đánh giá tổn thương tại tử cung xem có gọn không, có xé rách vào các tạng xung quanh không, nhất là bàng quang. 		<p>Chia nhóm để thảo luận về các bước, hướng dẫn phẫu thuật phục hồi vỡ tử cung.</p> <p>Đưa ra các bảng kiểm.</p> <p>Xem các bước tiến hành phẫu thuật qua băng ghi hình.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tivi. - Máy. - Băng hoặc đĩa. 		
<p>Mục tiêu 3: Khâu bảo tồn được tử cung bị vỡ</p>				
<p>Sau khi đã xác định được vết rách tại tử cung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nếu bệnh nhân con so, vết rách tử cung mới thì cần phải điều trị bảo tồn tử cung để bệnh nhân còn có hy vọng có thai về sau. - Nếu bệnh nhân đã có đủ con, hoặc vết rách đã lâu, nguy cơ nhiễm trùng thì nên cắt tử cung. - Hướng dẫn học viên thực hiện việc khâu phục hồi cơ tử cung trong điều trị bảo tồn tử cung theo từng bước. 	60	Hướng dẫn học viên thực hành lâm sàng.	Thực hành lâm sàng.	Quan sát, đánh giá, nhận xét thực hành của học viên.
Tổng kết bài học.		Giảng viên tổng kết.	Nghe tổng kết và đặt câu hỏi thêm nếu cần.	

Nội dung bài học

Bài tập tình huống 1

Sản phụ A, 25 tuổi, cao 1m55, thai lần đầu, thai 40 tuần, chuyển dạ đẻ đã 14 tiếng nay. Hiện tại cuộc chuyển dạ đang ở giai đoạn của pha tích cực, cổ tử cung đã mở được 6 cm, cơn co tử cung tần số 4, kéo dài 60 giây mỗi cơn co, tim thai tốt, con ước khoảng > 3500gr. Bệnh nhân kêu la nhiều, kém chịu đựng. Đột nhiên bệnh nhân thấy đau chói lên và thấy rất mệt, ra máu âm đạo đỏ tươi. Các anh / chị cần phải làm gì ngay:

Xác định xem bệnh nhân có bị vỡ tử cung hay không?

Dựa vào các dấu hiệu nào?

Xử trí tình huống: Phải khám lại ngay thấy có hay không:

- Phản ứng thành bụng.
- Co tử cung mất, tim thai có thể rời rạc thậm chí mất ngay.
- Sờ thấy phân thai nhi dưới tay và da bụng.
- Thăm trong âm đạo thấy máu đỏ tươi, không sờ thấy ngôi.

Bài tập tình huống 2: Bệnh nhân xác định cần phải mổ cấp cứu ngay, dù thậm chí không nghe thấy tim thai nữa.

Thái độ xử trí của các anh/ chị lúc này?

Xử trí tình huống: Vừa hồi sức vừa chuyển mổ cấp cứu ngay.

Hướng dẫn học phẫu thuật phục hồi vỡ tử cung

(Dùng cho học viên)

Hướng dẫn học giám sát phẫu thuật phục hồi vỡ tử cung					
(Nhiều bước nên làm cùng một lúc)					
Bước	Trường hợp				
Chuẩn bị					
1. Chuẩn bị phương tiện cần thiết.					
2. Nói với bệnh nhân (và gia đình) những việc sắp làm, lắng nghe, trả lời các câu hỏi và các mối quan tâm của sản phụ, thống nhất được với gia đình và sản phụ.					
3. Khám sản phụ, đánh giá tình trạng và kiểm tra sổ y bạ để có đầy đủ thông tin.					
4. Truyền dịch (muối sinh lý hoặc Ringer lactate), kiểm tra hemoglobin của bệnh nhân và bệnh nhân đã được thử máu chéo chưa?					
5. Đặt thông bàng quang.					

6. Gây mê.					
7. Đề nghị người gây mê cho một liều kháng sinh dự phòng gồm: <ul style="list-style-type: none"> • Ampicillin 2g + Metronidazole 500mg, tiêm tĩnh mạch hoặc • Cefazolin 1g + Metronidazole 500mg, tiêm tĩnh mạch.(Không cần thiết phải ghi cụ thể) 					
8. Đeo các trang bị bảo hộ cá nhân.					
Trước phẫu thuật					
1. Mặc quần áo mổ, đi bốt, đội mũ, đeo mặt nạ, đeo kính bảo hộ và tạp dề ni-long.					
2. Rửa tay phẫu thuật trong 3-5 phút và lau khô từng tay bằng khăn riêng đã được tiệt khuẩn.					
3. Đeo găng và áo choàng mổ vô khuẩn.					
4. Đảm bảo đã có đủ dụng cụ và vật dụng cần thiết, sắp xếp đặt trong một khay hoặc hộp vô khuẩn. Đếm dụng cụ, gạc và đề nghị một người trợ giúp ghi lên bảng.					
5. Đảm bảo người phụ cũng đã rửa tay và mặc áo mổ.					
Chuẩn bị sản phụ					
1. Đặt sản phụ nằm ngửa trên bàn mổ.					
2. Đảm bảo sản phụ đã được gây mê hoàn toàn.					
3. Sát khuẩn thành bụng 3 lần.					
4. Dùng băng mổ phủ thành bụng để hở phẫu trường, và đặt một miếng vải trùm lên sản phụ.					
Mở ổ bụng					
1. Đề nghị người phụ đưa dụng cụ đứng cạnh khay dụng cụ phía chân sản phụ.					
2. Đứng bên phải sản phụ và đề nghị người phụ mở đứng bên trái sản phụ.					
3. Rạch theo đường trắng giữa dưới rốn tới lông mu, qua da và tới cân.					
4. Kẹp cầm máu các điểm chảy máu bằng kẹp động mạch, buộc bằng chỉ Catgut số 0 hoặc đốt điện.					
5. Mở lớp cân dài 2-3 cm.					
6. Cặp hai mép cân và đưa mũi kéo đang khép lại dưới lớp cân, phía trên lớp cơ thẳng to.					
7. Mở mũi kéo tạo ra một đường hầm dưới lớp cơ.					
8. Đóng mũi kéo lại và rút lại. Dùng kéo cắt lớp cân tới tận cùng của					

đường hầm.					
9. Làm lại các bước từ 7-9 cho tới khi lớp cân được mở tới tận cùng của vết rách da					
10. Ấn ngón trỏ của cả hai tay, lưng ngón quay vào nhau, vào giữa cơ thẳng to và tách cơ. Ở đầu phía dưới, tách hai cơ tam giác bằng cách dùng kéo cắt phần gân giữa chúng. Phức mạc ổ bụng sẽ lộ ra.					
11. Dùng ngón tay mở một lỗ tại phức mạc gần rốn. Hoặc, nhắc phức mạc thành bụng lên bằng 2 kẹp, đảm bảo không cặp vào các tạng trong ổ bụng, rách phức mạc.					
12. Dùng cặp nhắc phức mạc lên.					
13. Dùng kéo mở rộng vết mở phức mạc theo chiều lên và xuống, phải quan sát trực tiếp bằng mắt, chú ý tránh làm tổn thương bàng quang và các cơ quan khác. Tháo kẹp.					
14. Kiểm tra ổ bụng và tử cung để xác định vị trí rách.					
15. Hút máu ở bụng dưới và lấy máu cục ra.					
16. Đặt van trên vệ.					
17. Đặt van ổ bụng tự giữ.					
Sửa vết rách					
1. Đỡ em bé và rau thai.					
2. Đề nghị người gây mê truyền oxytocin, 20 đv trong 1 L dung dịch muối sinh lý hoặc Ringer lactate với tốc độ 60 giọt/phút.					
3. Kiểm tra tử cung có co không, sau khi tử cung co, đề nghị người gây mê giảm tốc độ truyền oxytocin xuống còn 20 giọt/phút.					
4. Nhấc tử cung ra khỏi khung chậu và kiểm tra mặt trước, mặt sau, 2 bên tử cung.					
5. Dùng kẹp Green Armytage (hoặc kẹp hình tim) cặp mép vết rách tử cung đang chảy máu.					
6. Tách bàng quang khỏi đoạn dưới tử cung.					
7. Xác định xem có rách tới cổ tử cung, âm đạo, động mạch tử cung không hoặc có tụ máu dây chằng rộng không.; khâu phục hồi nếu cần thiết.(Bỏ)					
8.Cắt xén vết rách, vỡ cho gọn; đảm bảo diện cắt không dập nát, được tưới máu tốt					
9. Khâu vết rách tử cung bằng chỉ chromic (hoặc chỉ polyglycolic) số 0, tốt nhất là khâu bằng chỉ Vireryl đảm bảo không khâu vào bàng quang niệu đạo.					
10. Khâu lớp 2 nếu không cầm được máu hoặc nếu đoạn trên của tử					

