

NHỮNG VẤN ĐỀ TRONG SẢN PHỤ KHOA

**ThS. Nguyễn Quốc Tuấn
Giảng viên Bộ môn Phụ Sản
Trường ĐHYD Cần Thơ**

CẦN THƠ – 2010

Lời nói đầu

- Với mục đích giúp các anh (chị) sinh viên có thêm tài liệu để tham khảo và tra cứu nhanh trong quá trình thực hành lâm sàng sản tại bệnh viện, chúng tôi đưa ra tài liệu “**Những vấn đề trong sản phụ khoa**”. Với tài liệu này hy vọng sẽ cung cấp cho các anh (chị) một số các khái niệm, bệnh lý, triệu chứng, các tình huống lâm sàng . . . thường gặp trong sản phụ khoa.
- Quyển sách này bao gồm 14 chương với các chủ đề thường gặp trong sản phụ khoa: Những vấn đề trong sản khoa, Kế hoạch hóa gia đình, Những vấn đề trong phụ khoa, Triệu chứng và nguyên nhân, Tình huống lâm sàng . . .
- Tuy nhiên, với mục đích giúp các anh (chị) tra cứu nhanh và thuận tiện khi sử dụng tài liệu này nên có một vài chương chúng tôi viết rất cô đọng mà không đi sâu vào 1 vấn đề hay bệnh lý cụ thể. Nếu muốn biết rõ hơn các anh (chị) có thể tham khảo các tài liệu khác (VD: Block phụ nữ và sản khoa; Sản phụ khoa; Thực hành sản phụ khoa . . .).
- Lần tái bản này chúng tôi có bổ sung thêm 1 vài bài viết để giúp các anh (chị) tham khảo thêm (hội chứng HELLP, thuyên tắc ối . . .) và tiểu sử của các danh nhân y học trên thế giới.

*Tuy rất cố gắng nhưng không thể nào tránh được những sai sót. Chúng tôi hy vọng sẽ nhận được nhiều góp ý từ các thầy cô, anh chị đồng nghiệp và các anh (chị) sinh viên để quyển “**Những vấn đề trong sản phụ khoa**” ngày càng hoàn thiện hơn.*

Mọi góp ý xin gửi về:

ThS. Nguyễn Quốc Tuấn – Bộ môn Phụ Sản – Trường ĐHYD Cần Thơ

Email: NQTUAN@ctump.edu.vn

Hướng dẫn cách sử dụng sách

- Cách sử dụng “mã số liên kết”

VD:

Có bất thường kèm theo hay không?

- Các bất thường kèm theo có thể là: ngôi mông, ối vỡ sớm . . .
- Nếu có **nhau tiền đạo (III.H.1-T23)** thì có thể kèm theo **nhau cài răng lược (III.H.3-T23)**. Tỷ lệ bị nhau tiền đạo và nhau cài răng lược sẽ tăng theo số lần đã mổ lấy thai.

Có chuyển dạ chưa (III.B.1-T15)? Nếu có thì đang ở giai đoạn nào?(III.B.2-T15)

.....

- Nếu anh (chị) muốn biết thêm vài điểm về “nhau tiền đạo” thì “mã số liên kết” sẽ giúp anh (chị) tìm đến phần “nhau tiền đạo” trong quyển sách này.
- **Mã số liên kết: gồm 4 chữ và số A.B.C - D**
 - A: chương.
 - B: nhóm.
 - C: đề mục.
 - D: số trang.

VD: Các phương pháp tính tuổi thai: **I.B.5-T3**.

Xử trí tiền sản giật: **III.C.5-T19** hoặc **VI.A.15-T56**

- Nếu anh (chị) cần tham khảo phần “**Các phương pháp tính tuổi thai**” anh (chị) chỉ cần quan tâm đến **5-T3** (trang 3; mục 5) trong (**I.B.5-T3**). Tuy nhiên, nếu anh (chị) muốn biết toàn bộ chủ đề của chương (nhóm) có phần “**Các phương pháp tính tuổi thai**” là gì thì anh (chị) cần quan tâm đến **I.B (chương I nhóm B)**, anh (chị) có thể dễ dàng tra cứu ở phần **mục lục**.
- Giả sử anh (chị) muốn tham khảo phần “**Xử trí tiền sản giật**” anh (chị) tìm ở “Chương III: Những vấn đề trong sản khoa; Nhóm C: Cao huyết áp do thai; Mục 5: Xử trí tiền sản giật”. Tuy nhiên, tại mục này anh (chị) sẽ thấy ghi là **VI.A.15-T57** có nghĩa nội dung bài viết này nằm ở “Chương VI: Tình huống lâm sàng; Nhóm A: Sản khoa; Mục 15: Xử trí tiền sản giật; Trang 57”. Anh (chị) có thể tra cứu thẳng vào **Mục 15 ở Trang 57** (nội dung bài viết), hoặc vào **Chương VI** để tham khảo các chủ đề trong phần này.

MỤC LỤC

Chương I. CHĂM SÓC TIỀN SẢN

A. Chăm sóc trước khi có thai

1. Mục đích1
2. Những bệnh lý tim mạch sẽ gây nguy hiểm cho mẹ nếu có thai.1
3. Những bệnh lý đái tháo đường sẽ gây nguy hiểm cho mẹ nếu có thai.....1
4. Những bệnh lý cao huyết áp sẽ gây nguy hiểm cho mẹ nếu có thai.....1

B. Chăm sóc tiền thai

1. Tiền thai (PARA).2
2. Các dấu hiệu chẩn đoán có thai.2
3. Những triệu chứng có thể gặp khi có thai.2
4. Lịch và nội dung khám thai.2
5. Các phương pháp tính tuổi thai.3
6. Các xét nghiệm cần làm khi có thai.3
7. Lịch tiêm ngừa uốn ván.4
8. Các triệu chứng nguy hiểm khi có thai.....4
9. Thai kỳ nguy cơ cao.4
10. Vai trò của siêu âm trong sản khoa.5
11. Nằm tại bệnh sản khoa.5

Chương II. CẤP CỨU

- A. Sản giật.6
- B. Băng huyết sau sanh do đờ tử cung.6

Chương III. NHỮNG VẤN ĐỀ TRONG SẢN KHOA

A. Các điểm cơ bản

1. Các phương pháp tính tuổi thai.8
2. Các phương pháp tính trọng lượng thai.8
3. Các dấu hiệu xác định thai đã trưởng thành.8
4. Các phương pháp đánh giá sức khỏe của thai.8
5. Các dấu hiệu nghi ngờ thai to.....9
6. Các điểm mốc của ngôi thai.9
7. Kiểu thể của thai.....9
8. Độ lọt của thai (ngôi chằm).....10
 - 8.1. Mục đích.....10
 - 8.2. Các phương pháp xác định độ lọt của thai.10
 - 8.3. Các dấu hiệu xác định thai đã lọt.11
9. Bướu huyết thanh.11
 - 9.1. Đặc điểm.11
 - 9.2. Khó khăn do bướu huyết thanh gây ra.11
10. Ngôi mônng.....11
 - 10.1. Phân loại ngôi mônng.....11
 - 10.2. Điều kiện thuận lợi cho sanh ngã âm đạo.11
 - 10.3. Những điều cần thực hiện khi theo dõi sanh ngã âm đạo.12
11. Biến chứng của ngôi bất thường.....12
12. Phân loại song thai.12
13. Số đo các đường kính của khung chậu trong.....12
14. Chỉ số Bishop.13
15. Đánh giá con co tử cung.....13
16. Dấu hiệu dọa vỡ tử cung.....13
17. Các yếu tố tiên lượng cuộc sanh.....14

18. Bả̃ng huyế̃t sau sanh.	14
B. Chuyế̃n dạ	
1. Chả̃n đoả̃n chuyế̃n dạ thậ̃t và chuyế̃n dạ giả̃.....	15
2. Cá̃c giai đọ̃n của chuyế̃n dạ.	15
2.1. Phả̃n chia giai đọ̃n chuyế̃n dạ.	15
2.2. Thờ̃i gian trung bìñh của mỗ̃i giai đọ̃n của chuyế̃n dạ.	15
2.3. Cờ̃n cơ bìñh thườ̃ng ở tườ̃ng giai đọ̃n của chuyế̃n dạ.	15
3. Chuyế̃n dạ bất thườ̃ng.....	15
3.1. Phả̃n loạ̃i chuyế̃n dạ bất thườ̃ng.	16
3.2. Cá̃c nguyễn nhẫn làm chuyế̃n dạ ké̃o dài.	16
3.3. Cá̃c nguyễn cơ khi chuyế̃n dạ ké̃o dài.....	16
3.4. Cá̃c dấ̃u hiệ̃u nghi ngờ bất xú̃ng đầ̃u chậ̃u.	16
4. Khở̃i phấ̃t chuyế̃n dạ.	16
4.1. Chỉ̃ địñh.	16
4.2. Chố̃ng chỉ̃ địñh.	17
4.3. Tai biế̃n và biế̃n chử̃ng.	17
4.4. Cá̃c phưỡng phá̃p.....	17
5. Sañh non.	17
5.1. Dấ̃u hiệ̃u dọã sañh non.	17
5.2. Dấ̃u hiệ̃u chuyế̃n dạ sañh non.....	18
5.3. Xứ̃ trí 1 trườ̃ng hợ̃p chuyế̃n dạ sañh non.....	18
C. Cao huyế̃t áp do thạ̃i	
1. Phả̃n loạ̃i bệ̃nh cao huyế̃t áp trong thạ̃i kỳ̃.....	18
2. Thuố̃c hạ̃ áp.	18
3. Thuố̃c phò̃ng ngừa cõ̃n sả̃n giấ̃t.....	18
4. Điề̃u trị sả̃n giấ̃t.	19
5. Xứ̃ trí 1 trườ̃ng hợ̃p tiề̃n sả̃n giấ̃t.	19
6. Hợ̃i chử̃ng HELLP.....	19
6.1. Cá̃c dấ̃u hiệ̃u.	19
6.2. Cá̃c xé̃t nghiệ̃m cầ̃n làm.	19
D. Suy thạ̃i	
1. Chả̃n đoả̃n.....	19
2. Phưỡng phá̃p hờ̃i sứ̃c tim thạ̃i.....	19
3. Nguyễn nhẫn khó̃ nghe đượ̃c tim thạ̃i.	19
4. Xứ̃ trí 1 trườ̃ng hợ̃p tim thạ̃i bất thườ̃ng.....	19
E. Mổ̃ lấy thạ̃i	
1. Chỉ̃ địñh mổ̃ lấy thạ̃i.	19
2. So sả̃nh đườ̃ng mổ̃ dọc giũ̃a dướ̃i rốn và ngang trễn vậ̃.	20
3. So sả̃nh đườ̃ng mổ̃ dọc thẫn tử̃ cung và ngang đọ̃n dướ̃i tử̃ cung.....	20
4. Phưỡng phá̃p mổ̃ lấy thạ̃i.....	21
5. Mổ̃ lấy thạ̃i chủ̃ độñg.....	21
5.1. Địñh nghĩã.	21
5.2. Nguyễn cơ khi mổ̃ lấy thạ̃i chủ̃ độñg.	21
6. Chỉ̃ địñh cắ̃t tử̃ cung sau mổ̃ lấy thạ̃i.	21
F. Vết mổ̃ lấy thạ̃i	
1. Chỉ̃ địñh mổ̃ lấy thạ̃i.	21
2. Điề̃u kiệ̃n theo dõ̃i sañh ngả̃ âm đạ̃o.....	21

G. Nước ối

1. Ối vỡ	22
2. Màu sắc nước ối.	22
3. Thiếu ối.....	22
3.1. Chẩn đoán.....	22
3.2. Những bất thường có thể xảy ra.	22
4. Đa ối.	22
4.1. Chẩn đoán.....	22
4.2. Những bất thường có thể xảy ra.	22
5. Các dấu hiệu chẩn đoán nhiễm trùng ối.	22
6. Mục đích của bấm ối.	23
7. Những trường hợp không nên bấm ối.	23
8. Xử trí 1 trường hợp có phân su trong nước ối.	23

H. Bánh nhau

1. Nhau tiền đạo.....	23
1.1. Chẩn đoán.....	23
1.2. Phân loại.....	23
2. Nhau bong non.	23
2.1. Chẩn đoán.....	23
2.2. Phân loại.....	23
3. Nhau cài răng lược.	24
3.1. Yếu tố nguy cơ.	24
3.2. Phân loại.....	24
4. Các dấu hiệu chẩn đoán nhau đã bong.	24
5. Kiểm tra bánh nhau và dây rốn.	24
4.1. Cấu trúc bình thường của bánh nhau và dây rốn.....	24
4.2. Yếu tố bất thường và nguyên nhân.	24

I. Dây rốn

1. Các yếu tố thuận lợi dẫn đến sa dây rốn.....	25
2. Các phương pháp làm giảm sự chèn ép dây rốn.....	25
3. Thái độ xử trí 1 trường hợp sa dây rốn.....	25

Chương IV. NHỮNG VẤN ĐỀ TRONG PHỤ KHOA

A. Viêm vùng chậu

1. Chẩn đoán viêm vùng chậu.	26
2. Điều trị viêm vùng chậu.	26
3. Ngừa thai ở trường hợp đã viêm vùng chậu.	27

B. Khối u buồng trứng

1. Các khối u thường lầm với khối u buồng trứng.	27
2. Các dấu hiệu phân loại u buồng trứng cơ năng hoặc thực thể.....	27
3. Siêu âm trong khối u buồng trứng.....	27
4. CA 125 trong khối u buồng trứng.	28
5. Điều trị khối u buồng trứng.	28
5.1. U buồng trứng cơ năng.....	28
5.2. U buồng trứng thực thể.	28
6. Khối u buồng trứng và thai.....	28

C. Thai ngoài tử cung

1. Siêu âm.....	29
2. Các phương pháp điều trị thai ngoài tử cung.....	29
2.1. Theo dõi diễn tiến.....	29
2.2. Điều trị nội khoa.....	29
2.3. Điều trị ngoại khoa.....	29
3. Giá trị của β -hCG trong thai ngoài tử cung.....	29
3.1. Nguyên nhân làm dương tính giả và âm tính giả.....	29
3.2. Chẩn đoán và điều trị thai ngoài tử cung.....	29
4. Chọc dò túi cùng sau.....	30
5. Ngừa thai ở trường hợp đã bị thai ngoài tử cung.....	30

D. U xơ tử cung

1. Vị trí của u xơ.....	30
2. Siêu âm trong u xơ tử cung.....	30
3. Điều trị u xơ tử cung.....	31
3.1. Theo dõi.....	31
3.2. Điều trị nội khoa.....	31
3.3. Điều trị ngoại khoa.....	31
3.4. Thuyên tắc động mạch tử cung.....	31
4. U xơ tử cung và thai.....	31
5. Ngừa thai ở trường hợp có u xơ tử cung.....	32

E. Thai trứng

1. Các triệu chứng thường gặp.....	32
2. Khám bệnh nhân thai trứng.....	32
3. Phân loại thai trứng.....	32
4. Thái độ xử trí.....	32
5. Giá trị của β -hCG trong thai trứng.....	33
6. Thuốc điều trị thai trứng.....	33
7. Lịch theo dõi hậu thai trứng.....	33
8. Khám bệnh nhân hậu thai trứng.....	33
9. Ngừa thai trong khi theo dõi hậu thai trứng.....	33

F. Sảy thai

Nguyên nhân

1. Sảy thai sớm.....	33
2. Sảy thai muộn.....	33

Hình thái lâm sàng

1. Dọa sảy thai.....	33
1.1. Lâm sàng.....	33
1.2. Xử trí.....	33
2. Sảy thai khó tránh.....	33
3.1. Lâm sàng.....	33
3.2. Xử trí.....	33
3. Sảy thai không trọn.....	34
2.1. Lâm sàng.....	34
2.2. Xử trí.....	34
4. Sảy thai đang tiến triển.....	34
4.1. Lâm sàng.....	34
4.2. Xử trí.....	34

5. Sảy thai lưu.....	34
5.1. Lâm sàng.....	34
5.2. Xử trí.....	34
6. Sảy thai liên tiếp.....	34
6.1. Lâm sàng.....	34
6.2. Xử trí.....	34

Chương V. THUỐC THƯỜNG DÙNG

A. Sản khoa

1. Thuốc tăng co bóp cơ tử cung.....	35
2. Thuốc giảm co bóp cơ tử cung.....	35
3. Thuốc phòng ngừa cơn sản giật.....	36
4. Thuốc hạ huyết áp dùng cho sản phụ.....	36
5. Thuốc kích thích trưởng thành phổi cho thai.....	37

B. Phụ khoa

1. Methotrexate (MTX).....	37
----------------------------	----

Chương VI. TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG

A. Sản khoa

1. Khám sản phụ vào chuyển dạ.....	38
2. Ngôi môn.....	40
3. Tim thai bất thường.....	41
4. Sản phụ có vết mổ lấy thai.....	43
5. Thai quá ngày.....	45
6. Chuyển dạ sanh non.....	46
7. Kéo dài giai đoạn 2 của chuyển dạ.....	47
8. Ối vỡ sớm (Ối vỡ non).....	48
9. Con co tử cung cường tính.....	50
10. Thai chết trong tử cung.....	51
11. Song thai.....	52
12. Sa dây rốn.....	53
13. Có phân su trong nước ối.....	55
14. Nhau tiền đạo.....	56
15. Tiền sản giật.....	58
16. Khám hậu sản.....	59
17. Khám hậu sản tiền sản giật.....	60
18. Khám hậu phẫu mổ lấy thai.....	61

B. Phụ khoa

1. Khám phụ khoa.....	63
2. Khám bệnh nhân có u xơ tử cung.....	64
3. Khám bệnh nhân có khối u buồng trứng.....	65
4. Khám bệnh nhân thai trứng.....	66
5. Khám bệnh nhân hậu thai trứng.....	67
6. Thai ngoài tử cung.....	68
7. Khám hậu phẫu mổ phụ khoa (cắt tử cung, cắt khối u buồng trứng).....	70