cung cũng bị rách.					
11. Kiểm tra hai vòi tử cung và buồng trứng, thắt vòi tử cung nếu cần thiết.					
12. Nếu vẫn tiếp tục chảy máu, cầm máu bằng kẹp động mạch dài và buộc. Nếu vết chảy máu sâu, dùng mũi khâu số 8.					
13. Đặt ống dẫn lưu ổ bụng <ul style="list-style-type: none"> - Chọc thành bụng tại điểm nằm ở thành bụng dưới cách mép vết mổ 3-4 cm, ngay phía dưới mức gai chậu trước trên. - Luồn một kẹp dài qua vết chọc. - Kẹp một đầu ống dẫn lưu ổ bụng và rút ra qua vết chọc thành bụng. - Đảm bảo đầu bên trong ổ bụng nằm được đặt đúng chỗ và cố định ống dẫn lưu theo kiểu đặt mỏ neo bằng chỉ nylon hoặc chỉ lanh. 					
13. Đảm bảo không còn chảy máu và lấy bỏ hết máu cục trong ổ bụng. Nếu có tụ máu, dẫn lưu ổ máu tụ.					
14. Trước khi đóng bụng, kiểm tra bằng quang xem có chấn thương không, khâu vết thương nếu có.					
Đóng ổ bụng:					
1. Đếm dụng cụ và gạc.					
2. Dùng kẹp Kocher cặp lớp cân ở 2 đầu vết mổ. Cặp ở giữa từng mép lớp cân bằng kẹp clamp.					
3. Đóng cân: <ul style="list-style-type: none"> - Dùng kẹp phẫu tích có răng và kim sắc liền chỉ catgut số 0 (hoặc chỉ polyglycolic). - Bắt đầu khâu từ đầu trên vết mổ, xuyên kim qua mép lớp cân phía bên phải sản phụ, từ trong ra ngoài. - Xuyên kim qua mép cân bên trái sản phụ từ ngoài vào trong. - Buộc chỉ. 					
4. Tiếp tục đóng lớp cân bằng mũi khâu liên tục cho tới đầu dưới vết mổ, đảm bảo không khâu vào phúc mạc và các bộ phận trong ổ bụng.					
5. Buộc chỉ: <ul style="list-style-type: none"> - Khi đã tới đầu dưới vết mổ, buộc chỉ. - Kéo chỉ lên và buộc. - Xuyên lại kim vào lớp cân ngay dưới nút chỉ xuyên qua cân ở vị trí khoảng 1 cm phía trên nút buộc (về phía đầu trên của vết mổ). 					

<ul style="list-style-type: none"> - Kéo chỉ lên để buộc vùi nút buộc dưới lớp cân. - Cắt sát chỉ. 					
<p>6. Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng, bao bọc tổ chức dưới da bằng gạc và khâu bằng các mũi catgut lỏng (hoặc polyglycolic). Đóng da hở để có thể đóng kín sau khi hết nhiễm trùng.</p> <p>Nếu không có dấu hiệu nhiễm khuẩn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dùng kẹp phẫu tích có máu và kim tròn lion chỉ catgut khâu mũi rời đóng lớp mỡ, nếu cần thiết. - Dùng kẹp phẫu tích có máu và kim 3 cạnh cùng chỉ lạnh hoặc Nylon số 3- 0 mũi rời cách nhau 2 cm đóng lớp da. 					
<p>7. Đảm bảo không có máu chảy, lau sạch vết thương bằng gạc làm ẩm bằng dung dịch khử khuẩn và băng vết mổ bằng gạc vô khuẩn.</p>					
<p>8. Trước khi tháo găng, vứt bỏ các chất thải trong thùng hoặc túi nhựa không dò rỉ.</p>					
<p>9. Ngâm tất cả dụng cụ vào dung dịch Chlorine 0,5% trong 10 phút để khử nhiễm dụng cụ.</p>					
<p>10. Làm sạch hoặc loại bỏ bơm và kim tiêm:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nếu sử dụng lại kim và bơm tiêm, cần hút vào bơm tiêm (cùng với kim tiêm) dung dịch chlorine 0.5% và ngâm trong dung dịch tẩy bẩn trong 10 phút. - Nếu loại bỏ kim và bơm tiêm, phụt kim và bơm tiêm bằng dung dịch chlorine 0.5% 3 lần, sau đó đặt vào hộp không có khả năng bị đâm thủng. 					
<p>11. Ngâm cả hai tay đang đeo găng vào dung dịch chlorine 0.5%. Tháo găng bằng cách lột từ trong ra ngoài.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nếu không sử dụng lại, vứt bỏ vào thùng hoặc túi nhựa không bị rò rỉ. - Nếu sử dụng lại, ngâm găng vào dung dịch Chlorine 0,5% trong 10 phút để làm sạch. 					
<p>12. Rửa tay bằng bàn chải với dung dịch sát khuẩn hoặc rửa tay cẩn thận bằng xà phòng và nước, lau khô bằng khăn sạch hoặc để khô tự nhiên.</p>					
<p>Chăm sóc hậu phẫu</p>					
<p>1. Chuyển bệnh nhân tới phòng hồi sức hậu phẫu. Không bỏ mặc sản phụ cho tới khi sản phụ tỉnh hẳn.</p>					
<p>2. Ghi chép vào sổ mổ và hướng dẫn điều trị và chăm sóc hậu phẫu.</p>					
<p>3. Đánh giá tình trạng sản phụ trước khi chuyển ra khỏi phòng hồi sức hậu phẫu.</p>					

4. Khi bệnh nhân đã tỉnh hẳn, giải thích cho sản phụ biết đã thấy và đã làm gì trong phẫu thuật.					
5. Đảm bảo đã viết chỉ dẫn chăm sóc hậu phẫu cho sản phụ (nhận biết các tai biến và dấu hiệu cảnh báo, khi nào có thể trở lại làm việc bình thường), cần cho thuốc trước khi bệnh nhân ra viện.					
6. Nói với bệnh nhân khi nào cần quay lại khám và bệnh nhân có thể quay lại bất kỳ lúc nào nếu thấy bất thường.					
4. Nếu không thấy vòi tử cung , cần nói chuyện với sản phụ và gia đình với vấn đề sinh đẻ, tư vấn cho sản phụ về khả năng sinh sản, nếu có thể, thực hiện kế hoạch hoá gia đình. Nếu sản phụ muốn có thêm con, khuyên sản phụ nên mổ chủ động cho lần có thai sau.					

Tự lượng giá

Chọn câu trả lời đúng nhất.

1- Dấu hiệu nào sau đây là dấu hiệu gợi ý tới vỡ tử cung trong chuyển dạ:

- A- Con co tử cung thưa.
- B- Con co tử cung mau.
- C- Con co tử cung mau và mạnh, sau đó tự nhiên mất.
- D- Ra máu hồng âm đạo.
- E- Tim thai mất.

2- Trong chuyển dạ, nếu bệnh nhân không có sẹo mổ cũ ở tử cung, thì trước khi vỡ tử cung, chúng ta thường phát hiện thấy dấu hiệu gì:

- A- Bệnh nhân kêu la nhiều.
- B- Con co tử cung mau và mạnh.
- C- Đoạn dưới kéo dài.
- D- Tất cả các dấu hiệu trên.

3- Nếu bệnh nhân vỡ tử cung thì ngay lập tức phải được:

- A- Chuyển ngay bệnh nhân lên tuyến trên.
- B- Hồi sức mẹ khi nào ổn định thì mổ.
- C- Hồi sức thai.
- D- Mổ cấp cứu ngay nếu có điều kiện.

4- Điền nốt từ vào câu sau đây

4.1. Trên bệnh nhân vỡ tử cung, thường thấy triệu chứng da xanh, niêm mạc nhợt, bệnh nhân vã mồ hôi, chân tay lạnh, mạch nhanh, huyết áp tụt, thậm chí khó thở chứng tỏ tình trạng do.....

4.2. Trên bệnh nhân con so bị vỡ tử cung được phát hiện ngay trong chuyển dạ, khi mở ra thấy vết rách gọn thì nên mổ tử cung.

5- Sắp xếp các bước sau theo đúng trình tự cần thiết khi phẫu thuật bảo tồn tử cung trong vỡ tử cung:

- A- Mổ đường giữa dưới rốn vào ổ bụng.
- B- Tìm vết rách tại tử cung.
- C- Lấy thai và rau ra.
- D- Tách phúc mạc, bàng quang và kiểm tra vết rách rộng sang hai bên và xuống dưới vùng cổ tử cung - âm đạo.
- E- Dùng phanh kẹp hình tim cặp cầm máu tạm thời vết rách.
- F- Khâu phục hồi cơ tử cung hai lớp nếu vết rách kéo lên thân tử cung.

Đáp án:

Câu 1: C

Câu 2: D

Câu 3: D

Câu 4. 1: sốc, mất máu

Câu 4. 2: bảo tồn

Câu 5: A, C, B, E, D, F

Tài liệu tham khảo

3. BHYT. Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản
4. WHO. Xử trí biến chứng trong khi mang thai và sinh đẻ

Bài 23

XỬ TRÍ ĐỂ RƠI

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này, học viên phải:

1. Nói được các nguyên nhân gây đẻ rơi.
2. Nêu được các tai biến cho sản phụ khi bị đẻ rơi.
3. Trình bày được tai biến cho trẻ sơ sinh khi bị đẻ rơi.
4. Kể được cách xử trí đẻ rơi.

Phương tiện dạy học

- Projector, giấy khổ to.
- Bảng, bút chỉ, bút dạ.

Lượng giá trước học (Pretest)

Hỏi học viên : 5 phút

- Thế nào là đẻ rơi?
- Kể những tai biến của sản phụ và trẻ sơ sinh khi bị đẻ rơi.

Kế hoạch bài giảng: Thời gian 3 tiết

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp, phương tiện dạy/học	Hoạt động của học viên	Phản hồi nhanh
1. Định nghĩa.	10	Hỏi - Đáp	Tham gia phát biểu.	
Mục tiêu 1: Nói được các nguyên nhân gây đẻ rơi				
2. Nguyên nhân gây ra đẻ rơi. - Do thai phụ. - Do thai nhi. - Do ngoại cảnh .	20	Động não. Hỏi, trả lời.	Tham gia phát biểu.	Phản hồi ngắn.
3. Các hình thức đẻ rơi: - Đẻ rơi cả bọc. - Thai sủ nhưng rau chưa bong. - Cả thai và rau	20	Chia nhóm. Viết giấy to.	Bình luận. Bổ sung.	Giảng viên nhận xét, so sánh.

sổ ra ngoài. - Thai mắc đầu hậu.				
Mục tiêu 2 : Nêu được các tai biến cho sản phụ khi bị đẻ rơi				
<i>Các tai biến cho sản phụ</i> - Chảy máu. - Lộn tử cung. - Nhiễm khuẩn.	10	Chia nhóm. Viết giấy to.	Bình luận. Bổ sung. So sánh giữa các nhóm.	Bình luận. Giảng viên nhận xét, so sánh.
Mục tiêu 3: Trình bày được tai biến cho trẻ sơ sinh khi bị đẻ rơi				
<i>Các tai biến đối với trẻ sơ sinh</i> - Ngạt. - Chảy máu rốn. - Nhiễm lạnh. - Nhiễm khuẩn.	10	Chia nhóm Viết giấy to	So sánh các nhóm. Bổ sung	Bình luận
Mục tiêu 4: Xử trí đẻ rơi				
5. Xử trí đẻ rơi 5.1 Xử trí đẻ rơi xảy ra ngoài cơ sở y tế. 5.2 Xử trí đẻ rơi xảy ra ngoài cơ sở y tế. 5.3 Xử trí tại cơ sở có chăm sóc sản khoa.	45	Bài tập tình huống. Thảo luận . Chia các nhóm thảo luận.	Ghi tóm tắt lên giấy to. Bình luận trao đổi.	Nhận xét các nhóm khác. Kết luận
6. Dự phòng đẻ rơi	10	Hỏi đáp.	Trả lời.	

Nội dung bài học

1. ĐỊNH NGHĨA

Đẻ rơi là cuộc đẻ mà thai nhi sổ ra ngoài âm hộ một cách tự nhiên không được nhân viên y tế (hoặc bà đỡ dân gian) chăm sóc. Đẻ rơi có thể xảy ra ở mọi nơi, mọi lúc như trong nhà, ngoài đường, trong nhà vệ sinh nhưng thường xảy ra trên các phương tiện giao thông hoặc nơi lao động sản xuất. Tuy nhiên nếu người phụ nữ quyết định tự đỡ đẻ cho mình (ở một vài địa phương hay ở các dân tộc thiểu số) thì không gọi là đẻ rơi. Mặt khác cũng phải biết rằng hiện nay không khuyến khích để cho các bà đỡ dân gian chăm sóc cuộc đẻ nhưng trong hoàn cảnh đặc biệt nào đó thì cũng có thể chấp nhận được.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY RA ĐẺ RƠI

2.1 Do thai phụ

- Thai ngoài ý muốn: Do thai phụ cố tình che dấu tình trạng thai nghén của bản thân, không cho người thân, bạn bè hoặc người trong gia đình biết ngay cả khi đã chuyển dạ cho đến khi thai nhi sổ ra ngoài.
- Do thai phụ không có hoặc thiếu hụt những kiến thức cơ bản về chăm sóc trước sinh, dấu hiệu chuyển dạ nên khi chuyển dạ đẻ đã tiến triển, ngôi thai đã lọt thấp, có phản xạ mót rặn mới đến cơ sở y tế và cuộc đẻ xảy ra trên đường vận chuyển.
- Một số thai phụ có tiền sử đẻ dễ và nhanh, không được đăng ký quản lý thai nghén, không biết hoặc không nhớ ngày sinh nên bị đẻ rơi tại nơi họ đang lao động, sản xuất.

2.2 Do thai

- Trọng lượng thai bé, thai chưa đủ tháng.

2.3 Do ngoại cảnh

- Do thai phụ đi công tác xa nhà, chuyển dạ đẻ xảy ra ngoài thời gian dự kiến nên đẻ rơi xảy ra trên các phương tiện giao thông.
- Do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, sang chấn nặng vào vùng bụng kích thích tử cung co bóp... và cuộc chuyển dạ đẻ đã xảy ra sau các tai nạn đó không được phát hiện kịp thời.

3. CÁC HÌNH THỨC ĐẺ RƠI

- Đẻ rơi cả bọc: Thai nhi vẫn nằm trong buồng ối nghĩa là buồng ối chưa vỡ. Hình thái này hết sức nguy hiểm vì khi đã sổ ra ngoài, do bị kích thích, thai nhi sẽ có những cử động hô hấp, nhưng thai vẫn nằm trong bọc ối nên bị thiếu oxy và hít nước ối vào phổi sẽ bị ngạt và thai sẽ chết rất nhanh giống như trường hợp chết đuối.
 - Thai sổ ra ngoài cả bọc hoặc là màng ối đã bị rách, toàn bộ bánh rau cũng bị bong ra và sổ ra cùng bọc ối và thai nhi. Đây là loại đẻ rơi ít gây tai biến cho cả sản phụ và thai nhi.
 - Thai nhi đã sổ ra ngoài âm hộ nhưng bánh rau vẫn bám trong buồng tử cung. Trong trường hợp này, màng ối đã vỡ và nếu sản phụ đứng thì trẻ sơ sinh bị treo lơ lửng giữa hai chân của người mẹ.
 - Thai nhi không sổ hoàn toàn mà còn một phần nằm trong âm đạo của sản

phụ. Thường gặp là ngôi mông: khi đó hai chân, mông, vai và hai tay cùng thân thai nhi đã sổ ra ngoài nhưng đầu thai nhi còn nằm trong âm đạo chưa sổ ra ngoài.