Chương VII. TRIỆU CHỨNG VÀ NGUYÊN NHÂN

A. Chăm sóc tiền sản

1. Nguyên nhân tử cung to hơn tuổi thai ở 3 tháng đầu thai kỳ.....	71
2. Nguyên nhân tử cung nhỏ hơn tuổi thai ở 3 tháng đầu thai kỳ.....	71
3. Nguyên nhân xuất huyết ở 3 tháng đầu thai kỳ.....	71
4. Nguyên nhân tử cung to hơn tuổi thai ở 3 tháng cuối thai kỳ.....	71

5. Nguyên nhân tử cung nhỏ hơn tuổi thai ở 3 tháng cuối thai kỳ.	71
6. Nguyên nhân xuất huyết ở 3 tháng cuối thai kỳ.	72
B. Chuyển dạ sanh	
1. Nguyên nhân tụt huyết áp của sản phụ.	72
2. Nguyên nhân cơn co cường tính.	72
3. Nguyên nhân cơn co thưa.	72
4. Nguyên nhân nhịp tim thai nhanh.	72
5. Nguyên nhân nhịp tim thai chậm.	72
6. Nguyên nhân thai chết trong tử cung.	73
7. Nguyên nhân khó nghe được tim thai.	73
8. Nguyên nhân thiếu ối.	73
9. Nguyên nhân đa ối.	73
C. Hậu sản (hậu phẫu mổ lấy thai)	
1. Nguyên nhân băng huyết sau sanh.	73
2. Nguyên nhân sốt sau sanh.	73
3. Nguyên nhân đau bụng sau sanh.	74
4. Nguyên nhân bí tiểu sau sanh.	74
D. Phụ khoa	
1. Nguyên nhân xuất huyết âm đạo bất thường.	74
Chương VIII. THỦ THUẬT VÀ PHẪU THUẬT	
A. Forceps	
1. Chỉ định.	75
2. Điều kiện.	75
3. Kỹ thuật đặt và kéo forceps.	75
4. Tai biến và biến chứng.	75
B. Giác hút	
1. Chỉ định.	76
2. Điều kiện.	76
3. Kỹ thuật đặt và kéo giác hút.	76
4. Tai biến và biến chứng.	76
C. Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản	76
D. Phẫu thuật lấy thai	
1. Chuẩn bị dụng cụ cho 1 ca phẫu thuật.	77
2. Những phần mà người phụ mổ 2 (phụ dụng cụ) cần làm.	77
E. Phẫu thuật cắt tử cung toàn phần	
1. Chuẩn bị dụng cụ cho 1 ca phẫu thuật.	79
2. Những phần mà người phụ mổ 2 (phụ dụng cụ) cần làm.	79
Chương IX. CHĂM SÓC HẬU SẢN - HẬU PHẪU	
A. Hậu phẫu	
1. Hậu phẫu mổ lấy thai.	82
2. Hậu phẫu mổ phụ khoa (cắt tử cung, cắt khối u buồng trứng).	82
3. Tai biến và biến chứng sau mổ.	82
B. Hậu sản	
1. Sanh thường.	82
2. Cho con bú.	82
2.1. Ưu điểm.	82
2.2. Những trường hợp không nên cho con bú mẹ.	82
2.3. Ngừa thai trong giai đoạn cho con bú mẹ.	82

3. Chăm sóc hậu sản 1 trường hợp hậu sản tiền sản giật.....	82
C. Nguyên nhân thường gặp	
1. Nguyên nhân băng huyết sau sanh.	82
2. Nguyên nhân sốt sau sanh (sau mổ lấy thai).	82
3. Nguyên nhân đau bụng sau sanh (sau mổ lấy thai).	83
4. Nguyên nhân bí tiểu sau sanh (sau mổ lấy thai).	83
5. Nguyên nhân vết mổ chậm lành.	83
Chương X. XÉT NGHIỆM	
A. Sản khoa	
1. Tiền sản giật.	84
2. Hội chứng HELLP.....	84
B. Phụ khoa	
1. Thai trứng.	84
2. Xét nghiệm tiền phẫu.	84
3. Nghi ngờ DIC.	84
Chương XI. HỘI CHỨNG	
A. Sản khoa	
1. Hội chứng HELLP.....	86
2. Hội chứng hạ huyết áp khi nằm ngửa.....	86
3. Hội chứng truyền máu thai nhi.....	86
4. Hội chứng hít phân su.....	86
5. Hội chứng Couvelaire (nhau bong non thể nặng).	87
B. Phụ khoa	
1. Hội chứng Meigs (hội chứng Demons – Meigs).	87
2. Hội chứng buồng trứng đa nang.....	87
Chương XII. KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH	
A. Sản khoa	
1. Ngừa thai khi cho con bú.....	88
B. Phụ khoa	
1. Ngừa thai khẩn cấp.....	88
2. Ngừa thai ở trường hợp có nhân xơ tử cung.....	88
3. Ngừa thai ở trường hợp đang theo dõi hậu thai trứng.	88
4. Ngừa thai ở trường hợp đã bị thai ngoài tử cung.	88
5. Ngừa thai ở trường hợp đã bị viêm vùng chậu.....	88
Chương XIII. SIÊU ÂM	
A. Sản khoa	
1. Tính tuổi thai.	89
2. Chẩn đoán nguyên nhân gây xuất huyết trong thai kỳ.	89
3. Phát hiện những dị dạng của thai.	89
4. Tính số lượng thai.....	89
5. Đánh giá sức khỏe của thai.....	89
6. Lượng nước ối.	89
7. Nhau tiền đạo.....	89
8. Nhau bong non.	90
9. Siêu âm ở 3 tháng đầu thai kỳ.	90
10. Siêu âm trong giai đoạn chuyển dạ sanh.	90
11. Song thai.....	90
12. Sốt nhau (sau sanh hoặc sau mổ lấy thai).....	90

B. Phụ khoa	
1. U xơ tử cung.....	90
2. Khối u buồng trứng.....	91
3. Thai ngoài tử cung.....	91
4. Thai trứng.....	91
Chương XIV. SƠ SINH	
A. Chỉ số Apgar.....	92
B. Hồi sức sơ sinh.....	92
C. Trẻ sơ sinh đủ tháng.....	94
D. Thai quá ngày.....	94
DANH NHÂN Y HỌC (Sân phụ khoa)	95
BÀI ĐỌC THÊM	
1. Thuốc ngừa thai khẩn cấp.....	97
2. Truyền tác ối.....	98
3. Hội chứng HELLP.....	99
TÀI LIỆU THAM KHẢO	

CHƯƠNG I

CHĂM SÓC TIỀN SẢN

A. Chăm sóc trước khi có thai

1. Mục đích

- Phát hiện những bệnh lý của người phụ nữ có thể gây nguy hiểm cho chính họ và thai nhi nếu có thai (cao huyết áp mãn, bệnh lý tim mạch, bệnh lý hô hấp, nhiễm HIV . . .) → khuyên người phụ nữ không nên có thai (hướng dẫn cho họ biện pháp tránh thai phù hợp).
- Phát hiện và điều trị bệnh (thiếu máu, bệnh lây truyền qua đường tình dục, khối u buồng trứng, đái tháo đường, viêm gan . . .) trước khi để người phụ nữ có thai (hướng dẫn cho họ biện pháp tránh thai phù hợp trong thời gian điều trị bệnh) → giảm thiểu những nguy cơ có thể xảy ra cho mẹ và thai.
- Giáo dục cho người phụ nữ thay đổi chế độ lao động và sinh hoạt (không tiếp xúc với khói thuốc lá, không tiếp xúc với môi trường độc hại, không uống rượu, không dùng thuốc . . .) → giảm thiểu những nguy cơ có thể xảy ra khi người mẹ có thai.
- Dự đoán những bất thường có thể xảy ra khi người phụ nữ có thai (cao huyết áp, đái tháo đường, sanh non, thai suy dinh dưỡng trong tử cung, thai lưu . . .) → có kế hoạch chăm sóc tiền sản phù hợp cho từng trường hợp.

----- oOo -----

2. Những bất thường (triệu chứng hoặc bệnh lý) liên quan đến tim mạch sẽ gây nguy hiểm cho mẹ nếu có thai

- Suy tim, nhồi máu, shock tim.
- Rối loạn nhịp tim cần phải điều trị.
- NYHA > II hoặc có xanh tím. (New York Heart Association)
- Hẹp van tim: động mạch chủ < 1,5 cm², van 2 lá < 2 cm².
- Giảm chức năng cơ tim: EF < 40%; bệnh cơ tim tắc nghẽn, bệnh cơ tim phì đại.
- Cao áp động mạch phổi.

----- oOo -----

3. Những bất thường (bệnh lý hoặc triệu chứng) liên quan đến đái tháo đường sẽ gây nguy hiểm cho mẹ nếu có thai

- Bệnh thận do đái tháo đường.
- Tăng huyết áp.
- Bệnh lý võng mạc, bệnh lý mạch vành.

----- oOo -----

4. Những bất thường (bệnh lý hoặc triệu chứng) liên quan đến cao huyết áp sẽ gây nguy hiểm cho mẹ nếu có thai

- Suy tim, bệnh lý mạch vành.
- Bệnh lý võng mạc.

----- oOo -----

B. Chăm sóc tiền sản

1. Tiền thai (PARA)

- Gồm 4 số: A.B.C.D
 - A: số lần sanh con đủ tháng.
 - B: số lần sanh con thiếu tháng.
 - C: số lần sẩy thai tự nhiên hoặc hút thai.
 - D: số con hiện còn sống.

VD: PARA: 1011. Sinh đủ tháng 1 lần.

Không có sanh thiếu tháng.

Sẩy thai 1 lần.

Hiện tại có 1 đứa con.

2. Các dấu hiệu chẩn đoán có thai

• Dấu hiệu hướng tới có thai.

- Trễ kinh.
- Thay đổi ở vú.
- Ốm nghén.
- Cảm giác thai máy.
- Đổi màu niêm mạc và da ở âm đạo, âm hộ, cổ tử cung.
- Tăng sắc tố ở da.
- Rối loạn tiết niệu.

• Dấu hiệu có thể có thai.

- Bụng lớn.
- Thay đổi ở tử cung.
- Cổ tử cung mềm.
- Con gò Braxton – Hicks.
- Bập bênh thai.
- Sờ được dạng thai.
- hCG (+). (Human Chorionic Gonadotropin)

• Dấu hiệu chắc chắn có thai.

- Tim thai.
- Cử động thai.
- Siêu âm tử cung.

----- oOo -----

3. Những triệu chứng có thể gặp khi có thai

- Buồn nôn và nôn.
- Giãn tĩnh mạch chân.
- Đau lưng.
- Táo bón.
- Mệt mỏi.
- Chuột rút.

----- oOo -----

4. Lịch và nội dung khám thai

Tối thiểu mỗi 3 tháng khám 1 lần. Nếu có thể thì mỗi tháng khám 1 lần.

• Lần khám đầu tiên.

- Xác định xem có thai hay không?; Vị trí của thai? (thai trong hay thai ngoài tử cung); Số lượng thai? (1 thai hay đa thai); Tuổi thai? (bao nhiêu tuần); Thai bình thường hay thai bệnh lý? (thai trứng).

- Đặc điểm của những lần mang thai trước (nếu có): sẩy thai, sanh non, thai suy dinh dưỡng trong tử cung, băng huyết sau sanh, cân nặng của trẻ, tình trạng của trẻ lúc mới sanh . . .
 - Có phẫu thuật hay không?
 - Tình trạng sức khỏe của người mẹ lần mang thai trước: bị bệnh trong khi mang thai (đái tháo đường, cao huyết áp, nhiễm trùng tiêu . . .).
 - Tình trạng sức khỏe của người mẹ lần mang thai này: bệnh lý nội khoa (cao huyết áp, bệnh tim, đái tháo đường, thiếu máu . . .), bệnh lý phụ khoa (khối u buồng trứng, nhân xơ tử cung, bất thường ở cổ tử cung . . .).
 - Tầm soát những bệnh lý lây truyền qua đường tình dục: HIV, lậu, giang mai, *Chlamydia trachomatic* . . .
 - Thói quen của người mẹ: uống rượu, tiếp xúc với khói thuốc lá, dùng thuốc . . .
 - Đánh giá nên tiếp tục hay phải chấm dứt thai kỳ.
 - Điều trị bệnh lý (nếu có).
 - Tư vấn chế độ sinh hoạt.
 - Hướng dẫn sản phụ phát hiện những triệu chứng nguy hiểm (I.B.8-T4)
 - Trả lời những thắc mắc của sản phụ.
 - Hẹn lần tái khám tiếp theo.
 - Hẹn lịch tiêm ngừa uốn ván.(I.B.7-T4)
- **Những lần khám tiếp theo.**
- Đánh giá sức khỏe của người mẹ. Phát hiện những bệnh lý (tiền sản giật, đái tháo đường . . .).
 - Đánh giá sức khỏe và sự phát triển của thai.
 - Trả lời những thắc mắc của sản phụ.
 - Hẹn lần tái khám và tiêm ngừa uốn ván.

----- oOo -----

5. Các phương pháp tính tuổi thai

Theo ngày đầu của chu kỳ kinh cuối. (điều kiện: chu kỳ kinh 28 ngày, đều, sản phụ phải nhớ ngày kinh cuối, ngày dương lịch)

Công thức tính (công thức Nagelé)

- Ngày + 7 ; tháng - 3 ; năm +1 (tháng: 4,5,6,7,8,9,10,11,12)
- Ngày + 7 ; tháng - 3 ; năm + 0 (tháng: 1,2,3)
 - VD: kinh cuối là 14/06/2004 → DS: 21/03/2005 (thai được 40 tuần)
 - VD: kinh cuối là 14/02/2004 → DS: 21/11/2004 (thai được 40 tuần)

Theo siêu âm ở 3 tháng đầu thai kỳ.

- VD: Sản phụ nhập viện lúc: 14/08/2004. SA vào ngày 14/06/2004 thai được 8 tuần (vô kinh) → tuổi thai hiện tại là: 16 tuần.

Theo siêu âm 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối thai kỳ (không chính xác).

Theo bề cao tử cung (BCTC) (không chính xác).

- Công thức tính: $(BCTC/4) + 1 = \text{tuổi thai (tháng)}$

* **Chú ý:** + Nếu sản phụ chỉ nhớ ngày âm lịch phải đổi sang ngày dương lịch.

+ Để thuận lợi nên dùng bảng xoay tính tuổi thai.

----- oOo -----

6. Các xét nghiệm cần làm khi có thai

- Công thức máu: Hb, Hct.
- Nhóm máu, yếu tố Rh.
- Đường huyết.

- HIV (Human Immunodeficiency Virus), HBsAg (Hepatitis B surface Antigen), VDRL (Venereal Disease Research Laboratory).
- Siêu âm thai.
- Tổng phân tích nước tiểu.

----- oOo -----

7. Lịch tiêm ngừa uốn ván

Mục đích: để phòng ngừa uốn ván rốn cho trẻ.

- **Sản phụ chưa tiêm ngừa uốn ván lần nào:** tiêm 2 mũi. Mũi 1 bắt đầu từ tháng thứ 4 của thai kỳ, mũi thứ 2 cách mũi thứ nhất 1 tháng **hoặc** chậm nhất là cách ngày dự sanh 1 tháng.
- **Sản phụ đã tiêm ngừa uốn ván:** tiêm 1 mũi vào tháng thứ 4 **hoặc** chậm nhất là cách ngày dự sanh 1 tháng.

----- oOo -----

8. Các triệu chứng nguy hiểm khi có thai

Nếu sản phụ có một trong những dấu hiệu này thì nên đến khám tại cơ sở y tế ngay.

- **Xuất huyết âm đạo.**
 - Bệnh lý có thể là: sẩy thai, thai ngoài tử cung, nhau tiền đạo, nhau bong non . . .
- **Sung tay và mặt (sung nhiều và nhanh).**
 - Bệnh lý có thể là: tiền sản giật, bệnh tim mạch, bệnh thận . . .
- **Đau rát đường tiểu.**
 - Bệnh lý có thể là: nhiễm trùng đường tiểu . . .
- **Nhức đầu nhiều, mờ mắt đột ngột.**
 - Bệnh lý có thể là: tiền sản giật . . .
- **Sốt, nổi ban.**
 - Bệnh lý có thể là: nhiễm trùng . . .
- **Đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải.**
 - Bệnh lý có thể là: tiền sản giật, hội chứng HELLP . . .
- **Nôn ói nhiều.**
- **Đau bụng dưới nhiều và không giảm khi nghỉ ngơi.**
 - Bệnh lý: sẩy thai, thai ngoài tử cung, chuyển dạ sanh non . . .

----- oOo -----

9. Thai kỳ nguy cơ cao

Định nghĩa

- Thai kỳ nguy cơ cao là thai kỳ có kèm theo 1 hoặc nhiều bất thường, có thể gây nguy hiểm (hoặc tử vong) cho mẹ hoặc (và) con.
- Những trường hợp thuộc nhóm thai kỳ nguy cơ cao phải được theo dõi sanh tại nơi có điều kiện phẫu thuật.

Các trường hợp sau đây được xếp vào loại thai kỳ nguy cơ cao

- **Tình trạng của người mẹ.**
 - Tuổi < 18 hoặc > 35.
 - Chiều cao < 140 cm.
 - Khung chậu bất thường: khung chậu hẹp, khung chậu méo
 - Đã sanh từ 5 lần trở lên.
 - Tiền căn: thai suy dinh dưỡng trong tử cung, thai chết trong tử cung, thai dị dạng, sẩy thai liên tiếp . . .
 - Tiền căn sanh non, sanh hút, sanh forceps.
 - Tiền căn mổ lấy thai, bóc nhân xơ ở tử cung, mổ thai ngoài tử cung đoạn kẽ.
 - Bệnh lý nội khoa đang có: đái tháo đường, bệnh tim, cao huyết áp . . .