- Thai nhi sổ ra ngoài, sau đó rau bong và sổ ra ngoài âm hộ. Hình thức này là phổ biến, ít nguy hiểm nhất cho cả mẹ và thai nhi.

4. CÁC TAI BIẾN CHO SẢN PHỤ VÀ THAI NHI ĐỂ RỜI

4.1. Các tai biến đối với sản phụ

- Rách tầng sinh môn, âm đạo, cổ tử cung do thai sổ nhanh trong khi tầng sinh môn, âm đạo không được giãn dần trong quá trình thai xuống, quay và sổ. Mặt khác, âm hộ và âm đạo bị rách do không được người đỡ đỡ giữ tầng sinh môn trong quá trình đỡ đẻ. Mức độ tổn thương tầng sinh môn có thể rách đến cơ vòng hậu môn hoặc rách tầng sinh môn phức tạp, rách cả trực tràng.

- Vỡ tử cung khi rách cổ tử cung kéo dài lên trên đến đoạn dưới hoặc thân tử cung.

- Nếu bị rau cài răng lược (một phần hay hoàn toàn), hoặc là rau bị dính do viêm nhiễm cũ ở buồng tử cung, khi thai sổ bánh rau bị kéo xuống và tử cung bị sa ra ngoài âm hộ.

Khi đáy tử cung bị kéo xuống phía dưới (hoặc lộn ra ngoài âm hộ), sẽ kéo theo vòi tử cung, buồng trứng, dây chằng tròn xuống theo và có thể dẫn đến tình trạng bị nghẹt và hoại tử. Tình trạng trên sẽ dẫn đến hậu quả là:

- + Sản phụ sẽ bị choáng do đau.
- + Sốt rau, màng rau và chảy máu sau đẻ.
- + Đờ tử cung sau đẻ do sốt rau, màng rau hoặc cơ tử cung không co nên không tạo được cầu an toàn tử cung.
- + Nhiễm khuẩn hậu sản do sốt rau, màng rau và môi trường không được đảm bảo vô khuẩn khi cuộc đẻ xảy ra.

4.2. Các tai biến đối với trẻ sơ sinh

- Nếu đẻ rơi cả bọc mà không được xử trí kịp thời thì thai bị ngạt và chết ngay.

- Chấn thương, đặc biệt là chấn thương sọ não khi trẻ bị rơi xuống đất trong trường hợp dây rau bị đứt.

- Chảy máu khi dây rốn bị đứt và chảy máu dây rốn mà không được cầm máu bằng cách kẹp hoặc buộc dây rốn.

- Ngạt sơ sinh do trẻ hít phải dịch trong khoang miệng — họng và đường hô hấp trên vào các tiểu phế quản và phế nang làm giảm khả năng trao đổi oxy ở phế nang.

- Hạ thân nhiệt do không đảm bảo đủ ấm cho trẻ sơ sinh.

- Nhiễm khuẩn đặc biệt là viêm phổi, dễ bị uốn ván rốn do cắt rốn không đảm bảo vô khuẩn.

5. XỬ TRÍ ĐỂ RỜI

5.1. Xử trí đẻ rơi xảy ra ngoài cơ sở y tế

- Tìm một vị trí thuận lợi tốt nhất và sạch sẽ nhất cho sản phụ nằm.

- Tạo điều kiện đến mức tối đa để sản phụ được thoải mái, không quá nóng

cũng như không để sản phụ lạnh. Động viên an ủi và khuyến khích, làm cho sản phụ yên tâm. Nếu mùa đông phải đảm bảo không để sản phụ bị lạnh và chuẩn bị đủ ấm cho sơ sinh như có bóng đèn để sưởi ấm hoặc quần áo hoặc ủ ấm theo phương pháp Kanguru.

- Huy động và kêu gọi sự tham gia của cộng đồng, đặc biệt cần sự hợp tác và trợ giúp của các nhà chuyên môn về y tế.
- Huy động và chuẩn bị tốt các phương tiện hỗ trợ cho người mẹ và sơ sinh như quần áo, chăn, mền để ủ ấm cho mẹ và con, khăn quấn cho trẻ, dụng cụ làm rốn. Các phương tiện này càng sạch càng tốt.
- Nhanh chóng phá buồng ối trong trường hợp đẻ rơi cả bọc, lau miệng, dùng một ngón tay bọc gác hay khăn mùi xoa lau trong miệng lấy hết dịch trong miệng của trẻ sơ sinh. Nếu trẻ bị ngạt, tím tái không khóc được phải thổi ngạt và ép tim ngoài lồng ngực, phải ủ ấm cho sơ sinh.
- Cắt và cắt rốn, hồi sức sơ sinh, mặc áo, quấn tã. Khi cắt rốn phải để phần còn lại của cuống rốn dài hơn 25 cm để cắt rốn thì hai cho tốt.
- Nếu không có dụng cụ cắt rốn, bọc trẻ sơ sinh và bánh rau riêng biệt..
- Đối với sản phụ: xoa nhẹ và ấn đáy tử cung để đẩy hết máu cục trong buồng tử cung ra ngoài. Khuyến sản phụ đi tiểu, không để bàng quang bị ứ nước tiểu gây đờ tử cung. Động viên để sản phụ yên tâm. Cho sản phụ uống nước chè đường nóng ấm. Cho trẻ sơ sinh nằm với mẹ và cho trẻ bú sớm. Luôn xoa đáy tử cung để kích thích tử cung co tránh đờ tử cung thứ phát.
- Trong trường hợp ngôi mông mà đầu còn nằm trong âm đạo phải nhanh chóng đưa sản phụ đến cơ sở y tế gần nhất.
- Nhanh chóng đưa cả hai mẹ con đến cơ sở y tế gần nhất (tốt nhất là cơ sở y tế có chăm sóc sản khoa) để chăm sóc toàn diện cho sản phụ và trẻ sơ sinh.

5.2. Xử trí đẻ rơi xảy ra trong cơ sở y tế

- Nếu đẻ rơi cả bọc phải phá ối để tránh ngạt cho trẻ sơ sinh.
- Nếu màng ối đã vỡ, lau dịch trong miệng cho trẻ sơ sinh, ủ ấm, nhanh chóng đưa cả sản phụ và sơ sinh đến phòng đẻ để cắt rốn, theo dõi bong rau và xử trí như thông thường.
- Nếu không phải là cơ sở sản khoa thì cắt rốn (cuống rốn còn lại dài hơn 25 cm để cắt rốn lại), lau miệng ủ ấm quấn tã và chuyển đến cơ sở sản khoa.

5.3. Xử trí tại cơ sở có chăm sóc sản khoa

- Lấy đầu trong trường hợp ngôi mông mà đầu còn nằm trong âm đạo.
- Cắt và làm lại rốn phải tuân thủ chặt chẽ kỹ thuật vô khuẩn
- Kiểm soát tử cung lấy hết rau, màng rau và máu cục còn ở trong buồng tử cung đồng thời kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung, phát hiện các trường hợp vỡ tử cung để xử trí kịp thời.
- Kiểm tra đường sinh dục dưới để phát hiện tổn thương như rách cổ tử cung, rách âm đạo, tầng sinh môn... Khâu phục hồi giải phẫu và cầm máu các vị trí bị rách.
- Đề phòng uốn ván mẹ và uốn ván sơ sinh bằng cách tiêm SAT 1500 đơn vị cho mẹ và sơ sinh.
- Chống nhiễm khuẩn sau đẻ cho mẹ và sơ sinh bằng kháng sinh toàn phần.

- Đối với trường hợp lộn tử cung: đặt lại tử cung bằng cách đẩy đẩy tử cung lên bằng tay, chỉ được thực hiện tại phòng mổ sau khi sản phụ đã được giảm đau tốt. Nếu đẩy đẩy tử cung lên bằng tay thất bại thì phải xử trí bằng phẫu thuật phục hồi lại giải phẫu của tử cung và phần phụ của tử cung.
- Phải theo dõi sát trong thời kỳ hậu sản để phát hiện những biến chứng đặc biệt là nhiễm khuẩn cho cả mẹ lẫn sơ sinh để xử trí đúng và kịp thời.

6. DỰ PHÒNG ĐỂ RƠI

- Đăng ký quản lý thai nghén.
- Tư vấn giáo dục cho thai phụ.
- Báo cho thai phụ ngày dự kiến sinh.
- Không đi xa trong 3 tháng cuối của thời kỳ thai nghén.
- Nghỉ trước đẻ 1 tháng.

Tự lượng giá: thực hiện bài tập tình huống.

Tình huống

Còn 20 ngày nữa là đến tết Nguyên đán, trên một chuyến tàu Thống Nhất Bắc Nam, Chị Minh có thai gần đến ngày sinh, đi từ miền Nam về nhà để ăn tết đồng thời nghỉ và dự kiến sinh tại Hà Nội. Ngày hôm trước, do phải chuẩn bị công việc cơ quan và sắp xếp việc nhà để về quê rồi vội ra tàu nên chị không được nghỉ ngơi. Chị tự động viên cố lên một chút rồi ngủ trên tàu. Hiện tại chị thấy bụng cứ cuộn lên từng cơn và cách khoảng 7 — 8 phút lại có một cơn đau, kéo dài khoảng 30 giây. Cơn đau ngày một tăng và kéo dài. Một người bên cạnh, đưa dầu cao Trường Sơn cho chị xoa gió và hỏi thăm thì biết chị có thai tháng thứ 8.

Theo bạn

1. Tại sao chị Minh lại đau bụng?
2. Nguyên nhân đau bụng của chị Minh là gì?
3. Theo bạn nên giải thích cho chị Minh những gì?
4. Bạn cần chuẩn bị gì để giúp chị Minh vì lúc đó là 23h30.
5. Bạn hãy phác thảo một kế hoạch tốt nhất để giúp đỡ chị Minh.

Có thể chia làm 3 nhóm để thảo luận :

- Nhóm 1 : chuẩn bị câu 1 và 2.
- Nhóm 2 : chuẩn bị câu 3 và 4.
- Nhóm 3 : chuẩn bị câu 5.

Các nhóm viết vào giấy to, cả lớp cùng thảo luận, GV hướng dẫn thảo luận và lập kế hoạch giúp chị Minh.

Đáp án bài tập tình huống

1. Chị Minh đau bụng là do cơn co tử cung.
2. Nguyên nhân đau bụng là do làm việc nhiều, thần kinh căng thẳng gây cơn co tử cung

3. Giải thích nguyên nhân gây cơn co tử cung: những vấn đề có thể xảy ra: nếu cơn co tăng sẽ gây chuyển dạ, nhưng khó khăn và nguy hiểm khi cuộc đẻ xảy ra. Động viên an ủi và tìm cách hỗ trợ chị Minh.

4. Gọi nhân viên chuyển tàu cùng giải quyết. Tìm chỗ thuận tiện để chị Minh có thể sinh mà đỡ ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và con. Huy động bông, gạc, cồn (nếu có), các quần áo, chăn mền để ủ ấm và kêu gọi có hành khách nào là nhân viên y tế để giúp chị Minh.

5. Gọi trưởng tàu cùng giải quyết.

- Đưa chị Minh về một buồng của nhân viên.
- Cử hai nhân viên thường trực giúp chị Minh.
- Kêu gọi có hành khách nào là nhân viên y tế để hỗ trợ.
- Huy động và kêu gọi, vận động hành khách giúp đỡ về các vật liệu có thể phục vụ cuộc đẻ.

- Nếu ai có lòng hảo tâm gì giúp về kinh tế.

- Chuẩn bị tốt các dụng cụ cắt rốn và ủ ấm cho bé.

- Sau sinh:

- Xoa bụng, ấn đáy tử cung để cầm máu.

- Cho mẹ ăn mềm, nóng.

- Động viên an ủi.

- Báo cho gia đình chuẩn bị đón đưa mẹ con (hoặc chị Minh nếu chưa sinh) đến một cơ sở y tế gần nhất.

- Nếu đã sinh: Cho chị Minh uống kháng sinh dự phòng chống nhiễm khuẩn.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế (2005) Hướng dẫn chuẩn quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản.
2. Bộ môn phụ sản (2001) Bài giảng sản phụ khoa.
3. Bộ y tế - Vụ khoa học và đào tạo (2005). Chăm sóc bà mẹ khi mang thai. Tài liệu đào tạo cho Nữ hộ sinh.

BÀI 24

TỬ VONG VÀ BỆNH TẬT CỦA BÀ MẸ

Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài học này, học viên phải:

1. Trình bày được định nghĩa tử vong mẹ.
2. Nêu được các nguyên nhân tử vong mẹ
3. Nêu được các yếu tố ảnh hưởng đến tử vong mẹ
4. Trình bày được 3 chậm trễ ảnh hưởng đến tử vong mẹ
5. Phân tích được các trường hợp cụ thể nhằm xác định các nguyên nhân, các yếu tố ảnh hưởng và 3 chậm trễ ảnh hưởng đến tử vong mẹ
6. Trình bày được các biện pháp nhằm giảm tử vong mẹ

Phương tiện học tập

- Bảng lật
- Giấy A4, Ao, giấy trong, các loại giấy màu
- Máy chiếu, bút dạ

Kế hoạch bài giảng: Thời gian 3 tiết

Nội dung chủ yếu	Thời gian (phút)	Phương pháp, phương tiện dạy/học	Hoạt động của học viên	Phản hồi nhanh
Mục tiêu học tập 1: Nắm được định nghĩa tử vong mẹ.				
Định nghĩa tử vong mẹ	10	Hỏi vài học viên phát biểu. Bảng, phấn. Giấy trong. Máy chiếu.	Học viên trả lời Các học viên khác bổ sung	GV tóm tắt và kết luận.
Mục tiêu học tập 2: Nêu được các nguyên nhân tử vong mẹ				
Các nguyên nhân tử vong : - Nguyên nhân trực tiếp - Nguyên nhân gián tiếp	15	Thảo luận nhóm nhỏ 3 người. Giấy A4 Bút	Thảo luận nhóm. Đại diện phát biểu.	GV tóm tắt và kết luận
Mục tiêu học tập 3: Nêu được các yếu tố ảnh hưởng đến tử vong mẹ				
-Yếu tố kiến thức, văn hoá xã hội, kinh tế, phong tục, tập quán.	15	Chia lớp thành 3 nhóm thảo luận Đại diện nhóm trình bày. Giấy A ^o , bút dạ, băng	Thảo luận nhóm viết lên giấy khổ to Ao. Đại diện	GV nhận xét tóm tắt và kết luận.

- Tính tiếp cận và tính sẵn có của dịch vụ - Chất lượng dịch vụ		dính, bảng.	nhóm trình bày. Các nhóm khác góp ý kiến bổ sung.	
Mục tiêu học tập 4: Trình bày được 3 giai đoạn chậm trễ ảnh hưởng đến TV mẹ				
- Không đến cơ sở y tế hoặc quyết định đến cơ sở y tế muộn - Chậm tiếp cận dịch vụ - Chậm chăm sóc và điều trị	15	Động não gián giấy. Cử 1 học viên lên sắp xếp theo hướng 3 chậm trễ. Các loại giấy màu hình chữ nhật khổ 20 cm x 10cm Bút dạ Băng dính bảng	Mỗi học viên chọn 1 chậm trễ viết lấy giấy mẫu và tự dán lên bảng. Một học viên được cử lên tự phân loại và sắp xếp lại 3 chậm trễ. Các học viên khác góp ý sửa chữa sự sắp xếp.	Giảng viên bổ sung và kết luận.
Mục tiêu học tập 5: Phân tích được các trường hợp cụ thể nhằm xác định các nguyên nhân, các yếu tố ảnh hưởng và 3 chậm trễ ảnh hưởng đến tử vong mẹ				
- Trường hợp 1 và các biện pháp giảm tử vong - Trường hợp 2 và các biện pháp giảm tử vong - Trường hợp 3 và các biện pháp giảm tử vong	80	Chia 3 nhóm nghiên cứu và thảo luận, phân tích 3 trường hợp, cử thư ký viết lên giấy A0 hoặc giấy trong. Đại diện nhóm trình bày Giấy trong, A0 Bút Máy chiếu qua đầu Bảng	Thảo luận, phân tích mỗi nhóm 1 trường hợp, cử thư ký viết lên giấy A0 hoặc giấy trong. Đại diện nhóm trình bày. Các học viên khác phát biểu bổ sung.	Giáo viên nhận xét, bổ sung và kết luận.