- Bệnh lây truyền qua đường tình dục: giang mai, herpes, HIV . . .
- Điều trị hiếm muộn.

• **Bất thường khi có thai.**

- Bệnh lý: tiền sản giật, sản giật, thiếu máu . . .
- Nhau tiền đạo, nhau bong non.
- Chuyển dạ sanh non.
- Đa thai, đa ối.
- Ối vỡ non, ối vỡ sớm.
- Ngôi bất thường: ngôi mông, ngôi mặt, ngôi trán . . .
- Thai to, thai suy dinh dưỡng trong tử cung.

10. Vai trò của siêu âm trong sản khoa. (XIII.A-T89)

----- oOo -----

11. Năm tai biến sản khoa

- Băng huyết sau sanh.
- Tiền sản giật, sản giật.
- Vỡ tử cung.
- Nhiễm trùng hậu sản.
- Uốn ván rốn.

CHƯƠNG II CẤP CỨU

A. Sản giật

- Là 1 trong 5 tai biến sản khoa. (I.B.11-T5)

Tình huống lâm sàng.

Sản phụ lên cơn sản giật.

Nguyên nhân có thể gây tử vong.

Xuất huyết não – màng não.

Phù phổi cấp.

Nhau bong non.

Các bước tiến hành cấp cứu.

Đặt cây ngáng lưỡi vào miệng sản phụ.

Tránh để sản phụ cắn vào lưỡi của mình.

Giữ sản phụ

Tránh để sản phụ ngã, có thể bị chấn thương.

Dùng thuốc cắt cơn giật.

Thuốc thường dùng là Seduxen® 10mg TB/TMC. (TB: Tiêm Bắp; TMC: Tiêm Mạch Chậm)

Cho sản phụ thở oxy.

Tăng lượng oxy trong máu về não.

Thuốc hạ áp (V.A.4-T37)

Dùng thuốc phòng ngừa cơn giật.

Thuốc dùng là Magnesium sulfate. (V.A.3-T36)

Đánh giá sức khỏe của thai. (III.A.4-T8)

Quyết định thời điểm và phương thức chấm dứt thai kỳ.

----- o0o -----

B. Băng huyết sau sanh do đờ tử cung

- Là 1 trong 5 tai biến sản khoa. (I.B.11-T5)

Tình huống lâm sàng.

- Sau khi sổ thai máu chảy nhiều. Khám thấy tử cung co hồi không tốt.
- Sau khi sổ nhau máu chảy nhiều. Khám thấy tử cung co hồi không tốt.

Nguyên nhân có thể gây tử vong.

- Mất máu.

Các bước tiến hành cấp cứu.

• Cho bệnh nhân nằm đầu thấp.

- Tăng lượng máu về não.

• Cho bệnh nhân thở oxy.

- Tăng lượng oxy về não và các cơ quan quan trọng khác.

• Ghi nhận mạch và huyết áp.

- Đánh giá mức độ trầm trọng của tình trạng mất máu và đáp ứng của bệnh nhân với quá trình điều trị.

• Đặt thông tiểu.

- Làm bàng quang trống giúp tử cung co hồi tốt (nếu bàng quang đầy thì tử cung co hồi không tốt).

- Phát hiện sớm tình trạng suy thận.

• Lập 2 đường truyền.

- Khôi phục thể tích tuần hoàn.
- **Truyền dịch.** (đẳng trương hoặc ưu trương)
 - Khôi phục thể tích tuần hoàn.
- **Truyền máu.**
 - Khôi phục thể tích tuần hoàn.
- **Bóc nhau (nếu nhau chưa bong).**
 - Giúp tử cung co tốt.
- **Dùng thuốc tăng co cơ tử cung.** (V.A.1-T35)
 - Giúp tử cung co hồi tốt. Điều trị tình trạng băng huyết do đờ tử cung.
- **Xoa đáy tử cung.**
 - Giúp tử cung co hồi tốt. Điều trị tình trạng băng huyết do đờ tử cung.
- **Dùng kẹp hình tim kẹp ở vị trí 3 giờ và 9 giờ.** (động mạch tử cung)
 - Làm giảm lượng máu mất.
- **Thắt động mạch tử cung.**
- **Thắt động mạch hạ vị (thắt động mạch chậu).**
- **Cắt tử cung toàn phần.**
 - Nhau cài răng lược. (III.H.3-T24)
 - Điều trị nội khoa không đáp ứng.

CHƯƠNG III NHỮNG VẤN ĐỀ TRONG SẢN KHOA

A. Các vấn đề cơ bản

1. Các phương pháp tính tuổi thai (I.B.5-T3)

Tuổi thai có ảnh hưởng rất lớn đến thái độ xử trí trong sản khoa.

VD: Khi có dấu hiệu chuyển dạ sanh.

Nếu: thai được 40 tuần → theo dõi chuyển dạ.

thai được 32 tuần → dùng thuốc giảm co, thuốc kích thích trưởng thành phổi.

Các anh (chị) phải xác định chính xác tuổi thai.

Phương pháp tính tuổi thai chính xác: theo công thức Nagelé, kết quả siêu âm ở 3 tháng đầu thai kỳ.

----- oOo -----

2. Các phương pháp tính trọng lượng thai

Trọng lượng thai là 1 trong những yếu tố giúp “tiên lượng cuộc sanh”.

VD: Sản phụ đã sanh 1 lần con nặng 3400g.

Nếu: trọng lượng thai lần này là 3600g → có thể sanh ngã âm đạo khó khăn.

trọng lượng thai lần này là 3200g → có thể sanh ngã âm đạo dễ dàng.

Trong “ngôi mông”, nếu trọng lượng thai > 3000g → chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai.

Chưa có phương pháp nào giúp xác định trọng lượng thai 1 cách chính xác.

(BCTC + VB)

- Công thức cổ điển: $\frac{\text{BCTC} + \text{VB}}{4} \times 100 = X \text{ (g)} (\pm 300\text{g})$.

- Công thức Mc Donald.

- Nếu ối chưa vỡ: $(\text{BCTC} - 12) \times 155 = X \text{ (g)} (\pm 200\text{g})$.

- Nếu ối đã vỡ: $(\text{BCTC} - 11) \times 155 = X \text{ (g)} (\pm 200\text{g})$.

- Siêu âm thai.

----- oOo -----

3. Các dấu hiệu xác định thai đã trưởng thành

Nếu anh (chị) không có dữ kiện để tính tuổi thai 1 cách chính xác (VD: kinh cuối, kết quả siêu âm ở 3 tháng đầu thai kỳ, ngày dự sanh của những lần khám thai trước . . .). Anh (chị) cần biết thai nhi đã trưởng thành (có khả năng sống sau khi ra đời) hay chưa để có hướng xử trí thích hợp. Anh (chị) có thể tham khảo các dữ kiện sau

Theo đường kính lưỡng đỉnh (BPD:BiParietal Diameter) và chiều dài xương đùi (FL:Femur Length).

Khi $\text{BPD} \geq 90 \text{ mm}$ và/hoặc $\text{FL} \geq 70\text{mm}$, đa số thai đã trưởng thành.

Độ trưởng thành của bánh nhau.

Khi bánh nhau trưởng thành độ 3, đa số thai đã trưởng thành.

----- oOo -----

4. Các phương pháp đánh giá sức khỏe của thai

Đếm cử động thai.

Nghe tim thai (bằng ống nghe Pinard hoặc bằng máy).

Siêu âm thai.

Non stress test.

Oxytocin challenger test (OCT).

----- oOo -----

5. Các dấu hiệu nghi ngờ thai to

Thai to được định nghĩa là trọng lượng thai $\geq 4000g$.

Cần chẩn đoán phân biệt thai to với đa thai, đa ối (do cả 3 trường hợp này bề cao tử cung to hơn tuổi thai).

Thai to có thể làm chuyển dạ kéo dài hoặc ngưng tiến triển.

Thai to có thể làm băng huyết sau sanh do đỡ tử cung.

Biến chứng nguy hiểm nhất khi sanh ngã âm đạo là kẹt vai.

Các dấu hiệu nghi ngờ thai to

Tiền căn sanh con to.

Tiền căn bị bệnh đái tháo đường.

Bề cao tử cung > 35 cm.

Tăng cân trong thai kỳ > 15 kg.

Thai quá ngày.

----- oOo -----

6. Các điểm mốc của ngôi thai

Anh (chị) có thể nhầm thóp sau với thóp trước.

Anh (chị) có thể nhầm ngôi mông với ngôi mặt.

Chỉ xác định được kiểu thể qua thăm khám âm đạo khi cổ tử cung đã mở.

Các điểm mốc và ngôi thai

Ngôi chằm (ngôi chỏm): thóp sau (sanh ngã âm đạo).

Ngôi mông: đỉnh xương cùng (có thể sanh ngã âm đạo).

Ngôi thóp trước: thóp trước (thường phải mổ lấy thai).

Ngôi trán: góc mũi (thường phải mổ lấy thai).

Ngôi mặt: cằm (thường phải mổ lấy thai).

Ngôi ngang: môm vai (thường mổ lấy thai).

----- oOo -----

7. Kiểu thể của thai

Là một trong những yếu tố để “tiên lượng cuộc sanh”. (III.A.17-T14)

Là 1 trong những yếu tố cần xác định khi thực hiện thủ thuật (giác hút, forceps).

VD: kiểu thể sau “Chằm chậu phải sau” có thể làm chuyển dạ kéo dài hoặc ngưng tiến triển.

Trong ngôi chằm, bứu huyết thanh có thể gây khó khăn cho các anh (chị) khi xác định kiểu thể.

Ngôi chằm. (ngôi chỏm)

Chằm chậu trái trước.

Chằm chậu trái sau.

Chằm chậu phải trước.

Chằm chậu phải sau.

Ngôi mông.

Cùng chậu trái trước.

Cùng chậu trái sau.

Cùng chậu phải trước.

Cùng chậu phải sau.

Ngôi trán.

Mũi chậu trái trước.

Mũi chậu trái sau.

Mũi chậu phải trước.

Mũi chậu phải sau.

Ngôi mặt.

Cằm chậu trái trước.

Cằm chậu trái sau.

Cầm chậu phải trước.

Cầm chậu phải sau.

Ngôi ngang.

Vai chậu trái lưng trước.

Vai chậu trái lưng sau.

Vai chậu phải lưng trước.

Vai chậu phải lưng sau.

Kiểu thể trước hay sau tùy theo lưng thai nhi hướng về phía trước (bụng sản phụ) hay phía sau (lưng sản phụ).

Để chẩn đoán được kiểu thể cần phải biết 2 yếu tố: (1) đầu thai nhi ở bên trái hay bên phải của sản phụ; (2) lưng thai nhi nằm ở phía trước hay phía sau. Ví dụ: đầu ở bên trái và lưng ở phía trước thì kiểu thể là “Vai chậu trái lưng trước”; đầu ở bên phải và lưng ở phía sau thì kiểu thể là “Vai chậu phải lưng sau” . . .

----- oOo -----

8. Độ lọt của thai (ngôi chằm)

Mục đích

- Đánh giá sự tiến triển của chuyển dạ.
- Đánh giá điều kiện để thực hiện thủ thuật (VD: forceps).
- Đánh giá kết quả của nghiệm pháp lọt.
- Là yếu tố tiên lượng cuộc sanh. (III.A.17-T14)

VD: chỉ giúp sanh bằng forceps khi thai đã lọt +2

khi CTC mở 5 cm mà thai chưa lọt → yếu tố bất lợi khi cho sanh ngã âm đạo.

Các phương pháp xác định độ lọt của thai

Khám âm đạo

- **Tim mối tương quan giữa “phần thấp nhất của xương sọ thai nhi” với 2 gai hông.**
 - Nếu “phần thấp nhất của xương sọ thai nhi” **ngang với 2 gai hông**: độ lọt là 0.
 - Nếu “phần thấp nhất của xương sọ thai nhi” **trên 2 gai hông** khoảng 1 đốt ngón tay (1cm): độ lọt là -1.
 - Nếu “phần thấp nhất của xương sọ thai nhi” **dưới 2 gai hông** khoảng 2 đốt ngón tay (2 cm): độ lọt là +2.
 - Độ lọt được tính như sau: -3; -2; -1; 0; +1; +2; +3.
- **Ưu điểm** (so với phương pháp khám trên thành bụng).
 - Có thể đánh giá chính xác khi sản phụ béo phì.
 - Xác định được ngôi thai.
 - Có thể xác định được kiểu thể.
 - Xác định được độ xóa, mở, hướng và mật độ của cổ tử cung.
 - Có thể phát hiện sa dây rốn.
- **Khuyết điểm** (so với phương pháp khám trên thành bụng).
 - Tăng nguy cơ nhiễm trùng ối (nếu ối đã vỡ).
 - Làm sản phụ khó chịu.
 - Đánh giá không chính xác (độ lọt, kiểu thể) nếu đầu thai nhi có bướu huyết thanh to hoặc uốn khuôn.
 - Có thể làm chảy máu (nhau tiền đạo).

Khám trên thành bụng (phương pháp 5 ngón tay).

- **Đặt 5 ngón tay lên trên xương vè.**
 - Nếu 5 ngón tay ôm hết đầu thai thì độ lọt là 5/5.
 - Nếu 4 ngón tay ôm hết đầu thai thì độ lọt là 4/5
 - Nếu không sờ thấy đầu thai nhi thì độ lọt là 0/5
 - Độ lọt được tính như sau: 5/5; 4/5; 3/5; 2/5; 1/5; 0/5

- **Ưu điểm** (so với khám trong âm đạo)
 - Tránh nguy cơ nhiễm trùng ối ở những trường hợp ối vỡ.
 - Giảm sự khó chịu cho sản phụ.
 - Có thể đánh giá được độ lọt khi đầu thai nhi uốn khuôn hoặc có bướu huyết thanh to.
- **Khuyết điểm** (so với khám trong âm đạo)
 - Khó đánh giá chính xác khi sản phụ béo phì.
 - Không xác định được ngôi thai.
 - Không xác định được kiểu thể.
 - Không xác định được độ xóa, mở cửa, hướng và mật độ của cổ tử cung.
 - Không phát hiện được sa dây rốn.

Mối tương qua của độ lọt giữa cách khám trên thành bụng và trong âm đạo (WHO)

-3	-2	-1 - 0	+1 - +2
4/5	3/5	2/5	1/5

Các dấu hiệu xác định thai đã lọt

Phương pháp 5 ngón tay: < 2/5.

Khám âm đạo: +1.

Thi thứ 4 của thủ thuật Leopold: 2 bàn tay không hội tụ được.

Dấu hiệu Farabeuf: ngón tay không sờ được đốt sống cùng thứ 2.

Nghe tim thai: vị trí nghe tim thai rõ nhất cách bờ trên xương vệ < 7cm.

----- oOo -----

9. Bướu huyết thanh

Đặc điểm.

Biến mất sau vài ngày.

Điều trị chủ yếu là theo dõi.

Khó khăn do bướu huyết thanh gây ra.

Chẩn đoán độ lọt không chính xác.

Chẩn đoán kiểu thể không chính xác.

----- oOo -----

10. Ngôi môn

Là thai kỳ nguy cơ cao. (I.B.9-T4)

Có thể sanh ngã âm đạo, tuy nhiên sẽ có nhiều nguy cơ cho trẻ.

Phân loại ngôi môn.

- Ngôi môn đủ. Có thể theo dõi sanh ngã âm đạo.
- Ngôi môn thiếu:
 - Ngôi môn thiếu kiểu môn. Có thể theo dõi sanh ngã âm đạo. Nguy cơ sa dây rốn ít nhất.
 - Ngôi môn thiếu kiểu chân. Nên mổ lấy thai.
 - Ngôi môn thiếu kiểu gối. Nên mổ lấy thai.

Điều kiện thuận lợi cho sanh ngã âm đạo (ngôi môn).

Thai đủ tháng.

Trọng lượng thai lần này nhỏ hơn lần trước hoặc trọng lượng thai 2800g – 3200g.

Tiền căn có sanh ngôi môn.

Con rạ, trọng lượng của bé ở lần sanh trước lớn hơn lần này.

Đầu thai nhi cúi tốt.

Ngôi môn thiếu kiểu môn hoặc ngôi môn đủ.

Khung chậu rộng, đường kính trước sau của khung chậu trong $\geq 11,5$ cm.

Đỡ sanh ngôi môn phải được thực hiện ở nơi có điều kiện phẫu thuật.

Nhân viên y tế có kinh nghiệm đỡ sanh ngôi môn.

Những điều cần thực hiện khi theo dõi sanh ngã âm đạo.

Đủ điều kiện sanh ngã âm đạo.

Phải duy trì cơn co tử cung tốt. Nếu cần có thể dùng Oxytocin để tạo cơn co tốt.

Tránh làm ối vỡ sớm.

Can thiệp đúng lúc.

Chỉ cho sanh khi cổ tử cung mở trọn và tầng sinh môn giãn rộng.

Cố gắng giữ cho đầu thai nhi cúi thật tốt (tránh kẹt đầu hậu).

Chỉ định cắt tầng sinh môn rộng rãi.

Có bác sĩ nhi khoa hỗ trợ khi hồi sức sơ sinh.

----- o0o -----

11. Biến chứng của ngôi bất thường

Dễ làm ối vỡ.

Dễ bị sa dây rốn khi ối vỡ.

Chuyển dạ kéo dài, chuyển dạ ngưng tiến triển.

Vỡ tử cung.

Tăng nguy cơ mổ lấy thai.

Tăng tỷ lệ tử vong cho mẹ và thai.