Nội dung bài học

1. ĐỊNH NGHĨA TỬ VONG MẸ

Là tử vong của phụ nữ trong thời gian mang thai, trong khi đẻ và trong vòng 42 ngày sau đẻ (dù ở tuổi thai nào và vị trí của thai ở đâu) do bất cứ nguyên

nhân nào do việc mang thai, do sinh đẻ hoặc do các bệnh kèm theo bị nặng lên trong quá trình mang thai và sinh đẻ nhưng **không phải do tai nạn hoặc tự sát.**

Tử vong mẹ muộn là những trường hợp tử vong mẹ trên 42 ngày sau khi kết thúc thai nghén nhưng không quá một năm.

2. NGUYÊN NHÂN TỬ VONG MẸ

Nguyên nhân tử vong mẹ được chia làm 2 nhóm

2.1. Nguyên nhân trực tiếp: Tử vong do tai biến sản khoa hoặc do can thiệp, bỏ sót, chẩn đoán điều trị sai và biến chứng của các nguyên nhân trên.

Ví dụ về các nguyên nhân tử vong mẹ trực tiếp:

- Các tai biến sản khoa như: Vỡ tử cung, băng huyết do sẩy thai hay sau đẻ, vỡ chữa ngoài tử cung, rau tiền đạo, rau bong non, sản giật, nhiễm khuẩn hậu sản
- Các can thiệp: Mổ đẻ, gây mê gây tê để mổ hay làm thủ thuật, vỡ tử cung sau forceps, nội xoay thai hay đẩy bụng hoặc vì dùng thuốc co tử cung không được theo dõi hoặc không đúng chỉ định....
- Do bỏ sót: Chảy máu trong do chữa ngoài tử cung vỡ, rách sâu trong âm đạo khi đẻ gây băng huyết nhưng không phát hiện được....
- Những trường hợp chẩn đoán hay điều trị sai: Đặt forceps khi ngôi thai chưa lọt, dùng thuốc tăng co trong trường hợp bất tương xứng giữa thai nhi và khung chậu...

2.2. Nguyên nhân gián tiếp: Tử vong do các bệnh có trước hoặc trong khi mang thai và bệnh nặng lên do ảnh hưởng của thai nghén.

Ví dụ về các nguyên nhân tử vong mẹ gián tiếp

- Các bệnh có từ trước khi mang thai: Suy tim do hẹp hở van hai lá, thiếu máu nặng, lao phổi, sốt rét, ung thư, cao huyết áp mạn tính trước khi có thai....
- Các bệnh phát sinh trong lúc mang thai: Viêm thận - bể thận, thương hàn, sốt rét ác tính, viêm phổi, viêm gan, viêm não, sốt xuất huyết....

3. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TỬ VONG MẸ

- Yếu tố kiến thức, văn hoá xã hội, kinh tế, phong tục tập quán....
- Tính tiếp cận dịch vụ y tế (đường sá, phương tiện, giá cả...) và tính sẵn có của dịch vụ (hạ tầng cơ sở, trang thiết bị, thuốc, dịch vụ cung cấp...).
- Chất lượng dịch vụ (trình độ cán bộ, có sẵn thuốc men, phương tiện chuyển tuyến).

4. GIAI ĐOẠN CHẬM TRỄ

4.1. Chậm 1: Không đến cơ sở y tế hoặc quyết định đi đến cơ sở y tế chậm do các yếu tố sau:

- Không biết hay chậm nhận ra các dấu hiệu bất thường.
- Không nhận thức được mức độ nguy hiểm của các dấu hiệu bất thường.
- Không biết phải làm gì khi có các dấu hiệu bất thường.
- Không biết phải đến cơ sở y tế nào để nhận dịch vụ điều trị.

4.2. Chậm 2: Chậm đến cơ sở y tế.

Khi đã có quyết định tìm kiếm dịch vụ y tế thì các yếu tố sau làm chậm trễ quá trình tiếp cận dịch vụ y tế.

- Khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế, tình trạng đường sá.
- Sự có sẵn phương tiện vận chuyển và giá cả của vận chuyển.
- Thời gian mở cửa của cơ sở y tế.
- Giá cả của dịch vụ có phù hợp với kinh tế của gia đình không ?
- Sự hỗ trợ của cộng đồng trong việc vận chuyển người bệnh đến cơ sở y tế.

4.3. Chậm 3: Chậm nhận được dịch vụ có chất lượng và kịp thời.

Khi đã đến cơ sở y tế (hoặc tiếp cận được với dịch vụ) thì các yếu tố sau làm cản trở việc cung cấp các dịch vụ y tế có chất lượng và kịp thời

- Sự có mặt của cán bộ y tế, bảo sẵn sàng đáp ứng cấp cứu 24/24 giờ.
- Tình hình nhân lực, trình độ của cán bộ y tế.
- Sự có sẵn các thuốc men cần thiết.
- Sự có sẵn và hoạt động của trang thiết bị, máy móc.
- Việc điều phối, quản lý của cơ sở y tế.

5. TRÌNH BÀY ĐƯỢC CÁC BIỆN PHÁP NHẪM GIẢM TỬ VONG MẸ: KẾ HOẠCH CẢI THIỆN CHẤT LƯỢNG

5.1 Tại hệ thống y tế

- Đảm bảo về nhân lực (số lượng đủ, trình độ tốt)
- Đảm bảo cung cấp đủ trang thiết bị, thuốc men, dịch truyền, máu.
- Đảm bảo phương tiện chuyển tuyến
- Tăng cường sự sẵn sàng cấp cứu của cơ sở y tế 24/24 giờ.
- Đảm bảo sự phối hợp chặt chẽ giữa các cán bộ y tế, các bộ phận của cơ sở y tế.

5.2 Tại cộng đồng

- Nâng cao nhận thức của phụ nữ và gia đình về các dấu hiệu nguy hiểm (tăng cường truyền thông, giáo dục sức khỏe và tư vấn)
- Tăng cường sự ủng hộ của cộng đồng đối với phụ nữ có thai, bà mẹ sau đẻ
- Thiết lập hệ thống chuyển tuyến tại cộng đồng

TRƯỜNG HỢP TỬ VONG MẸ

TRƯỜNG HỢP 1

Sản phụ: Y H' Gi. 31 tuổi, dân tộc BANA

Địa chỉ : thôn 5, xã DaKra, Kon rẫy, Kon Tum

Vào viện : 0g ngày 06/09/ 2006

Lý do: Trạm y tế xã DaKra chuyển vì chuyển dạ kéo dài, ra máu.

Thai lần thứ 5, khám thai 11 lần tại trạm y tế xã (TYTX)

- Sản phụ chuyển dạ đã 2 ngày trước đó ở nhà, ra máu âm đạo, mệt mỏi, thấy khó khăn gia đình đã mời “ bà đỡ dân gian” đến đỡ đẻ mặc dù nhà sản phụ ở gần trạm y tế xã (bà đỡ dân gian Y Nh. 67 tuổi, ở thôn 4 cùng xã, có học đỡ đẻ

và đã có chứng chỉ). Bà đỡ dân gian thấy khó khăn bảo gia đình đưa SP đi bệnh viện nhưng gia đình không đưa đi vì đường xa và không có tiền. Bà đỡ dân gian giúp đỡ trong thời gian khoảng trên 2 tiếng không kết quả mới bảo gia đình chuyển sản phụ đến TYTX và trạm đã chuyển SP lên Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum vào 0g ngày 06/09/06.

- SP vào bệnh viện trong tình trạng mệt mỏi, tiếp xúc khó, mạch nhanh 100l/ph, HA 90/ 60 mmHg, da niêm mạc nhợt, thở nhanh.

- Âm hộ, niệu đạo và thành âm đạo có những vết rách nhám nhỏ, rỉ máu, phù nề. Cổ tử cung mở 2 cm, phù nề, ối vỡ hoàn toàn, đầu cao lỏng, có máu ra theo tay. Tim thai không nghe thấy (-).

- Khoa sản BVĐK tỉnh cho truyền hồi sức Ringer lactate và chuyển mổ cấp cứu. Mổ ra con cân nặng 3200g đã chết, rau bám đúng vị trí, bóc rau, tử cung không vỡ nhưng nhão, không co. Đã tiêm oxytocin trực tiếp vào cơ tử cung và truyền tĩnh mạch nhưng tử cung vẫn đờ không hồi phục, quyết định cắt tử cung bán phần. Sau mổ vẫn rỉ máu ở móm cắt và vết mổ ở thành bụng do rối loạn đông máu. Mặc dù đã truyền 4 đơn vị máu (1 đơn vị máu A và 3 đơn vị máu O) nhưng máu vẫn không cầm, thể trạng SP kém dần, mạch không bắt được, HA không đo được, SP tử vong hồi 9g ngày 06/09/2006 với chẩn đoán: Rối loạn đông máu trên bệnh nhân choáng mất máu không hồi phục.

Nhận xét :

- Để nhiều lần.
- Không được quản lý thai nghén để tiên lượng cuộc đẻ.
- Công tác tư vấn truyền thông tại cộng đồng chưa tốt, phong tục tập quán còn lạc hậu
- Chuyển dạ 2 ngày, ra máu vẫn cho đẻ tại nhà, không đến cơ sở y tế.
- Bà đỡ dân gian thấy khó khăn nhưng không khuyên được gia đình đưa SP đến bệnh viện.
- Bà đỡ dân gian còn tiếp tục theo dõi, khám và có thể làm các thao tác sai nên gây vỡ ối và các tổ chức phù nề rỉ máu. Thể trạng bệnh nhân kém mới chuyển đến bệnh viện.
- Chuyển chậm và không có phương tiện hồi sức.
- Tuyến tỉnh cấp cứu và xử trí kịp thời nhưng mổ trong lúc bệnh nhân đang choáng nên tình trạng lại nặng thêm.

Tóm tắt thông tin về sản phụ	
1. Nguyên nhân tử vong của sản phụ là gì ?	Chảy máu do rối loạn đông máu, xử trí chậm vì SP đến cơ sở y tế chậm. Đây là nguyên nhân tử vong trực tiếp.
2. Trong quá trình chẩn đoán cần thêm những thông tin gì?	<ul style="list-style-type: none"> - Lượng máu mất? - Số lượng hồng cầu, Hemoglobin, Hematocrit, các yếu tố đông máu. - Siêu âm máu tụ sau rau, vị trí rau. - Thời gian từ sau mổ đến tử vong là bao lâu. - Kết quả mổ và theo dõi sau mổ.

	<ul style="list-style-type: none"> - Chống choáng và chảy máu còn có thêm những thuốc gì.
<p>3. Phân tích những vấn đề còn tồn tại trong chẩn đoán và xử trí</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Khám thai 1 lần lúc tuổi thai bao nhiêu tuần. - Cán bộ TYT có giải thích cho SP nguy cơ cao của đẻ nhiều lần và tư vấn nơi đẻ không. - Có giải thích cho gia đình về tình trạng nặng nề của SP không. - Ghi nhận kết quả khám lâm sàng khi vào bệnh viện có đầy đủ không? - Các xét nghiệm đã làm ở bệnh viện (nếu không có các xét nghiệm cao cấp về rối loạn đông máu sao không cho làm test đông máu tại giường?) - Vào viện mấy giờ sau mới được mổ? Tại sao thai đã chết còn mổ? Có khai thác tìm thai mất lúc nào không? - Theo dõi sau mổ như thế nào? Có chảy máu trong hay không ? - Lượng máu mất tổng cộng khi vào bệnh viện là bao nhiêu? Màu gì? Tính chất của máu như thế nào?
<p>4. Để cứu bệnh nhân, cán bộ y tế cần làm gì ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tăng cường giáo dục sức khỏe cho cộng đồng. - Tư vấn cho SP và gia đình những dấu hiệu nguy hiểm/ nguy cơ trong khi mang thai, trong khi đẻ và sau đẻ. - Tăng cường công tác quản lý thai nghén. - Tổ chức hệ thống chuyển tuyến và đội lưu động xử trí cấp cứu. - Làm đầy đủ xét nghiệm ngay cả khi cấp cứu. - Phối hợp các cán bộ trong kíp trực, tổ chức hội chẩn cùng xử trí cấp cứu cho bệnh nhân. - Theo dõi và hồi sức sau mổ tốt hơn.

TRƯỜNG HỢP 2

Sản phụ: Đào Thị Ê. 42 tuổi

Nghề nghiệp : Trồng trọt

Trình độ văn hoá: 7/10

Lần mang thai thứ 2, thai tháng thứ 8

Tử vong 18 giờ ngày 19/06/2005 tại Bệnh viện Phụ sản TƯ.

Diễn biến :

- SP có 1 con gái 14 tuổi, ly thân chồng 8 năm, sống xa quê. Trở về quê sống độc thân khoảng 18 tháng, làm nhà tạm sống ở ven làng.
- SP được khám thai 2 lần tại TYT xã.: Lần 1 thai 6 tháng, bình thường.
- Khám lần thứ 2 vào 02/6/2005 xuất hiện da vàng, mệt mỏi, TYT chuyển trung tâm y tế (TTYT) huyện điều trị
- Ngày 02/6/05 TTYT chẩn đoán viêm gan A tiến triển/ thai 7 tháng và chuyển Bệnh viện Bạch Mai.
- SP nhập BV Bạch Mai, sau 2 ngày SP trốn viện tự về nhà điều trị.
- 19 giờ ngày 18/6/05 SP thấy mệt mỏi, khó chịu.
- 10 giờ ngày 19/06/05 vào BV Phụ Sản TƯ với chẩn đoán: Thai trên 7 tháng, ối vỡ sớm, theo dõi hôn mê gan chưa loại trừ hội chứng Hellp.
- 11 giờ 10 phút mổ đẻ với chỉ định: Thai trên 7 tháng, tiền sản giật, viêm gan tiến triển, nghi tụ máu sau rau, tiền lượng rất nặng, nguy cơ tử vong cao
- Mổ thai gái 1.600 g, ngạt trắng, có tụ máu sau rau, sau khi bóc rau HA tụt, tím rời rạc, cắt tử cung bán phần.
- Quá trình mổ gây mê nội khí quản, hồi sức tích cực bằng thở máy, truyền 2 đơn vị máu cùng nhóm, 2 chai Plasma.
- 17g50 tình trạng nặng, dịch phổi trào ra theo ống NKQ. HA 110/70mmHg
- 18 giờ 19/6/05 gia đình xin về và tử vong ở dọc đường.