----- o0o -----

12. Phân loại song thai

• Song thai là 1 thai kỳ nguy cơ cao. (I.B.9-T4)

• Song thai có thể gây nhiều biến chứng trong hoặc sau khi sanh: thuyên tắc ối, chuyển dạ kéo dài, băng huyết sau sanh do dờ tử cung . . .

Nên mổ lấy thai.

Thai thứ 1 ngôi mông. Thai thứ 2 là ngôi bất kỳ.

Thai thứ 1 ngôi ngang. Thai thứ 2 là ngôi bất kỳ.

Song thai 1 buồng ối.

Có thể theo dõi sanh ngã âm đạo.

Thai thứ 1 ngôi đầu, thai thứ 2 ngôi đầu. Có thể theo dõi sanh thai thứ 2 bình thường hoặc nội xoay đại kéo thai thai thứ 2 sau khi sanh thai thứ 1.

Thai thứ 1 ngôi đầu, thai thứ 2 ngôi mông. Nội xoay đại kéo thai thai thứ 2 sau khi sanh thai thứ 1.

Thai thứ 1 ngôi đầu, thai thứ 2 ngôi ngang. Nội xoay đại kéo thai thai thứ 2 sau khi sanh thai thứ 1.

----- o0o -----

13. Số đo các đường kính của khung chậu trong

• Là một trong những yếu tố tiên lượng cuộc sanh. (III.A.17-T14)

• Có thể gây những bất thường trong quá trình chuyển dạ: chuyển dạ kéo dài, chuyển dạ ngưng tiến triển.

• Có thể đo được khi khám âm đạo (1 số đường kính) hoặc kích quang chậu (không phải là chụp XQ vùng chậu).

Eo trên.

Đường kính trước – sau.

- Đường kính mồm nhô – thượng vệ: 11 cm.

- Đường kính mồm nhô – hạ vệ: 12 cm.

- Đường kính mồm nhô – hậu vệ: 10,5 cm.

Đường kính ngang.

- Đường kính ngang hữu dụng: 12,5 cm.

- Đường kính ngang tối đa: 13,5 cm.

Đường kính chéo.

- Đường kính chéo trái: 12,75 cm.
- Đường kính chéo phải: 12,75 cm.

Eo giữa.

- Đường kính trước – sau: 11,5 cm.
- Đường kính dọc sau: 4,5 cm.
- Đường kính ngang: 10,5 cm.

Eo dưới.

- Đường kính trước – sau: 9,5 – 11,5 cm.
- Đường kính ngang: 11 cm.

----- oOo -----

14. Chỉ số Bishop

Là một trong những yếu tố tiên lượng sự thành công hay thất bại khi giục sanh.

	0	1	2	3
Độ mở của CTC (cm)	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6
Độ xóa của CTC (%)	0 – 30	40 – 50	60 – 70	80
Độ lọt của thai	- 3	- 2	-1 và 0	+1 - +2
Mật độ của CTC	Chắc	Trung bình	Mềm	
Hướng của CTC	Ngã sau	Trung gian	Ngã trước	

Nếu tổng số điểm:

- 10 → tiên lượng sanh trong vòng 2 – 3 giờ.
- 7 – 9 → tiên lượng sanh trong vòng 8 giờ.
- 5 – 6 → tiên lượng sanh dè dặt.
- <5 → nguy cơ giục sanh thất bại.

----- oOo -----

15. Đánh giá cơn co tử cung

Chẩn đoán phân biệt chuyển dạ thật với chuyển dạ giả. (III.B.1-T15)

Chẩn đoán nguyên nhân gây chuyển dạ kéo dài. (VD: 1 trong những nguyên nhân gây chuyển dạ kéo dài là cơn co tử cung thưa).

Chẩn đoán nguyên nhân gây suy thai. (VD: cơn co tử cung cường tính là 1 trong những nguyên nhân gây suy thai).

Chẩn đoán nguyên nhân gây xuất huyết 3 tháng cuối thai kỳ. (VD: nếu do nhau bong non thì ra huyết âm đạo kèm với đau bụng, nếu do nhau tiền đạo thì ra huyết âm đạo không kèm đau bụng . . .).

Đánh giá cơn co tử cung có tốt (phù hợp giai đoạn chuyển dạ) hay không.

Đánh giá cơn co tử cung bằng 2 cách: bằng tay (không chính xác) hoặc bằng máy monitoring sản khoa (chính xác hơn).

----- oOo -----

16. Dấu hiệu dọa vỡ tử cung (tử cung không có sẹo mổ cũ)

Vỡ tử cung là 1 trong 5 tai biến sản khoa (I.B.11-T5)

Tỷ lệ tử vong cho mẹ và con cao.

Tử cung có sẹo mổ cũ không có dấu hiệu dọa vỡ.

Các dấu hiệu

Sản phụ đau nhiều, vật vã.

Cơn co tử cung cường tính.

Vòng Bandl (ranh giới giữa thân tử cung và đoạn dưới tử cung) lên cao.

Tử cung thắt eo (hình quả bầu).

Dấu hiệu Frommel (hai dây chằng tròn căng).

----- oOo -----

17. Các yếu tố tiên lượng cuộc sanh

Khi tiếp nhận 1 sản phụ, vấn đề đầu tiên là đánh giá xem sản phụ có thể sanh ngã âm đạo hay không, từ đó có thái độ xử trí thích hợp.

- Nơi không có điều kiện phẫu thuật: chuyển tuyến trên những trường hợp không thể sanh ngã âm đạo.

- Nơi có điều kiện phẫu thuật: chuẩn bị cho 1 cuộc mổ lấy thai những trường hợp không thể sanh ngã âm đạo.

Ba chữ “P”:

- **Power**: mẹ đủ sức khỏe để rặn sanh và cơn co tử cung tốt.
 - VD: mẹ không bị bệnh tim, phổi, suy dinh dưỡng . . .
cơn co tử cung phù hợp giai đoạn chuyển dạ.
- **Pelvis (Passage)**: khung chậu người mẹ không có bất thường.
 - VD: khung chậu không có bị hẹp hay giới hạn.
khung chậu không có méo, lệch.
- **Passenger**: thai nhi bình thường.
 - VD: trọng lượng: không quá to.
ngôi: không phải là ngôi bất thường (ngôi mặt, ngôi trán, ngôi thóp trước . . .).
kiểu thế: kiểu thế sau (ngôi chằm) thường chuyển dạ lâu hơn kiểu thế trước.
tim thai: tốt.

Bốn chữ “P”:

- **Power**.
 - **Pelvis (Passage)**.
 - **Passenger**.
 - **Placenta**: nhau tiền đạo trung tâm có chỉ định mổ lấy thai.
- oOo -----

18. Băng huyết sau sanh

- Máu mất > 500 ml (khi sanh ngã âm đạo) hoặc > 1000 ml (khi mổ lấy thai).
- Là 1 trong 5 tai biến sản khoa. (I.B.11-T5)
- Là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho mẹ ở các nước đang phát triển.

Phân loại.

Băng huyết sau sanh sớm: xảy ra trong vòng 24 giờ đầu sau sanh.

Băng huyết sau sanh muộn: xảy ra sau 24 giờ đầu sau sanh.

Nguyên nhân.

Đờ tử cung.

Tổn thương đường sinh dục.

Rối loạn đông máu.

Sốt nhau.

Yếu tố thuận lợi gây băng huyết sau sanh do đờ tử cung.

Sanh nhiều lần.

Đa thai, đa ối.

Thai to.

Chuyển dạ kéo dài, chuyển dạ ngưng tiến triển.

Yếu tố thuận lợi gây băng huyết sau sanh do tổn thương đường sinh dục.

Cất tầng sinh môn.

Giúp sanh bằng forceps.

Cho sanh sớm khi chưa đủ điều kiện: cổ tử cung chưa mở trọn, tầng sinh môn chưa giãn.

----- oOo -----

B. Chuyển dạ

1. Chẩn đoán chuyển dạ thật và chuyển dạ giả

Tình huống: sản phụ đau trần bụng xin nhập viện. Anh (chị) cần xác định đây là chuyển dạ thật hay giả để có thể cho nhập viện hay không.

Chuyển dạ thật	Chuyển dạ giả
- Con co tử cung xảy ra đều đặn.	- Con co tử cung xảy ra không đều.
- Thời gian nghỉ giữa các cơn co ngắn lại.	- Thời gian nghỉ giữa các cơn co không đều.
- Thời gian co càng ngày càng tăng.	- Thời gian co không đều và càng ngày càng giảm.
- Gây đau.	- Thường không gây đau.
- Có hiện tượng xóa mờ cổ tử cung.	- Không có hiện tượng xóa mờ cổ tử cung.
- Không biến mất khi dùng thuốc giảm đau.	- Biến mất khi dùng thuốc giảm đau.

2. Các giai đoạn của chuyển dạ

Giúp chẩn đoán và tìm nguyên nhân gây chuyển dạ kéo dài.

Phân chia giai đoạn chuyển dạ

- **Giai đoạn 1:** (giai đoạn xóa mờ cổ tử cung)
 - Từ khi có cơn co tử cung đều đặn đến khi cổ tử cung mở 10 cm.
 - Giai đoạn 1 chia làm 2 pha.
 - + Pha tiềm thời: từ khi cơn co tử cung đều đặn đến khi cổ tử cung mở 3 cm.
 - + Pha hoạt động: cổ tử cung mở 4 – 10 cm.
- **Giai đoạn 2:** (giai đoạn sổ thai)
 - Tính từ khi cổ tử cung mở 10 cm đến khi thai sổ ra ngoài.
- **Giai đoạn 3:** (giai đoạn sổ nhau)
 - Tính từ khi thai sổ đến khi nhau sổ.

Thời gian trung bình của chuyển dạ (Friedman 1978)

Pha tiềm thời	Con so	Con rạ
- Thời gian trung bình (giờ)	6,4 (6)	4,8 (5)
- Giới hạn trên (giờ)	20,1 (20)	13,6 (14)
Pha hoạt động	Con so	Con rạ
- Thời gian trung bình (giờ)	4,6 (5)	2,4 (3)
- Tốc độ mở cổ tử cung (cm/giờ)	1,2	1,5
Giai đoạn 2	Con so	Con rạ
- Thời gian trung bình (giờ)	1	0,5
- Giới hạn trên (giờ)	2,9 (3)	1,1 (1)

Cơn co bình thường ở từng giai đoạn của chuyển dạ.

- **Giai đoạn 1:**
 - Pha tiềm thời: ≤ 2 cơn co trong 10 phút, mỗi cơn co kéo dài khoảng 20 giây.
 - Pha hoạt động: 3 cơn co trong 10 phút, mỗi cơn co kéo dài khoảng 30 – 45 giây.
- **Giai đoạn 2:** > 3 cơn co trong 10 phút, mỗi cơn co kéo dài khoảng 45 – 60 giây.

----- oOo -----

3. Chuyển dạ bất thường (chuyển dạ kéo dài, chuyển dạ ngưng tiến triển)

Tùy theo thời điểm và nguyên nhân gây chuyển dạ kéo dài mà ta có hướng xử trí khác nhau. VD: kéo dài pha tiềm thời: xem lại chẩn đoán (chuyển dạ thật hay chuyển dạ giả), theo dõi thêm . . .

chuyển dạ kéo dài do bất xứng đầu chậu: mổ lấy thai

Phân loại chuyển dạ bất thường.

Chuyển dạ kéo dài.

- Kéo dài pha tiềm thời.
- Kéo dài pha hoạt động.
- Kéo dài giai đoạn 2.

Chuyển dạ ngưng tiến triển.

Các nguyên nhân làm chuyển dạ kéo dài.

Kéo dài pha tiềm thời.

- Chẩn đoán lầm chuyển dạ (chuyển dạ giả).
- Cơ co tử cung yếu.
- Bất xứng đầu chậu.
- Ngôi bất thường.

Kéo dài pha hoạt động.

- Cơ co tử cung yếu.
- Bất xứng đầu chậu.
- Ngôi bất thường.
- Kiểu thể bất thường.

Kéo dài giai đoạn 2.

- Mẹ không đủ sức khỏe để rặn. Mẹ không biết cách rặn.
- Cơ co tử cung yếu.
- Bất xứng đầu chậu.
- Ngôi bất thường.
- Kiểu thể bất thường.

Chuyển dạ ngưng tiến triển.

- Bất xứng đầu chậu.
- Ngôi bất thường.
- Khô u tiền đạo.

Các nguy cơ khi chuyển dạ kéo dài.

Nhiễm trùng ối.

Suy thai.

Thai chết trong tử cung.

Vỡ tử cung.

Mẹ mệt mỏi, kiệt sức.

Băng huyết sau sanh do đờ tử cung.

Các dấu hiệu nghi ngờ bất xứng đầu chậu.

Thai to.

Dấu hiệu đầu chồm vẹo.

Đầu không áp sát vào cổ tử cung.

Có dấu hiệu chùng xương.

Bướu huyết thanh càng ngày càng to.

----- oOo -----

4. Khởi phát chuyển dạ

Chỉ định.

• Cho mẹ.

- Tiền sản giật nặng, sản giật.
- Thai chết trong buồng tử cung.
- Nhiễm trùng ối.
- Mẹ có các bệnh lý ác tính.
- Đái tháo đường type I.

- **Cho thai.**

- Cao huyết áp do thai.
- Thai quá ngày.
- Thai chậm phát triển trong tử cung.
- Tiền căn thai chết trong tử cung không rõ nguyên nhân.
- Bất thường các test đánh giá sức khỏe của thai (Non stress test).
- Thai dị dạng.

Chống chỉ định.

- **Chống chỉ định tuyệt đối.**

- Ngôi bất thường.
- Có bất xứng đầu chậu.
- Nhau tiền đạo.
- Có vết mổ trên tử cung. (VD: mổ lấy thai, mổ bóc nhân xơ, thai ngoài tử cung đoạn kẽ).
- Sa dây rốn.

- **Chống chỉ định tương đối.**

- Thai non tháng.
- Đã sinh nhiều lần.

Tai biến và biến chứng.

- Thai non tháng.
- Cơ co tử cung cường tính.
- Nhiễm trùng ối.
- Suy thai.
- Khởi phát thất bại.
- Vỡ tử cung.
- Sa dây rốn.
- Thuyên tắc ối.
- Ngộ độc nước, hạ natri máu.
- Băng huyết sau sinh do đờ tử cung.
- Chuyển dạ kéo dài.

Các phương pháp.

- **Làm mềm cổ tử cung.**

- Tách ối.
- Dùng sonde Foley.
- Prostaglandine.

- **Tạo cơn co tử cung.**

- Bám ối.
- Oxytocin.

----- oOo -----

5. Sinh non

Nguy cơ thường gặp ở trẻ non tháng là: suy hô hấp, nhiễm trùng, hạ đường huyết . . .

- **Dấu hiệu dọa sinh non.**

- Đau bụng.
- Cảm giác trần bụng.
- Có dịch trong âm đạo chảy ra.
- Có cơn co tử cung (thưa).

• **Dấu hiệu chuyển dạ sanh non.**

- Có 4 cơn co tử cung trong 20 phút **hoặc** 8 cơn co tử cung trong 60 phút **kèm với**
- Cổ tử cung mở $\geq 2\text{cm}$ **hoặc** xóa $\geq 80\%$.
- Có sự thay đổi ở cổ tử cung được nhận định bởi 1 người khám trong nhiều lần khám liên tiếp.
- Ối vỡ.

• **Xử trí 1 trường hợp chuyển dạ sanh non.** (VI.A.6-T46)

----- oOo -----

C. Cao huyết áp do thai

Là một thai kỳ nguy cơ cao. (I.B.9-T4)

Là bệnh lý nội khoa thường gặp nhất trong thai kỳ.

Có nhiều biến chứng nguy hiểm: sản giật, hội chứng HELLP, nhau bong non . . .

1. Phân loại bệnh cao huyết áp trong thai kỳ

Theo The working group of the National High Blood Pressure Education Program 2000

1. Cao huyết áp trong thai kỳ (cao huyết áp thoáng qua).

HA $\geq 140/90$ mmHg ở lần khám đầu tiên trong thai kỳ.

Không có protein niệu.

Huyết áp trở về bình thường trong vòng 12 tuần sau sanh.

Có thể có những dấu hiệu của tiền sản giật: đau thượng vị.

Chẩn đoán chỉ xác định được sau giai đoạn hậu sản.

2. Tiền sản giật.

2.1. Mức độ nhẹ.

HA $\geq 140/90$ mmHg xảy ra sau tuần thứ 20 của thai kỳ.

Protein niệu $\geq 300\text{mg}/24$ giờ hoặc $\geq 1+$ ở que thử.

2.2. Mức độ nặng.

HA $\geq 160/110$ mmHg.

Protein niệu $\geq 2\text{g}/24$ giờ hoặc $\geq 2+$ ở que thử.

Đau thượng vị.

Nhức đầu, mờ mắt.

Tiểu cầu $< 100.000/\text{mm}^3$.

ALT (Alanine aminotransferase), AST (Aspartate aminotransferase) tăng.

Tán huyết vi thể (LDH tăng). (Lactate DeHydrogenase)

Creatinine $> 1,2$ mg/dl.

3. Sản giật.

Có giật trên những sản phụ bị tiền sản giật sau khi loại trừ các nguyên nhân khác.

4. Tiền sản giật trên cao huyết áp mãn.

Tăng protein niệu $\geq 300\text{mg}/24$ giờ trước tuần thứ 20 ở những sản phụ bị cao huyết áp mãn.

Huyết áp tăng, protein niệu tăng và tiểu cầu $< 100.000/\text{mm}^3$ đột ngột ở những sản phụ bị cao huyết áp và protein niệu trước tuần thứ 20.

5. Cao huyết áp mãn và thai.

HA $\geq 140/90$ mmHg trước tuần thứ 20 hoặc được chẩn đoán trước tuần thứ 20.

Cao huyết áp được chẩn đoán sau tuần thứ 20 và tồn tại sau 12 tuần sau sanh.