Tóm tắt các thông tin về SP	
1. Nguyên nhân tử vong của sản phụ	- Chẩn đoán nguyên nhân tử vong ban đầu: tiền sản giật/thai 7 tháng/ viêm gan B tiến triển.
2.	- Chẩn đoán nguyên nhân tử vong sau khi thẩm định, đánh giá: Nguyên nhân gián tiếp — Viêm gan B tiến triển/ thai 7 tháng.
3. Trong quá trình chẩn đoán cần thêm những thông tin gì?	- Các dấu hiệu lâm sàng: phù, HA, vàng da, vàng mắt, phân, nước tiểu.... - Kết quả các xét nghiệm khi vào viện và trước mổ : chức năng gan, chức năng thận và các yếu tố đông máu... - Chỉ định mổ ? - Theo dõi sau mổ như thế nào ? số lượng máu mất? Số lượng nước tiểu? - Dịch phổi qua ống NKQ màu gì ?
4. Phân tích các vấn đề còn tồn tại trong quá trình chẩn đoán và xử trí	- Viêm gan đang tiến triển mổ khi thai non tháng ? - Các xét nghiệm cần làm, siêu âm tình trạng thai và rau.
5. Để cứu bệnh nhân cán bộ y tế cần làm gì ?	- Đây là một tử vong khó tránh khỏi vì: + Đời sống của sản phụ đặc biệt khó khăn. + Bệnh quá nặng + Sản phụ thiếu hiểu biết những nguy hiểm giữa bệnh tật và thai nghén. Vì vậy cần phải: -Tăng cường thông tin giáo dục truyền thông

	<p>trong cộng đồng.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quản lý thai nghén tốt, phát hiện sớm các nguy cơ cao. - Hướng dẫn sử dụng các biện pháp tránh thai.
--	---

TRƯỜNG HỢP 3

Sản phụ: Đặng Thị H. 34 tuổi

Địa chỉ : xóm Thống Nhất, Quang Minh, Kiến Xương, Thái Bình.

Thai lần 1, tuổi thai 28 tuần, kinh cuối cùng 19/08/1999, dự kiến sinh ngày 29/05/2000. SP đã khám thai 2 lần, kết quả bình thường.

Diễn biến:

- Trong 3 tháng đầu của thai kỳ, thai phụ bị đau ngang thắt lưng. đến 10g30' ngày 24/02/2000 đến TYT xã vì đau bụng từng cơn. Nữ hộ sinh (NHS) bị gãy chân bó bột nằm tại nhà. NHS mới ra trường đón tiếp: Khám HA110/70 mmHg, nhiệt độ 37°C, không phù, tim phổi bình thường. Cao tử cung 23 cm, vòng bụng 75 cm, cổ tử cung mở hết, ối vỡ, nước ối đen bẩn, không kịp chuyển viện, đã đẻ tại TYT lúc 10g40' 1 bé gái 800 gram, non yếu đã chuyển bệnh viện tỉnh ngay. Sau khi sỏ thai, rau sỏ ngay, không kiểm soát tử cung.

- SP nằm tại TYT đến ngày 25/02/2000 tự về.
- Đến 8g ngày 01/03/2000 (ngày thứ 6 sau đẻ), YS Nh. đến thăm tại nhà SP than phiền gai sốt, ho rát họng, sản dịch ra ít, không đau bụng, ăn kém (nghĩ đến viêm họng, không nghĩ đến sốt rau vì không có kinh nghiệm)
- 2g ngày 03/03/2000 SP đến trạm vì rét run, ho và đau họng
- Khám: mạch 80l/ph, nhiệt độ 39,5°C, HA 100/60 mmHg, nghe phổi thô có ran.

- Xử trí tại nhà: Cho kháng sinh.
- Lúc 16 g ngày 03/03/2000, nhiệt độ 39,5°C, YS Th.(cán bộ đội BVBMTE/KHHGD huyện) khám chẩn đoán: nghi sốt rau ngày thứ 8 sau đẻ. Điều trị kháng sinh, chuyển viện, gia đình không đi vì trời tối và 2 anh em chồng đều điếc nên không quyết định được việc này.

- Đến 7g ngày 04/03/2000 (15 giờ sau) chuyển bệnh viện huyện; 9 g ngày 04/03/2000 nhập viện, xử trí nạo buồng tử cung và dùng kháng sinh tại bệnh viện huyện.

- Đến 21g40' ngày 5/3/2000 chuyển khoa sản bệnh viện tỉnh với chẩn đoán suy tim cấp, SP nhiễm trùng sốt rau sau đẻ.

- Tại khoa sản BV tỉnh đã hội chẩn với khoa nội, khoa nội nhận về điều trị tại khoa 9 ngày, bệnh nhân trụy mạch đã chuyển xuống khoa hồi sức cấp cứu. Vì bệnh nhân quá nặng nên gia đình xin về và tử vong tại nhà ngày 13/03/2000.

Tóm tắt các thông tin về SP	
1. Nguyên nhân tử vong của SP?	-Nguyên nhân trực tiếp. Nhiễm khuẩn huyết sau đẻ non sốt rau, không xử trí kịp thời gây choáng nhiễm khuẩn

<p>2. Trong quá trình chẩn đoán cần thêm những thông tin gì?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sản dịch có hôi không ? - Cổ tử còn mở , tử cung còn to và đau không ? - Tổ chức nạo màu sắc thế nào? có gửi xét nghiệm mô bệnh học để xác định có rau không ? - Có xét nghiệm máu và cấy máu không? - Có chụp tim phổi không? - Từ ngày 3 đến ngày 13 bệnh viện tỉnh điều trị gì ? tại sao không cắt tử cung ?
<p>3. Phân tích các vấn đề còn tồn tại trong quá trình chẩn đoán và xử trí</p>	<ul style="list-style-type: none"> - NHS không biết xử trí đẻ non và nước ối đen bản - Chẩn đoán và xử trí chậm, sai quy định - Thăm tại nhà sau sinh cần có quy định cụ thể phải làm gì? - BS chuyên khoa sản không khai thác bệnh sử để chẩn đoán xác định và điều trị kháng sinh phối hợp, oxytocin và cắt tử cung - Điều trị không đúng chuyên khoa.
<p>4. Để cứu bệnh nhân cán bộ y tế cần phải làm gì ?</p>	<p>Bệnh có thể tránh khỏi nếu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Khi đỡ đẻ cần chú ý nguy cơ nhiễm khuẩn vì nước ối đen bản. - Cần chuyển tuyến trên để kiểm soát tử cung vì đẻ thiếu tháng. - Khi thăm tại nhà cần nghĩ đến sốt rau vì có sốt, phải hỏi và xem sản dịch, nắn bụng xem co hồi tử cung và triệu chứng đau. - Cần cho kháng sinh theo phác đồ và oxytocin ít nhất 6 giờ trước khi kiểm soát tử cung bằng dụng cụ. - Cần tư vấn tốt hơn khi sau đẻ có sốt cao nghi sốt rau để chuyển BV huyện. - Cần cắt tử cung ngay khi có chẩn đoán nhiễm trùng huyết do sốt rau và nhiễm khuẩn tử cung.

Tự lượng giá : Trả lời ngắn các câu từ 1 đến 3

1. Tử vong mẹ là tử vong của phụ nữ trong thời gian....., trong khi..... và trong vòng..... .. do bất cứ nguyên nhân nào nhưng không phải do tai nạn hoặc tự sát.

2. Hãy kể 2 nguyên nhân tử vong mẹ

A.....

B.....

3. Hãy nêu 3 yếu tố ảnh hưởng đến tử vong mẹ

A.....

B.....
C.....

ĐÁP ÁN

- 1 A. Khi mang thai
B. Khi đẻ
C. 42 ngày sau đẻ
2. A. Trực tiếp
B. Gián tiếp
3. A. Kiến thức, kinh tế, văn hoá xã hội, phong tục tập quán
B. Tính tiếp cận dịch vụ y tế
C. Chất lượng dịch

Tài liệu tham khảo

1. Phỏng vấn tìm nguyên nhân tử vong mẹ (2005) Vụ sức khoẻ sinh sản, Bộ Y tế, trang 11 đến trang 23
2. Xử trí biến chứng trong khi mang thai và sinh đẻ (IMPACT 2003), nhà xuất bản y học, trang 28 — 29, phần 2 từ trang 119
3. Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản (2005), phần D “ Các thai nghén bất thường trong thai nghén và trong chuyển dạ “ trèn 212 đến 292.
4. Tài liệu Hội thảo “ Thẩm định tìm nguyên nhân tử vong mẹ 3 tỉnh Quảng Trị — Hà Tây — Kiên Giang “ Vụ Sức khoẻ Sinh Sản , Bộ Y tế năm 2006