----- oOo -----

2. Thuốc hạ áp (V.A.4-T37)

----- oOo -----

3. Thuốc phòng ngừa cơn sản giật (V.A.3-T36)

----- oOo -----

4. Điều trị sản giật (II.A-T6)

----- o0o -----

5. Xử trí 1 trường hợp tiền sản giật (VI.A.15-T58)

----- o0o -----

6. Hội chứng HELLP

+ Các dấu hiệu. (XI.A.1-T86)

+ Các xét nghiệm cần làm. (X.A.2-T84)

----- o0o -----

D. Suy thai

1. Chẩn đoán

Nhịp tim chậm < 120 lần/ 1 phút.

Nhịp tim nhanh > 160 lần/ 1 phút.

Nhịp tim 120 – 160 lần/ 1 phút, không đều.

Có nhịp giảm muộn hoặc nhịp giảm bất định trên monitoring sản khoa.

Dao động nội tại giảm (nhịp tim thai phẳng) trên monitoring sản khoa.

Có phân su trong nước ối (ngôi chắm).

----- o0o -----

2. Phương pháp hồi sức tim thai

Cho mẹ nằm nghiêng trái.

Cho mẹ thở oxy.

Truyền dịch.

Giảm cơn co tử cung (nếu cơn co cường tính).

----- o0o -----

3. Nguyên nhân khó nghe được tim thai (VII.B.7-T73)

----- o0o -----

4. Xử trí 1 trường hợp tim thai bất thường (VI.A.3-T41)

----- o0o -----

E. Mổ lấy thai

Là phẫu thuật thường gặp nhất trong sản khoa.

Chỉ định mổ lấy thai càng ngày càng rộng rãi.

Có rất ít tai biến và biến chứng khi mổ lấy thai. Tuy nhiên, tỷ lệ bị tai biến và biến chứng trong mổ lấy thai vẫn cao hơn khi sinh ngã âm đạo.

1. Chỉ định mổ lấy thai

• Chỉ định mổ lấy thai bất chấp tuổi thai (non tháng hoặc đủ tháng hoặc đã chết).

- Nhau tiền đạo trung tâm ra huyết. (III.H.1-T23)

- Nhau bong non thể nặng. (III.H.2-T23)

- Sản giật.

- Hội chứng HELLP. (III.C.6-T19)

- Dọa vỡ tử cung. (III.A.16-T13)

- Vỡ tử cung.

• Chỉ định mổ lấy thai khác.

► Do thai.

- Sức khỏe của thai: suy thai (III.D.1-T19), thai suy dinh dưỡng trong tử cung (tương đối) . . .

- Ngôi thai bất thường: ngôi mông, ngôi ngang, ngôi trán, ngôi mặt . . .

* Các ngôi bất thường này có thể biến thành ngôi chắm khi chưa chuyển dạ và nước ối còn nhiều. Vì thế, chỉ nên mổ lấy thai khi đã vào chuyển dạ, thiếu ối hoặc ối vỡ.

* Ngôi mông có thể sinh ngã âm đạo. Tuy nhiên, do tai biến và biến chứng khá nhiều nên ngày nay có xu hướng mổ lấy thai trong những trường hợp ngôi mông.

- Song thai: nghi ngờ song thai khóa, thai thứ 1 là ngôi mông hoặc ngôi ngang.

► **Do phần phụ của thai.**

- Dây rốn: sa dây rốn. (VI.A.12-T53)
- Nhau: nhau bong non, nhau bám mép (sau khi bám ối máu tươi vẫn còn chảy ra).
- Nước ối: thiếu ối (III.G.2-T22) (có thể theo dõi sanh ngã âm đạo).

► **Do mẹ.**

- Bệnh lý của mẹ
 - + Tiền sản giật: điều trị nội không hiệu quả; có biến chứng sản giật; hội chứng HELLP.
 - + Đái tháo đường.
 - + Ung thư cổ tử cung, nhiễm Herpes, nhiễm HIV . . .
- Khung chậu: khung chậu lệch, khung chậu hẹp.
- Tử cung: có vết mổ lấy thai. (III.F.1-T21)
 - + Chỉ định mổ chủ động khi: đã mổ lấy thai 2 lần, vết mổ lần trước là dọc thân tử cung.
 - + Vết mổ lần trước là ngang đoạn dưới: chỉ định mổ lấy thai khi
 - Có kèm theo yếu tố bất thường: ngôi mông, ối vỡ sớm . . .
 - Bất thường trong quá trình theo dõi chuyển dạ: chuyển dạ kéo dài, đau vết mổ lấy thai cũ . . .
- Điều trị hiếm muộn (thụ tinh trong ống nghiệm).

► **Các nguyên nhân khác.**

- Bất xứng đầu chậu.
- Khối u tiền đạo: u xơ ở đoạn dưới tử cung, khối u buồng trứng (hoặc các khối u khác) ngăn cản quá trình lọt, xuống và sổ của thai.
- Giục sanh thất bại.
- Nghiệm pháp lọt thất bại.

----- oOo -----

2. So sánh đường mổ dọc giữa dưới rốn và ngang trên vệ

Đặc điểm	Dọc giữa dưới rốn	Ngang trên vệ
1. Tính cơ động.	- Tốt.	- Kém hơn.
2. Mất máu.	- Ít.	- Nhiều hơn.
3. Lành vết thương.	- Kém hơn.	- Tốt.
4. Thoát vị thành bụng.	- Dễ.	- Khó hơn.
5. Đỉnh vào vết mổ của các tạng trong ổ bụng	- Dễ.	- Khó hơn.
6. Khi mổ lại.	- Dễ.	- Khó hơn.
7. Tính thẩm mỹ.	- Không.	- Có.

----- oOo -----

3. So sánh đường mổ dọc thân tử cung và ngang đoạn dưới tử cung

Đặc điểm	Dọc thân tử cung	Ngang đoạn dưới tử cung
1. Nguy cơ đi ngang bánh nhau.	- Nhiều.	- Ít hơn.
2. Lấy thai.	- Dễ dàng.	- Khó hơn.
3. Tổn thương bàng quang.	- Ít (không có).	- Có thể có.
4. Tổn thương động mạch tử cung.	- Không.	- Có thể có.
5. Mất máu.	- Nhiều.	- Ít hơn.
6. Lành vết thương.	- Kém hơn.	- Tốt hơn.
7. Nguy cơ dính tử cung với các tạng xung quanh hoặc thành bụng.	- Nhiều.	- Ít hơn.
8. Nguy cơ vỡ tử cung ở lần mang thai sau.	- Nhiều.	- Ít hơn.

4. Phương pháp mổ lấy thai (VIII.D-T77)

----- oOo -----

5. Mổ lấy thai chủ động

Định nghĩa

- Mổ lấy thai khi chưa vào chuyển dạ.

Nguy cơ khi mổ lấy thai chủ động

Mổ ngang đoạn dưới tử cung khó khăn. Nguy cơ tổn thương 2 động mạch tử cung cao.

Thai non tháng (nếu đánh giá tuổi thai không đúng).

Bê sản dịch.

Băng huyết sau sanh.

----- oOo -----

6. Chỉ định cắt tử cung sau mổ lấy thai

- Sản phụ bị ung thư cổ tử cung.
- Băng huyết sau mổ lấy thai.
- Nhau cài răng lược (placenta percreta).
- Vỡ tử cung không thể khâu phục hồi được.
- Tử cung có nhiều nhân xơ.

----- oOo -----

F. Vết mổ lấy thai

Tỷ lệ sản phụ có vết mổ lấy thai càng ngày càng tăng.

Sản phụ có vết mổ lấy thai vẫn có thể sanh ngã âm đạo được.

1. Chỉ định mổ lấy thai

- Vết mổ dọc thân tử cung, **hoặc**
- Vết mổ bóc nhân xơ, mổ khâu tử cung bị vỡ ở lần mang thai trước, **hoặc**
- Mổ thai ngoài tử cung đoạn kẽ, **hoặc**
- Đã mổ lấy thai 2 lần, **hoặc**
- Thời gian từ lần mổ trước đến khi nhập viện ở lần mang thai này < 2 năm, **hoặc**
- Bị nhiễm trùng tử cung ở lần mổ trước, **hoặc**
- Chỉ định mổ lần trước vẫn còn tồn tại. VD: khung chậu méo . . . **hoặc**
- Vết mổ lấy thai + 1 bất thường. VD: ngôi mông, thai quá ngày . . . **hoặc**
- Đau vết mổ lấy thai trong giai đoạn chuyển dạ, **hoặc**
- Vết mổ lấy thai + chuyển dạ kéo dài.

----- oOo -----

2. Điều kiện theo dõi sanh ngã âm đạo

- Lý do mổ lần trước không còn tồn tại ở lần mang thai này. VD: suy thai, ngôi mông . . . **và**
- Hậu phẫu lần mổ trước không có bị nhiễm trùng tử cung, **và**
- Sản phụ chỉ mới mổ có 1 lần, **và**
- Vết mổ lần trước là vết mổ ngang đoạn dưới tử cung, **và**
- Khoảng cách từ lần mổ trước đến lần mang thai này ít nhất là 2 năm, **và (hoặc)**
- Sau khi mổ lấy thai sản phụ đã sanh thường được 1 lần, **và**
- Ngôi chằm, kiểu thể chằm chậu trái trước, **và**
- Thai kỳ lần này bình thường. VD: không có bất xứng đầu chậu . . . **và**
- Sản phụ phải được theo dõi sanh ở nơi có điều kiện phẫu thuật, **và**
- Phải có nhân viên y tế theo dõi thường xuyên trong giai đoạn chuyển dạ, **và**
- Sản phụ phải được giải thích và đồng ý sanh ngã âm đạo.

----- oOo -----

G. Nước ối

1. Ối vỡ

Định nghĩa:

Ối vỡ non: ối vỡ khi chưa có chuyển dạ.

Ối vỡ sớm: ối vỡ khi đã vào chuyển dạ.

Chẩn đoán ối vỡ:

Sản phụ khai ra nước rất nhiều (ướt quần).

Thăm âm đạo thấy nước ối chảy ra.

Đặt mỏ vịt thấy nước ối chảy từ cổ tử cung.

Nguy cơ có thể xảy ra sau khi ối vỡ:

Sa dây rốn.

Chuyển dạ sanh.

Nhiễm trùng ối.

----- oOo -----

2. Màu sắc nước ối

- Màu trắng trong: thai non tháng.
- Màu trắng đục: thai đủ tháng.
- Màu vàng: suy thai trường diễn (VD: thai quá ngày).
- Màu xanh: suy thai cấp.
- Màu đỏ: thai chết lưu, nhau bong non.

----- oOo -----

3. Thiếu ối

Chẩn đoán. (XIII.A.6-T89)

Những bất thường có thể xảy ra.

- Thai chậm phát triển trong tử cung.
- Suy thai trong chuyển dạ.
- Thai dị dạng (hệ tiết niệu).
- Hội chứng truyền máu thai nhi (song thai cùng trứng).

----- oOo -----

4. Đa ối

Chẩn đoán. (XIII.A.6-T89)

Những bất thường có thể xảy ra.

- Dễ bị sa dây rốn khi ối vỡ.
- Dễ bị băng huyết sau sanh do đờ tử cung.
- Dễ bị thuyên tắc ối.
- Dễ chuyển dạ sanh non.
- Thai dị dạng đường tiêu hóa (hẹp thực quản).
- Hội chứng truyền máu thai nhi (song thai cùng trứng).

----- oOo -----

5. Các dấu hiệu chẩn đoán nhiễm trùng ối

- Mẹ sốt > 38°C.
- Nhịp tim nhanh > 120 lần/ 1 phút.
- Dịch âm đạo có mùi hôi.
- Tử cung tăng trương lực.
- Nhịp tim thai tăng > 160 lần/ 1 phút.
- Bạch cầu tăng (15.000 – 18.000/mm³).

----- oOo -----

6. Mục đích của bấm ối

- Khởi phát, thúc đẩy chuyển dạ.
- Chẩn đoán suy thai.
- Điều trị: nhau bong non, nhau tiền đạo.

----- oOo -----

7. Những trường hợp không nên bấm ối

- Ngôi chằm chưa lọt.
- Ngôi bất thường. (VD: ngôi mông, ngôi mặt, ngôi ngang . . .)
- Chưa xác định được ngôi thai.
- Cơ co tử cung chưa tốt.
- Thai lưu.
- Sa dây rốn trong bọc ối.
- Song thai.

----- oOo -----

8. Xử trí 1 trường hợp có phân su trong nước ối (VI.A.13-T55)

----- oOo -----

H. Bánh nhau

1. Nhau tiền đạo

Chẩn đoán.

- Yếu tố thuận lợi: mô lấy thai, sanh nhiều lần, nạo thai nhiều lần, suy dinh dưỡng . . .
- Ra huyết âm đạo bất thường ở 3 tháng cuối thai kỳ, ra huyết không kèm đau bụng, tình trạng ra huyết có thể tự cầm, ra huyết nhiều lần. Máu đỏ tươi và đông.
- Siêu âm: bánh nhau che lỗ trong cổ tử cung.

Phân loại.

- Nhau bám thấp.
- Nhau bám mép.
- Nhau tiền đạo bán trung tâm.
- Nhau tiền đạo trung tâm.

----- oOo -----

2. Nhau bong non

Chẩn đoán.

- Yếu tố nguy cơ: cao huyết áp do thai, bị chấn thương vùng bụng . . .
- Ra huyết âm đạo bất thường (có thể không ra huyết), tổng trạng sản phụ thay đổi không tương ứng với tình trạng ra huyết, đau bụng (có thể không đau bụng). Máu đỏ sẫm, không đông.
- Siêu âm: hình ảnh bánh nhau dày, khối máu tụ sau nhau.

Phân loại.

- Nhau bong non thể tiềm ẩn. Chỉ phát hiện được sau sanh khi kiểm tra bánh nhau.
- Nhau bong non thể nhẹ.
- Nhau bong non thể trung bình.
- Nhau bong non thể nặng (hội chứng Couvelaire). Tử cung co cứng như gỗ, thai thường là chết. Có kèm theo rối loạn đông máu.

----- oOo -----

3. Nhau cài răng lược (nhau bám chặt)

Yếu tố nguy cơ.

- Đã mổ lấy thai.
- Có nhau tiền đạo.

Phân loại.

- **Placenta accreta:** bánh nhau xâm lấn lớp nội mạc tử cung nhưng chưa xâm lấn lớp cơ tử cung.
- **Placenta increta:** bánh nhau xâm lấn 1 phần bề dày lớp cơ tử cung.
- **Placenta percreta:** bánh nhau xâm lấn toàn bộ lớp cơ tử cung, có thể xâm lấn cơ quan lân cận (bàng quang).

----- oOo -----

4. Các dấu hiệu chẩn đoán nhau đã bong

- Nghiệm pháp bong nhau (+).
- Sờ chạm bánh nhau trong âm đạo.
- Nhìn thấy dây rốn dài ra.
- Có khối cầu an toàn trên thành bụng.

----- oOo -----

5. Kiểm tra bánh nhau và dây rốn

Cấu trúc bình thường của bánh nhau và dây rốn.

• Bánh nhau.

- Trọng lượng: 1/6 trọng lượng của thai.
- Đường kính: 22 cm.
- Độ dày: 2 – 2,5 cm.
- Màu sắc: màu nâu tối (mặt mẹ) và xám sáng (mặt con).
- Số lượng múi nhau: 15 – 20 múi.
- Mạch máu: chỉ ra đến mép của bánh nhau, không ra tới màng nhau.

• Dây rốn.

- Dài: 30 – 60 cm.
- Một tĩnh mạch và 2 động mạch.
- Thạch Wharton bao xung quanh mạch máu.
- Cắm vào trung tâm bánh nhau.

Yếu tố bất thường và nguyên nhân.

• Bánh nhau.

- Thiếu múi nhau: sót nhau.
- Kích thước bánh nhau.
 - + Bánh nhau nhỏ: mẹ suy dinh dưỡng, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, tiền sản giật . . .
 - + Bánh nhau to: bệnh lý phù nhau thai, mẹ bị bệnh đái tháo đường, thiếu máu nặng, giang mai bẩm sinh . . .
- Độ dày của bánh nhau.
 - + Bánh nhau dày > 4cm: mẹ bị bệnh đái tháo đường, nhiễm trùng trong tử cung.
 - + Bánh nhau mỏng < 2cm: thai suy dinh dưỡng trong tử cung.
- Mặt mẹ của bánh nhau.
 - + Màu sáng hơn: thai non tháng.
 - + Khối máu tụ sau nhau: nhau bong non.

• Dây rốn.

- Dây rốn ngắn: thai ít hoạt động trong tử cung, thiếu ối, ngôi mônng, hội chứng Down, dị dạng thai.

- Dây rốn ít thạch Wharton: thai non tháng, thai suy dinh dưỡng trong tử cung, thai quá ngày.
- Dây rốn thiếu mạch máu: dị dạng thai.

----- oOo -----

I. Dây rốn

1. Các yếu tố thuận lợi dẫn đến sa dây rốn

- Đa ối.
- Ngôi thai chưa lọt.
- Ngôi bất thường.
- Dây rốn dài.
- Nhau bám thấp.
- Thai non tháng.
- Bám ối khi ngôi chưa lọt, chưa có cơn co tử cung.

----- oOo -----

2. Các phương pháp làm giảm sự chèn ép dây rốn (khi sa rốn)

- Cho tay vào âm đạo đẩy đầu thai nhi lên.
- Cho sản phụ nằm sấp ở tư thế gối - ngực.
- Cho sản phụ nằm ngửa đầu thấp, mông cao.

----- oOo -----

3. Thái độ xử trí 1 trường hợp sa dây rốn (VI.A.12-T53)

CHƯƠNG IV NHỮNG VẤN ĐỀ TRONG PHỤ KHOA

A. Viêm vùng chậu

1. Chẩn đoán viêm vùng chậu

Theo CDC 2002. (Centers for Disease Control)

- **Hai tiêu chuẩn chính.** (bắt buộc phải có)
 - Khám thấy tử cung hoặc khối cạnh tử cung nhạy đau.
 - Lắc cổ tử cung đau.
- **Các tiêu chuẩn phụ.** (có 1 hoặc nhiều dấu hiệu)
 - Mẹ sốt > 38°C.
 - Dịch âm đạo hôi.
 - Dịch phết ở cổ tử cung có bạch cầu.
 - Test *Gonorrhea* hoặc *Chlamydia* dương tính.
 - Tăng CRP (C-reactive protein).
 - Sinh thiết nội mạc tử cung: viêm nội mạc tử cung.
 - Siêu âm: ứ dịch vòi trứng, dịch trong ổ bụng.

Tiêu chuẩn trước khi có CDC 2002.

- **Ba tiêu chuẩn chính.** (bắt buộc phải có)
 - Bụng nhạy đau và có phản ứng phúc mạc.
 - Khối cạnh tử cung chạm đau.
 - Lắc cổ tử cung đau.
- **Các tiêu chuẩn phụ.** (1 hoặc nhiều dấu hiệu)
 - Mẹ sốt > 38°C.
 - Bạch cầu > 10.000/mm³.
 - Có mủ ở túi cùng sau.
 - Có áp xe vùng chậu hoặc nhiễm trùng kèm theo.
 - Dịch ở cổ tử cung: song cầu gram dương

----- oOo -----

2. Điều trị viêm vùng chậu

- **Điều trị ngoại trú.**

► Bước 1

- Cefoxitin 2g TB và Probenecid 1g uống, **hoặc**
- Ceftriaxone 250 mg 1 liều TB, **hoặc**
- Cephalosporin thế hệ thứ 3.

► Bước 2

- Dùng
 - + Ofloxacin 400 mg uống 2 lần/ ngày trong 14 ngày, **hoặc**
 - + Doxycycline 100 mg uống 2 lần/ ngày trong 14 ngày.
- Kết hợp với
 - + Clindamycin 450 mg uống 4 lần/ ngày trong 14 ngày, **hoặc**
 - + Metronidazole 500 mg uống 2 lần/ ngày trong 14 ngày.

Hẹn tái khám sau 3 ngày điều trị.

- **Điều trị nội trú**

► Cho bệnh nhân nhập viện nếu.

- Có dấu hiệu nhiễm độc.
- Bệnh nhân không thể dùng thuốc bằng đường uống.

- Chẩn đoán chưa rõ ràng: cần chẩn đoán phân biệt với: viêm ruột thừa, thai ngoài tử cung, khối u buồng trứng xoắn
- Có áp xe vùng chậu.
- Bệnh nhân đang có thai.
- Bệnh nhân bị nhiễm HIV.
- Đã điều trị ngoại trú nhưng thất bại.

► **Điều trị nội khoa.**

■ **Bắt đầu điều trị:** (điều trị trong vòng 48 giờ)

- Phác đồ A: Cefoxitin 2g TM mỗi 6 giờ **hoặc** Cefotetan 2g TM mỗi 12 giờ, **và** Doxycycline 100 mg uống hoặc TM mỗi 12 giờ.
- Phác đồ B: Clindamycin 900 mg TM mỗi 8 giờ, **và** Gentamycin 2 mg/kg TM rồi 1.5 mg/kg TM mỗi 8 giờ.

■ **Sau đó:**

- Dùng
 - + Ofloxacin 400 mg uống 2 lần/ ngày trong 14 ngày, **hoặc**
 - + Doxycycline 100 mg uống 2 lần/ ngày trong 14 ngày.
- Kết hợp với
 - + Clindamycin 450 mg uống 4 lần/ ngày trong 14 ngày, **hoặc**
 - + Metronidazole 500 mg uống 2 lần/ ngày trong 14 ngày.

----- o0o -----

3. Ngừa thai ở trường hợp đã viêm vùng chậu (XII.B.5-T88)

----- o0o -----

B. Khối u buồng trứng

1. Các khối u thường lầm với khối u buồng trứng

- Ứ dịch vòi trứng.
- Áp xe vòi trứng.
- Nang nước cạnh vòi trứng.
- Nang hoàng thể.
- Nang hoàng tuyến.
- Nhân xơ tử cung dưới thanh mạc có cuống.
- Thai ngoài tử cung.

----- o0o -----

2. Các dấu hiệu phân loại u buồng trứng cơ năng hoặc thực thể

U buồng trứng cơ năng	U buồng trứng thực thể
- Thường chỉ có 1 bên.	- Có thể 1 hoặc 2 bên.
- Không xuất hiện ở tuổi mãn kinh.	- Xuất hiện ở tuổi mãn kinh.
- Kích thước ≤ 6 cm.	- Kích thước > 6 cm.
- Di động dễ dàng.	- Có thể dính.
- Siêu âm: vỏ mỏng, không có vách ngăn, không có chồi sùi bên trong, ECHO trống.	- Siêu âm: vỏ dày, có vách ngăn, có chồi sùi bên trong, ECHO hỗn hợp.
- Không có dịch trong ổ bụng.	- Có thể có dịch trong ổ bụng.
- Thường biến mất sau 3 chu kỳ kinh.	- Thường không biến mất sau 3 chu kỳ kinh.

Chú ý: nang hoàng tuyến (u buồng trứng cơ năng) kích thước có thể > 6 cm.

----- o0o -----

3. Siêu âm trong khối u buồng trứng (XIII.B.2-T91)

----- o0o -----

4. CA 125 trong khối u buồng trứng (Cancer Antigen 125)

Giá trị bình thường: < 35 UI/ ml (không loại trừ được ung thư buồng trứng).

CA 125 tăng trong.

- **Bệnh lý không phải là ung thư.**

- Lạc nội mạc tử cung.
- Viêm vùng chậu.
- Xơ gan.
- Viêm phúc mạc do lao.
- Mãn kinh.

- **Bệnh lý là ung thư.**

- Ung thư buồng trứng.
- Ung thư gan.
- Ung thư phổi.
- Ung thư ruột.
- Ung thư nội mạc tử cung.
- Ung thư cổ tử cung.

Chú ý: CA 125 hiếm khi tăng > 100 – 200 UI/ ml trong những trường hợp không phải là ung thư.

----- oOo -----

5. Điều trị khối u buồng trứng

- **U buồng trứng (nghi) cơ năng.**

- Theo dõi trong 3 chu kỳ kinh. Trong thời gian theo dõi có thể uống thuốc vỉ ngừa thai.
- Siêu âm bụng kiểm tra sau 3 chu kỳ kinh.

- **U buồng trứng thực thể.**

- Phẫu thuật.
- Các phương pháp phẫu thuật:
 - + Bóc u (qua đường bụng hoặc nội soi ổ bụng).
 - + Cắt u (qua đường bụng hoặc nội soi ổ bụng – hiện nay ít áp dụng).
 - + Cắt phần phụ (qua đường bụng hoặc nội soi ổ bụng).
 - + Cắt tử cung toàn phần và 2 phần phụ (qua đường bụng hoặc nội soi ổ bụng).
 - + Cắt tử cung toàn phần, 2 phần phụ và mạc nối lớn (chỉ qua đường bụng).

----- oOo -----

6. Khối u buồng trứng và thai

- **Phát hiện khối u buồng trứng khi khám kiểm tra trước khi có thai.**

- Khuyên người phụ nữ không nên có thai, và
- Theo dõi ít nhất 3 chu kỳ kinh (trong quá trình theo dõi phải ngừa thai) nếu nghĩ là khối u buồng trứng cơ năng **hoặc** tiến hành phẫu thuật nếu nghĩ là khối u buồng trứng thực thể.

- **Phát hiện khối u buồng trứng trong lúc mang thai.**

- Theo dõi cho đến tuần thứ 12 của thai kỳ, trong quá trình theo dõi nếu có biến chứng (xoắn, vỡ) sẽ mổ cấp cứu.
- Phẫu thuật nếu khối u không biến mất sau tuần thứ 12 của thai kỳ.

- **Trong giai đoạn chuyển dạ sanh.**

- Theo dõi chuyển dạ sanh bình thường.
- Nếu sản phụ sanh thường thì có thể phẫu thuật sau thời gian hậu sản (nguy cơ xảy ra biến chứng xoắn u cao).
- Chỉ mổ lấy thai khi có chỉ định sản khoa.

- Trong quá trình mổ lấy thai.
 - Bóc u.
 - Nguy cơ chảy máu rất nhiều.

----- oOo -----

C. Thai ngoài tử cung

1. Siêu âm (XIII.B.3-T91)

----- oOo -----

2. Các phương pháp điều trị thai ngoài tử cung

• Theo dõi diễn tiến bệnh.

- Điều kiện:
 - + β – hCG huyết thanh < 1000 mUI/ml, và
 - + β – hCG huyết thanh có xu hướng giảm, và
 - + Kích thước khối thai < 2 cm, và
 - + Bệnh nhân đồng ý, và
 - + Bệnh nhân phải được theo dõi ở nơi có điều kiện phẫu thuật.
- Theo dõi:
 - + Định lượng β – hCG huyết thanh mỗi tuần.
 - + Diễn tiến tốt: β – hCG huyết thanh < 5 mUI/ml.

• Điều trị nội khoa.

- Điều kiện:
 - + Kích thước khối thai < 3,5 cm.
 - + β – hCG huyết thanh < 5000 mUI/ml.
 - + Không thấy tim thai.
 - + Lượng máu trong ổ bụng không nhiều (khó đánh giá).
 - + Bệnh nhân không có chống chỉ định dùng Methotrexate.
 - + Bệnh nhân đồng ý.
 - + Bệnh nhân phải được điều trị tại nơi có điều kiện phẫu thuật.
- Thuốc: Methotrexate[®] (MTX). (V.B.1-T37)
- Theo dõi:
 - + Định lượng β – hCG huyết thanh mỗi tuần.
 - + Đáp ứng điều trị: khi β – hCG huyết thanh < 5 mUI/ml.

• Phẫu thuật

- Bảo tồn. (xê vôi trứng lấy khối thai)
 - + Thực hiện qua đường bụng hoặc mổ nội soi. Sau khi loại bỏ khối thai nếu β – hCG giảm < 20% mỗi 72 giờ là điều trị chưa triệt để.
- Cắt vôi trứng có chứa khối thai.
 - + Qua đường bụng.
 - + Mổ nội soi. Không thực hiện được nếu bệnh nhân bị chảy máu nhiều hoặc bị choáng.

* **Chú ý:** thời gian để β – hCG trong huyết thanh biến mất là 2 – 3 tuần (có trường hợp là 6 tuần).

----- oOo -----

3. Giá trị của β -hCG trong thai ngoài tử cung

- **Âm tính giả.** (có thai nhưng que thử cho kết quả âm tính)
 - Ngưỡng phát hiện cao (hiếm).
 - Que thử hết hạn sử dụng.
 - Thử không đúng kỹ thuật.
 - Lý giải kết quả sai.

- **Dương tính giả.** (không có thai nhưng que thử cho kết quả dương tính)
 - Phản ứng chéo với LH(Luteinizing Hormone),FSH(Follicle-Stimulating Hormone) (rất hiếm).
 - Nước tiểu có nhiều hồng cầu, protein, hemoglobin.
 - Bệnh nhân dùng thuốc an thần.
 - Que thử hết hạn.
 - Thử không đúng kỹ thuật.
 - Lý giải kết quả sai.
- **Trong thai ngoài tử cung.**
 - Que thử thai.
 - + Test thai dương tính: chỉ xác định là có thai không xác định được vị trí của thai.
 - + Test thai âm tính: không loại trừ chắc chắn thai ngoài tử cung.
 - Định lượng β – hCG.
 - + Thai trong tử cung: lượng β – hCG tăng 100% mỗi 2 ngày.
 - + Thai ngoài tử cung: lượng β – hCG tăng < 66% mỗi 2 ngày.
 - Điều trị thai ngoài tử cung.
 - + Tiêu chuẩn điều trị nội khoa: β – hCG huyết thanh < 5000 mUI/ml.
 - + Điều trị ngoại khoa bảo tồn vòi trứng:
Sau khi loại bỏ khối thai nếu β – hCG giảm < 20% mỗi 72 giờ là điều trị chưa triệt để.
Thời gian để β – hCG trong huyết thanh biến mất là 2 – 3 tuần (có trường hợp là 6 tuần).

----- oOo -----

4. Chọc dò túi cùng sau

- **Nếu không ra máu:** không loại trừ được thai ngoài tử cung, vì:
 - Thai ngoài tử cung chưa vỡ.
 - Có nhiều máu cục ở túi cùng sau.
 - Tử cung gập sau (chọc vào thân tử cung).
 - Tử cung to (thai 14 tuần).
- **Nếu ra máu.**
 - Máu đỏ sẫm không đông.
 - Chỉ chẩn đoán được là có xuất huyết nội.

----- oOo -----

5. Ngừa thai ở trường hợp đã bị thai ngoài tử cung (XII.B.4-T88)

----- oOo -----

D. U xơ tử cung

1. Vị trí của u xơ

- **Theo bề dày của lớp cơ.** (ở thân tử cung)
 - Dưới thanh mạc: có thể chẩn đoán lầm với khối u buồng trứng.
 - Trong cơ tử cung: biến dạng lòng tử cung (nếu to), có thể hoại tử khi có thai, gây hiếm muộn, gây sảy thai, sanh non, ngôi bất thường, chuyển dạ bất thường.
 - Dưới niêm: làm rong kinh, biến dạng lòng tử cung (nếu to), polyp tử cung.
- **Theo vị trí trên tử cung**
 - Nhân xơ ở eo tử cung: có thể thành khối u tiền đạo khi có thai (u nằm ở mặt sau), chèn ép niệu quản (nằm ở mặt bên – hiếm).
 - Nhân xơ trong dây chằng rộng (ở eo tử cung): có thể chèn ép niệu quản (hiếm).
 - Nhân xơ ở đoạn kẽ: gây hiếm muộn.

----- oOo -----

2. Siêu âm trong u xơ tử cung (XIII.B.1-T90)

3. Điều trị u xơ tử cung

- **Theo dõi khối u → SA bụng kiểm tra mỗi 6 tháng.**
 - Kích thước khối u nhỏ và không gây biến chứng.
 - Bệnh nhân sắp mãn kinh (mãn kinh).
- **Nội khoa.**
 - ▶ Mục đích.
 - Làm cho kích thước khối u nhỏ lại để thuận lợi khi phẫu thuật. VD: nếu khối u nhỏ, khi bóc u thì ít mất máu hơn, cắt tử cung ngã âm đạo hoặc cắt tử cung bằng phương pháp nội soi ổ bụng dễ dàng hơn.
 - Điều trị triệu chứng đi kèm với u xơ: rong kinh, rong huyết, cường kinh, thống kinh.
 - Điều trị tạm thời khi bệnh nhân chưa đủ điều kiện để phẫu thuật.
 - ▶ Các thuốc điều trị.
 - Progestin (chưa thống nhất).
 - Danazol[®].
 - GnRH đồng vận: Decapeptyl[®], Zoladex[®] . . .
 - Mifeprestid 10[®].
- **Ngoại khoa.**
 - ▶ **Chỉ định.**
 - U xơ tử cung to > thai 12 tuần; **hoặc**
 - U xơ tử cung gây biến chứng chèn ép các cơ quan lân cận, **hoặc**
 - U xơ tử cung gây biến chứng rong kinh, rong huyết (u xơ dưới niêm), **hoặc**
 - U xơ tử cung hóa ác tính, **hoặc**
 - U xơ tử cung gây sảy thai nhiều lần, **hoặc**
 - U xơ tử cung gây hiếm muộn (chỉ được chẩn đoán sau khi đã loại trừ các nguyên nhân gây hiếm muộn khác).
 - ▶ **Các phương pháp phẫu thuật.**
 - Bóc u (có thể qua đường bụng hoặc nội soi ổ bụng, nội soi buồng tử cung).
 - Cắt tử cung bán phần (hiện nay ít áp dụng).
 - Cắt tử cung toàn phần (có thể kèm theo cắt phần phụ hoặc không cắt) (có thể qua đường bụng hoặc nội soi ổ bụng).
 - Cắt tử cung ngã âm đạo.
- **Thuyên tắc động mạch tử cung.**

----- oOo -----

4. U xơ tử cung và thai

- **Khám kiểm tra trước khi có thai.**
 - Khuyến bệnh nhân nên phẫu thuật trước khi có thai nếu*
 - Bệnh nhân sảy thai nhiều lần, **hoặc**
 - Nhân xơ to làm biến dạng lòng tử cung, **hoặc**
 - Bệnh nhân đã điều trị hiếm muộn nhiều lần không hiệu quả.
- **Trong lúc mang thai.**
 - Báo cho sản phụ những biến chứng có thể xảy ra: sảy thai, sanh non . . ., **và**
 - Chỉ theo dõi không can thiệp phẫu thuật, **hoặc**
 - Chỉ điều trị nội khoa nếu có biến chứng (hoại tử nhân xơ).
- **Trong giai đoạn chuyển dạ sanh.**
 - Theo dõi chuyển dạ bình thường.
 - Chỉ mổ lấy thai khi có chỉ định sản khoa.

- **Trong quá trình mổ lấy thai.**
 - Có thể bóc nhân xơ.
 - Có thể cắt tử cung (nếu có nhiều nhân xơ và bệnh nhân không muốn có thai nữa)
 - Bóc nhân xơ trong khi có thai nguy cơ chảy máu rất nhiều.

----- o0o -----

5. Ngừa thai ở trường hợp có u xơ tử cung (XII.B.2-T88)

----- o0o -----

E. Thai trứng

1. Các triệu chứng thường gặp

- Ra huyết âm đạo bất thường.
- Tử cung to hơn tuổi thai.
- Nghén nhiều.
- Có dấu hiệu cường giáp.
- Cao huyết áp.

----- o0o -----

2. Khám bệnh nhân thai trứng (VI.B.4-T66)

----- o0o -----

3. Phân loại thai trứng

Dấu hiệu	Thai trứng nguy cơ cao	Thai trứng nguy cơ thấp
1. Tuổi.	- > 40 hoặc < 20	- 20 – 40.
2. Bề cao tử cung.	- > tuổi thai hoặc > thai 20 tuần	- ≤ tuổi thai hoặc ≤ thai 20 tuần.
3. Kích thước nang hoàng tuyến.	- > 6 cm.	- ≤ 6 cm.
4. Tiền sử bị thai trứng.	- Có.	- Không.
5. Tiền sử bị nguyên bào nuôi do thai.	- Có.	- Không.
6. Triệu chứng cường giáp.	- Có.	- Không.
7. Triệu chứng nhiễm độc thai nghén.	- Có.	- Không.
8. β - hCG trong huyết thanh trước khi hút trứng.	- > 100.000 mUI/ ml.	- < 100.000 mUI/ ml.
9. β - hCG trong nước tiểu trước khi hút trứng.	- > 1.000.000 UI/ L.	- < 1.000.000 UI/ L.

----- o0o -----

4. Thái độ xử trí

- (1) Hút nạo thai trứng.
- (2) Hóa dự phòng (nếu cần).
- (3) Theo dõi hậu thai trứng.
- (4) Cắt tử cung toàn phần.
- (5) Hóa trị liệu.

Tình huống

- **Còn nhu cầu có con và tuổi < 40.**
 - Thai trứng nguy cơ cao: (1) + (2) + (3) + (5).
 - Thai trứng nguy cơ thấp: (1) + (3) + (5).
- **Không còn nhu cầu có con.**
 - Thai trứng nguy cơ cao: (4) + (2) + (3) + (5).
 - Thai trứng nguy cơ thấp: (4) + (3) + (5).

5. Giá trị của β -hCG trong thai trứng

- Dùng để phân loại thai trứng: nguy cơ cao hay nguy cơ thấp.
- Dùng để theo dõi đáp ứng của bệnh đối với điều trị.

----- oOo -----

6. Thuốc điều trị thai trứng (V.B.1-T37)

----- oOo -----

7. Lịch theo dõi hậu thai trứng (diễn tiến tốt)

- Ba tháng đầu: mỗi nửa tháng 1 lần.
- Sáu tháng kế: mỗi tháng 1 lần.
- Năm kế tiếp: mỗi 2 tháng 1 lần.

----- oOo -----

8. Khám bệnh nhân hậu thai trứng (VI.B.5-T67)

----- oOo -----

9. Ngừa thai trong khi theo dõi hậu thai trứng (XII.B.3-T88)

----- oOo -----

F. Sẩy thai

1. Nguyên nhân

- **Sẩy thai sớm.**
 - Định nghĩa: sẩy thai khi tuổi thai < 12 tuần.
 - Nguyên nhân: bất thường nhiễm sắc thể của thai, dị dạng của thai, bệnh lý miễn dịch, bệnh lý về nội tiết (suy hoàng thể), bệnh lý nhiễm trùng, dị dạng đường sinh dục.
- **Sẩy thai muộn.**
 - Định nghĩa: sẩy thai khi tuổi thai > 12 tuần và < 28 tuần.
 - Nguyên nhân: mẹ mắc bệnh lý nhiễm trùng, hở eo tử cung, dị dạng tử cung, dị dạng cổ tử cung, chấn thương, mẹ suy dinh dưỡng.

----- oOo -----

2. Hình thái lâm sàng

- **Dọa sẩy thai.**
 - ▶ **Lâm sàng.**
 - Ra máu âm đạo lượng ít.
 - Có (hoặc không có) cơn co tử cung.
 - Cổ tử cung không xóa mở.
 - Tử cung tương đương với tuổi thai.
 - Thai còn sống.
 - ▶ **Xử trí.**
 - Nghỉ ngơi.
 - Thuốc giảm co.
 - Progesterone thiên nhiên.
 - Vitamin.
- **Sẩy thai khó tránh.**
 - ▶ **Lâm sàng.**
 - Có hiện tượng xóa của cổ tử cung.
 - Cổ tử cung mở > 3cm.
 - Ối vỡ.
 - Chảy máu > 7 ngày.
 - Vẫn còn đau bụng sau khi dùng thuốc giảm co.
 - Thai đã chết.

Chẩn đoán sảy thai khó tránh khi có ≥ 2 trong 6 dấu hiệu trên.

► **Xử trí.**

- Nạo hút (gấp) thai.
- Kháng sinh.

● **Sảy thai không trọn.**

► **Lâm sàng.**

- Có dấu hiệu dọa sảy.
- Có hiện tượng tống xuất mảnh mô.
- Ra máu âm đạo kéo dài.
- Còn đau trần bụng.
- Cổ tử cung còn mở.
- Siêu âm: sót nhau.

► **Xử trí.**

- Kháng sinh.
- Nạo kiểm tra.
- Truyền dịch, truyền máu (nếu cần).

● **Sảy thai đang tiến triển.**

► **Lâm sàng.**

- Ra máu âm đạo nhiều.
- Đau bụng nhiều, đau quặn từng cơn.
- Đoạn dưới tử cung phình to.
- Cổ tử cung mở, có thể thấy khối thai lấp ló ở cổ tử cung.

► **Xử trí.**

- Nạo hút (gấp) thai.
- Truyền dịch, truyền máu (nếu cần).
- Kháng sinh.

● **Sảy thai lưu.**

► **Lâm sàng.**

- Ra máu âm đạo.
- Tử cung nhỏ hơn tuổi thai.
- Siêu âm: hình ảnh trứng trống, túi phôi xẹp.

► **Xử trí.**

- Đánh giá xem bệnh nhân có bị rối loạn đông máu hay không?
- Nạo hút (gấp) thai.

● **Sảy thai liên tiếp (do hở eo tử cung).**

► **Lâm sàng.**

- Sảy thai nhiều lần với những đặc điểm sau: sảy nhiều lần, sảy đột ngột không kèm đau bụng, tuổi thai ở lần sảy sau có khuynh hướng nhỏ hơn lần sảy trước.

► **Xử trí.**

- Khâu eo tử cung.

CHƯƠNG V

THUỐC THƯỜNG DÙNG

A. Sản khoa

1. Thuốc tăng co bóp cơ tử cung

Oxytocin®

- **Mục đích sử dụng.**

- Giảm sanh, tăng co.
- Phòng ngừa băng huyết sau sanh do đờ tử cung.
- Điều trị băng huyết sau sanh do đờ tử cung. (II.B-T6)

- **Liều dùng.**

- Giảm sanh.
 - + Glucose 5% 500 ml + Oxytocin 5 UI (1 ống) → TTM X giọt/ 1 phút (chỉnh số giọt để đạt cơn co tốt). (TTM: Truyền Tĩnh Mạch)
- Phòng ngừa băng huyết sau sanh do đờ tử cung.
 - + Lactate Ringer 500ml + Oxytocin 5 UI (1 ống) → TTM XXX giọt/ 1 phút.
- Điều trị băng huyết sau sanh do đờ tử cung.
 - + Lactate Ringer 500ml + Oxytocin 5 UI (2 ống) → TTM LX giọt/ 1 phút.

- * **Chú ý:**

- Có thể dùng NaCl 0,9% hoặc Lactate Ringer thay dung dịch Glucose 5%.
- Liều lượng và tốc độ truyền oxytocin trong điều trị băng huyết sau sanh do đờ tử cung có thể thay đổi. VD: 4 ống Oxytocin . . .

Nhóm Ergot: Ergometrine® 0,2 mg, Methylergonovine (Methergin® 0,2 mg).

- **Mục đích sử dụng:** điều trị băng huyết sau sanh do đờ tử cung, phòng ngừa băng huyết sau sanh do đờ tử cung.
- **Liều dùng:** Methergin® 0,2 mg 1 ống TB, lập lại mỗi 2 – 4 giờ (nếu cần). Tổng liều trong 1 ngày không quá 4 ống.
- **Điều kiện:** bệnh nhân không có cao huyết áp và buồng tử cung phải trống (không còn nhau trong buồng tử cung).

Prostaglandin E₁ (Misoprostol): Cytotec® 100µg, 200µg; Alsoben® 200µg.

- **Mục đích sử dụng.**

- Làm mềm cổ tử cung thuận lợi cho việc khởi phát chuyển dạ.
- Phòng ngừa băng huyết sau sanh do đờ tử cung.
- Điều trị băng huyết sau sanh do đờ tử cung. (II.B-T6)

- **Liều dùng**

- Làm mềm cổ tử cung: Cytotec® 200µg ¼ v (1/8v) x 4 đặt âm đạo.
- Phòng ngừa băng huyết sau sanh do đờ tử cung: Cytotec® 200µg 2 viên đặt âm đạo.
- Điều trị băng huyết sau sanh do đờ tử cung: Cytotec® 200µg 5 viên đặt hậu môn.

- * **Chú ý:** liều lượng có thể thay đổi.

Cytotec® có thể dùng đường uống hoặc ngậm dưới lưỡi.

Prostaglandine F_{2α} (ít dùng ở Việt Nam)

----- oOo -----

2. Thuốc giảm co bóp cơ tử cung

Mục đích sử dụng

- Điều trị những trường hợp dọa sanh non. (VI.A.6-T46)
- Giảm cơn co tử cung nếu cơn co tử cung cường tính gây nguy hiểm cho mẹ và thai (VD: bất xứng đầu chậu, dùng thuốc tăng cơn co tử cung quá liều . . .)

Chống chỉ định

- Sản phụ bị bệnh tim mạch.
- Sản phụ bị cường giáp.
- Sản phụ bị cao huyết áp.
- Sản phụ bị suy thận, suy gan.
- Suy thai (trừ trường hợp do cơn co tử cung cường tính).
- Thai suy dinh dưỡng trong tử cung.
- Thai dị dạng.
- Ối vỡ non, ối vỡ sớm. Nhiễm trùng ối. (III.G.4-T22)

Thuốc

- Spasmaverin[®]: viên 40mg (2 – 4 viên/ngày); ống 40mg (1-2 ống TB - TM/ngày).
 - Spasfon[®]: viên 40mg (2 – 4 viên/ngày); ống 40mg (1-2 ống TB - TM/ngày).
 - Atropin sulfat[®]: 0,25 mg (1-2 ống TB/ngày).
 - Magie sulfat[®]:
 - Liều tấn công: 4 - 6g TMC (Tiêm Mạch Chậm).
 - Liều duy trì là 2g/giờ.
 - Nifedipine: (Adalat[®])
 - 10mg (u hoặc ngậm dưới lưỡi)/ 20 – 30 phút sau đó dùng liều 10 – 20 mg/ 4 – 6 giờ.
 - Salbutamol[®]
 - Ngậm: 1v (2mg) x 2/ ngày.
 - Đặt hậu môn (âm đạo): 1v (1mg) x 4 – 6/ ngày.
 - β -mimetic: Ritorine[®], Terbutaline[®]
- * **Chú ý:** liều lượng thuốc có thể thay đổi tùy theo từng trường hợp.

----- oOo -----

3. Thuốc phòng ngừa cơn sản giật

Magnesium sulfate[®]

- **Liều dùng.**
 - Tấn công: 2 – 4 g (TMC 1g/ 1 phút).
 - Duy trì: 1g/ giờ (kiểm tra phản xạ gôi trước tiêm).
- **Điều kiện dùng.**
 - Có phản xạ gân gôi.
 - Nhịp thở > 16 lần/ 1 phút.
 - Nước tiểu: 30 ml/ giờ.
- **Ngưng dùng Magnesium sulfate.**
 - Đạt đến liều điều trị (không có phản xạ gôi).
 - Có dấu hiệu ngộ độc.
 - Không còn nguy cơ giật.
 - 24 – 48 giờ sau sanh.
- **Nếu ngộ độc:** Calcium gluconate 1g (10 ml 10%) TMC (3 phút).

Diazepam

Diazepam (Seduxen[®]) 10mg TB hoặc TMC.

----- oOo -----

4. Thuốc hạ huyết áp dùng cho sản phụ

Cố gắng duy trì huyết áp tâm trương khoảng 90 – 100 mmHg để tránh nguy cơ xuất huyết não.

Thuốc dùng.

- Hydralazine 5 - 10mg TMC (5 phút) lặp lại mỗi 1 giờ nếu cần thiết (thời gian có hiệu quả là 20 phút) tổng liều không quá 60 mg.

- Labetalol 50 – 100mg TMC lập lại mỗi 30 phút, tổng liều không quá 300mg.
- Nifédipine (Adalat[®]) 10mg ngâm dưới lưỡi.
- α - Methyl dopa (Aldomet[®] 250 mg) 2 – 3 viên/ ngày (có thể tăng liều gấp đôi, tổng liều không quá 3g).
- Labetalol (Trandate[®]): 200 – 400mg/ngày (uống).
- Atenolol (Tenormin[®]): 50 – 100mg/ngày (uống).
- Nifédipine (Adalat[®]): 20 – 40mg/ngày (uống).

----- oOo -----

5. Thuốc kích thích trưởng thành phổi cho thai

Dùng cho thai khoảng 28 – 34 tuần.

- Betamethasone (Célestène[®]):
 - 12mg (TB)/ ngày x 2 ngày **hoặc**
 - 12mg x 2 (TB)/ ngày x 2 ngày (ngày nay ít dùng).
 - Thuốc này chỉ có tác dụng sau 48 giờ kể từ khi bắt đầu chích mũi thuốc đầu tiên và hiệu quả chỉ kéo dài trong vòng 7 ngày.
- Dexamethasone 6mg x 2 (TB)/ ngày x 2 ngày.

----- oOo -----

B. Phụ khoa

1. Methotrexate (MTX)

Điều trị

- Ung thư nguyên bào nuôi.
- Thai trứng xâm lấn.
- Thai ngoài tử cung. (IV.C-T29)

Chống chỉ định sử dụng MTX

- Tổng trạng bệnh nhân kém.
- Tiền căn có bệnh gan và bệnh thận.
- Có bệnh loét dạ dày đang tiến triển.
- Có bệnh lý về máu.
- Đang bị nhiễm trùng.
- Đái tháo đường.
- Số lượng bạch cầu $< 3.000/mm^3$; bạch cầu đa nhân trung tính $< 1.500/mm^3$ hoặc tiểu cầu $< 100.000/mm^3$.

Liều lượng

Bệnh nguyên bào nuôi

- Liều duy nhất: Methotrexate 50 mg/ m² (da) TM (lập lại mỗi tuần nếu cần).
- Điều trị dài ngày:
 - Methotrexate 0,1 mg/ kg TM vào các ngày 1, 3, 5 và 7; **và** Leucovorin (folinic acid) 0,1 mg/ kg TB vào các ngày 2, 4, 6, và 8 (lập lại mỗi 2 tuần nếu cần).
 - hoặc**
 - Methotrexate 0,3 mg/ kg TM trong 5 ngày (lập lại mỗi 2 tuần nếu cần).

Thai ngoài tử cung

Liều duy nhất: Methotrexate 50 mg/ m² TM.

CHƯƠNG VI

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG

Hướng dẫn cách sử dụng

Giả sử anh (chị) tiếp nhận 2 trường hợp “Ngôi môn” và “Ồi vỡ sớm”, anh (chị) sẽ ưu tiên khám trường hợp nào trước? Có phải tất cả các trường hợp “Ngôi môn” đều phải nhập viện hay không? Nguy cơ nào xảy ra khi có “Ồi vỡ sớm”? Cần phải biết những yếu tố nào để có thể đưa ra hướng xử trí phù hợp trong “Ngôi môn” . . . Chúng tôi hy vọng chương này sẽ giúp anh (chị) thuận lợi hơn khi đưa ra các quyết định.

VD: Anh (chị) tiếp nhận 1 trường hợp “Ngôi môn”, anh (chị) sẽ tham khảo bài viết về chủ đề “Ngôi môn”. Trong bài viết về chủ đề này anh (chị) sẽ biết: Khi nào nên cho nhập viện? Những trường hợp nào cần phải được khám ngay? Để có thể đưa ra hướng xử trí thích hợp cần biết những yếu tố gì? . . .

Lâm sàng rất đa dạng, vì vậy dù rất cố gắng nhưng chúng tôi cũng không thể đưa ra 1 phác đồ xử trí phù hợp cho tất cả các trường hợp. Chúng tôi rất mong nhận được những ý kiến đóng góp của các anh (chị) để có thể hoàn thiện bài viết của mình.

A. SẢN KHOA

1. Khám sản phụ vào chuyển dạ

• Lý do nhập viện.

Đánh giá xem sản phụ có cần phải cấp cứu hay không?

VD: Lý do nhập viện: Thai 36 tuần (kinh chót) + ra huyết âm đạo.

• Sản phụ có khám thai định kỳ (I.B.4-T2) hay không? Nếu có thì có sổ khám thai hay không?

Đánh giá xem quá trình mang thai có bình thường hay không? Tuổi thai hiện tại là bao nhiêu? Nếu có bất thường thì đã được xử trí như thế nào?

VD: trong quá trình mang thai sản phụ tăng cân khoảng 6 kg → thai suy dinh dưỡng?
sản phụ bị cao huyết áp khi thai được 30 tuần → tiền sản giật?

• Sản phụ có nhớ ngày kinh cuối không? Có đi siêu âm ở 3 tháng đầu hay không?

- Đây là các dữ kiện dùng để tính tuổi thai. (I.B.5-T3)

- VD: kinh cuối: 12/04/2004 → dự sanh: 19/01/2005, hiện tại thai được 37 tuần (28/12/2004).

• Tiền căn sản khoa, phụ khoa của sản phụ. (I.B.1-T1)

- Phát hiện những bất thường để có hướng xử trí thích hợp.

- VD: PARA: 1011. Sản phụ sanh thường 1 lần cách đây 3 năm, bé trai nặng 3200g, sau sanh không có gì bất thường. Sản phụ bị sẩy thai 1 lần cách đây 2 năm khi thai được 8 tuần. Hiện tại bà ta có 1 con.

• Tiền căn nội khoa, ngoại khoa của sản phụ.

- Phát hiện những bất thường để có hướng xử trí thích hợp.

- VD: bị cao huyết áp, mô viêm ruột thừa cách đây 3 năm.

• Khám tổng quát.

• Khám tim, phổi.

Đo bề cao tử cung (BCTC) và vòng bụng (VB).

Tính tuổi thai, ước lượng trọng lượng thai (ULTLT) (ít có giá trị). (III.A.2-T8)

Phát hiện bất thường. VD: đa thai, đa ối . . . bề cao tử cung lớn hơn tuổi thai; thai suy dinh dưỡng trong tử cung, thiếu ối . . . bề cao tử cung nhỏ hơn tuổi thai.

VD: BCTC: 32 cm; VB: 96cm → ULTLT: 3200g.

Đánh giá cơn co tử cung.

- Chân đoán phân biệt chuyển dạ thật hay giả. (III.B.1-T15)
- Phát hiện những bệnh lý làm cơn co tử cung bất thường. VD: nhau bong non thì cơn co tử cung cường tính . . .
- Tìm nguyên nhân gây chuyển dạ kéo dài (III.B.3-T16). VD: do cơn co thưa.
- VD: có 3 cơn co trong 10 phút: co 25’’ nghỉ 2’30’’; co 30’’ nghỉ 3’; co 25’’ nghỉ 2’45’’

• Thủ thuật Leopold.

- Xác định ngôi, thế và xem thai có lọt hay chưa?
- VD: ngôi đầu, thế trái, chưa lọt.

• Nghe tim thai.

Đánh giá sức khỏe của thai. (III.A.4-T8)

Tim thai là yếu tố quan trọng quyết định phương pháp và thời điểm chấm dứt thai kỳ.

Tùy theo ngôi thai mà vị trí nghe tim thai khác nhau.

VD: tim thai nghe ở dưới rốn, ở ¼ bên phải. Nhịp tim 150 lần/ 1 phút, đều, rõ.

Khám cổ tử cung. (độ mở, độ xóa, hướng, mật độ)

- Xác định giai đoạn chuyển dạ (III.B.2-T15). Chuyển dạ thật sự bắt đầu khi cơn co tử cung đều đặn (rất khó xác định giai đoạn này). Phân loại giai đoạn chuyển dạ phụ thuộc vào độ mở của cổ tử cung.
- VD: cổ tử cung mở 4 cm, xóa 50%, trung gian, mật độ mềm.

• Khám xem ối còn hay ối vỡ.

• Nếu ối còn thì xem ối dẹt hay ối phồng.

- VD: ối phồng.

• Nếu ối đã vỡ (III.G.1-T22) thì xem màu sắc của nước ối. (III.G.1-T22)

- Màu sắc nước ối có thể giúp đánh giá tình trạng của thai.
- VD: ối vỡ hoàn toàn, nước ối xanh loãng.

• Khám ngôi thai.

Xác định ngôi thai (III.A.6-T9), kiểu thế (III.A.7-T10), độ lọt (III.A.8-T10) để có hướng xử trí thích hợp.

Có bướu huyết thanh không (III.A.9-T11)? Có dấu hiệu chong xương không?

VD: ngôi chằm, kiểu thế chằm chậu trái trước, lọt + 1, có bướu huyết thanh nhỏ.

Khám khung chậu trong.

- Là 1 trong những yếu tố đánh giá xem sản phụ có thể sanh ngã âm đạo hay không.
- Eo trên: có sờ chạm mỏm nhô hay không? Nếu sờ chạm thì đường kính mỏm nhô – hậu vệ là bao nhiêu?
- Eo giữa: 2 gai hông nhọn hay tù? Nếu 2 gai hông nhọn, khoảng cách giữa 2 gai hông là bao nhiêu?
- Eo dưới: góc vòm vệ nhọn hay tù? Khoảng cách giữa 2 ụ ngồi là bao nhiêu?
- VD: mỏm nhô sờ không chạm, hai gai hông tù, góc vòm vệ tù.

Chẩn đoán: Con so hay con rạ (nếu là con rạ thì con thứ mấy) – Tuổi thai bao nhiêu tuần (tính theo: kinh chót hay siêu âm 3 tháng đầu) – Ngôi gì – Kiểu thế gì (ngôi chằm) – Chuyển dạ giai đoạn nào – Bất thường kèm theo là gì.

VD: Con lần 2 – Thai 40 tuần (kinh chót) – Ngôi chằm – Kiểu thế chằm chậu trái trước – Chuyển dạ giai đoạn hoạt động – Tiền sản giật nhẹ.

• Nêu các yếu tố thuận lợi và bất lợi khi sanh ngã âm đạo. (III.A.17-T14)

• Quyết định sẽ theo dõi sanh ngã âm đạo hay phải mổ lấy thai.

- VD: yếu tố thuận lợi sanh ngã âm đạo: sức khỏe mẹ bình thường, tim thai tốt, khung chậu bình thường . . .
- yếu tố không thuận lợi khi sanh ngã âm đạo: kiểu thế sau . . .

Hướng xử trí cuối cùng: theo dõi sanh ngã âm đạo hay mổ lấy thai.
Đề nghị các xét nghiệm. (nếu cần)

----- oOo -----

2. Ngôi mông

Tinh huông lâm sàng

Thủ thuật Leopold phát hiện ngôi mông.
Khám âm đạo sờ thấy xương cùng hoặc chân thai nhi.
Siêu âm thai.

Thời điểm khám bệnh

- Cần được khám ngay nếu: (1) có chuyển dạ; (2) ối vỡ.

Các yếu tố cần biết

• Thai nhi có dị dạng không?

- Một trong những nguyên nhân gây nên ngôi mông là thai bị dạng (não úng thủy, thai vô sọ . . .). Anh (chị) cần phải loại trừ yếu tố dị dạng thai trước khi mổ lấy thai. Xác định dị dạng của thai nhi bằng: (1) siêu âm thai; (2) X quang bụng.

• Những bất thường kèm theo?

- Nhau tiền đạo (III.H.1-T23) là nguyên nhân gây nên ngôi mông.
- Khi ối vỡ nguy cơ sa dây rốn (III.I.1-T25) rất cao, vì vậy cần phải khám âm đạo ngay và loại trừ tình trạng sa dây rốn khi ối vỡ.

• Ngôi mông thuộc loại nào? (III.A.10-T11)

- Ngôi mông đủ và ngôi mông thiếu kiểu mông có thể sanh ngã âm đạo.
- Xác định loại ngôi mông bằng: (1) khám âm đạo; (2) X quang bụng.

• Tuổi thai là bao nhiêu tuần? (I.B.5-T3)

- Tuổi thai được tính theo ngày đầu của chu kỳ kinh cuối hoặc siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ. Tuổi thai sẽ quyết định thời điểm và phương pháp chấm dứt thai kỳ (mổ lấy thai hay theo dõi sanh ngã âm đạo).

• Tim thai còn hay mất?

- Nếu tim thai mất (thai chết) → theo dõi sanh ngã âm đạo.

• Có chuyển dạ chưa (III.B.1-T15)? Nếu có thì đang ở giai đoạn nào?(III.B.2-T15)

- Chuyển dạ thật sự bắt đầu khi có cơn co tử cung đều đặn (rất khó xác định giai đoạn này). Nếu đã vào chuyển dạ, cần nhanh chóng quyết định phương pháp chấm dứt thai kỳ (sanh ngã âm đạo hoặc mổ lấy thai).

• Có siêu âm thai trước đó hay không?

- Siêu âm ở những lần khám thai trước sẽ giúp ích cho anh (chị) rất nhiều khi cần xác định ngay thai nhi có dị dạng (não úng thủy, thai vô sọ . . .) hay không? Tuổi thai? Có nhau tiền đạo?

Thái độ xử trí

Phụ thuộc các yếu tố sau: Có chuyển dạ hay chưa? Tuổi thai là bao nhiêu tuần? Có thể sanh ngã âm đạo được không?

► Có chuyển dạ hay chưa?

- Do quá trình chuyển dạ sanh có thể xảy ra rất nhanh, nếu đã có chuyển dạ cần quyết định nhanh chóng phương pháp chấm dứt thai kỳ (mổ lấy thai hay theo dõi sanh ngã âm đạo).

► Tuổi thai là bao nhiêu tuần?

- Tỷ lệ ngôi mông ở thai non tháng cao. Nếu thai chưa đủ tháng có thể theo dõi thêm nếu thai không dị dạng.

► Có thể sanh ngã âm đạo được không? (III.A.17- T14)

- Ngôi mông thiếu kiểu mông, đầu cúi tốt, thai đủ tháng . . . là những yếu tố giúp sanh ngã âm đạo thành công. Tuy nhiên, ngày nay do có nhiều tai biến và biến chứng khi cho

ngôi mông sanh ngã âm đạo, nên 1 số bác sĩ có khuynh hướng mổ lấy thai tất cả những trường hợp ngôi mông.

Các bước thực hiện

- Cho nhập viện khi: (1) có chuyển dạ **hoặc** (2) ối vỡ **hoặc** (3) thai đủ tháng.
- Đánh giá sức khỏe của thai (III.A.4-T8): nghe tim thai, siêu âm, monitoring sản khoa.
- Tính tuổi thai: siêu âm của 3 tháng đầu, kinh cuối . . .
- Xác định giai đoạn chuyển dạ: khám âm đạo dựa vào độ mở của cổ tử cung.
- Xác định loại ngôi mông (khám âm đạo).
- Tìm các yếu tố bất thường kèm theo.
- Đánh giá xem có thể sanh ngã âm đạo được không?
- Nếu để sanh ngã âm đạo, cố gắng làm giảm nguy cơ kẹt đầu hậu.
- Nếu ối vỡ thì khám âm đạo ngay để loại trừ tình trạng sa dây rốn. (III.I.T25)
- Quyết định thời điểm và phương pháp chấm dứt thai kỳ (mổ lấy thai hay theo dõi sanh ngã âm đạo).
- Xét nghiệm máu, HIV (nếu cần).

Nguy cơ cho mẹ và con

Cho mẹ

Tăng nguy cơ mổ lấy thai.
Tổn thương đường sinh dục.

Cho con

- Kẹt đầu hậu (nếu sanh ngã âm đạo).
- Sa dây rốn.
- Trật khớp háng.
- Tổn thương các tạng trong ổ bụng.
- Tử vong.

----- oOo -----

3. Tim thai bất thường (suy thai)

Tinh huông lâm sàng

- Nghe tim thai (bằng ống nghe hoặc máy) phát hiện bất thường (> 160 lần/ 1 phút **hoặc** < 120 lần/ 1 phút **hoặc** $120 - 160$ lần/ 1 phút nhưng không đều).
- Siêu âm phát hiện tim thai bất thường (> 160 lần/ 1 phút **hoặc** < 120 lần/ 1 phút **hoặc** $120 - 160$ lần/ 1 phút nhưng không đều).
- Monitoring sản khoa xuất hiện: nhịp tim thai phẳng, nhịp giảm muộn, nhịp giảm bất định . . .

Thời điểm khám bệnh

- Những trường hợp tim thai bất thường phải được khám ngay lập tức.

Các yếu tố cần biết

- **Dấu hiệu sinh tồn của mẹ như thế nào?**
 - Mẹ bị sốt thì có thể làm nhịp tim thai nhanh (VII.B.4-T72) nhưng không phải là suy thai.
 - Nếu mạch tăng và huyết áp giảm, tìm nguyên nhân gây xuất huyết.
- **Tim thai như thế nào?**
 - Tim thai chậm (< 120 lần/ 1 phút) tiên lượng xấu hơn tim thai nhanh (> 160 lần/ 1 phút).
 - Nhịp tim thai phẳng tiên lượng rất xấu.
- **Tuổi thai là bao nhiêu tuần?**(I.B.5-T3)
 - Tuổi thai là 1 yếu tố để thầy thuốc đưa ra quyết định thời điểm và phương pháp chấm dứt thai kỳ.
 - Thai non tháng, tim thai thường nhanh. (VII.B.4-T72)

- **Cơn co tử cung như thế nào?** (III.B.2-T15)
 - Cơn co tử cung cường tính là nguyên nhân làm suy thai. Nguyên nhân làm cơn co tử cung cường tính có thể là do dùng oxytocin quá liều, nhau bong non . . .
 - Cố gắng làm giảm cơn co: ngưng oxytocin, dùng thuốc giảm co. (V.A.2-T36)
 - Một số trường hợp có thể tăng co để rút ngắn giai đoạn chuyển dạ giúp thai ra sớm.
- **Người mẹ có bị ra huyết âm đạo không?**
 - Nhau tiền đạo, vỡ tử cung, mạch máu tiền đạo (vasa previa) . . . làm ra huyết âm đạo nhiều (ảnh hưởng đến sinh hiệu của người mẹ) và làm suy thai.
 - Mạch máu tiền đạo thường chỉ gây xuất huyết âm đạo khi ối vỡ.
- **Ới có vỡ hay không?**
 - Nếu sau khi ối vỡ tim thai biểu hiện bất thường, phải khám âm đạo ngay xem có sa dây rốn (III.I.1-T25) hay không? Nếu có thì xử trí như 1 trường hợp sa dây rốn (VI.A.12-T53)
- **Có chuyển dạ chưa** (III.B.1-T15)? **Nếu có thì đang ở giai đoạn nào?**(III.B.2-T15)
 - Chuyển dạ thật sự bắt đầu khi có cơn co tử cung đều đặn (rất khó xác định giai đoạn này). Xác định được giai đoạn chuyển dạ sẽ giúp thầy thuốc quyết định thời điểm và phương thức chấm dứt thai kỳ.
 - VD: nếu CTC mở được 9 cm, cơn co tử cung tốt thì có thể theo dõi sinh ngã âm đạo (có thể giúp sanh bằng forceps (VIII.A-T75)).
- **Có phân su không?**
 - Phân su càng sệt, tiên lượng cho thai càng xấu. Phân su chỉ có giá trị chẩn đoán suy thai trong trường hợp ngôi chằm (không có giá trị trong ngôi mông).
 - Nếu không có phân su thì có thể theo dõi thêm 1 thời gian. Nếu có phân su kèm theo, nên chấm dứt thai kỳ càng sớm càng tốt.
 - Nếu có phân su trong nước ối → phòng ngừa hội chứng hít phân su (XI.A.4-T85) ở trẻ sơ sinh.

Thái độ xử trí

Phụ thuộc các yếu tố sau: Cần chấm dứt thai kỳ ngay không?

► Cần chấm dứt thai kỳ ngay không?

- Những nguyên nhân làm suy thai cần phải chấm dứt thai kỳ ngay (thường phải mổ lấy thai): sa dây rốn (dây rốn còn đập tốt), nhau tiền đạo ra huyết, vỡ tử cung (I.B.11-T5), nhau bong non (III.H.2-T23) . . .
- Nếu không có nguyên nhân rõ ràng và chuyển dạ đang diễn tiến thuận lợi, có thể hồi sức tim thai (III.D.2-T19) và theo dõi tiếp chuyển dạ.
- Nếu thai còn non tháng (VD: 30 tuần), giải thích cho gia đình và theo dõi sinh ngã âm đạo.

Các bước thực hiện

- Cho nhập viện tất cả những trường hợp tim thai bất thường.
- Ghi nhận mạch và huyết áp.
- Đánh giá sức khỏe của thai (III.A.4-T8): nghe tim thai, siêu âm, dùng monitoring sản khoa.
- Khám âm đạo xác định ngôi thai (III.A.6-T9).
- Xác định giai đoạn chuyển dạ: khám âm đạo dựa vào độ mở của cổ tử cung.
- Khám âm đạo xem có sa dây rốn hay không (nếu ối đã vỡ).
- Cho mẹ nằm nghiêng trái và thở oxy.
- Ngưng oxytocin (V.A.1-T35) (nếu đang sử dụng và cơn co tử cung cường tính).
- Truyền dịch (nếu cần).
- Làm xét nghiệm máu, HIV (nếu cần).
- Quyết định thời điểm và phương pháp chấm dứt thai kỳ.
- Nếu đẻ sanh ngã âm đạo, nên giúp sanh bằng forceps.

Nguy cơ cho mẹ và con

Cho mẹ

- Tùy thuộc nguyên nhân làm tim thai bất thường.

Cho con

Hội chứng hít phân su. (XI.A.4-T86)

Tử vong.

----- oOo -----

4. Sản phụ có vết mổ lấy thai

Tinh huông lâm sàng

Sản phụ đã mổ lấy thai một lần.

Thời điểm khám bệnh

Cần được khám ngay nếu: (1) có chuyển dạ; (2) có yếu tố bất thường kèm theo (ôi vỡ, suy thai . . .); (3) có yếu tố cần phải mổ lấy thai chủ động. (III.E.5-T21)

Các yếu tố cần biết

Khoảng thời gian từ lần mổ trước đến nay là bao lâu?

- Nếu khoảng cách từ lần mổ trước đến lần nhập viện này < 2 năm, nguy cơ vỡ tử cung cao.

• Chỉ định mổ lần trước?

- Chỉ định mổ lần trước nếu vẫn còn tồn tại đến lần mang thai này (khung chậu lệch, bất xứng đầu chậu . . .), phương pháp chấm dứt thai kỳ ở lần mang thai này sẽ là mổ lấy thai.
- Chỉ định mổ ở lần mang thai trước chỉ có thể biết chính xác qua “giấy phẫu thuật”.

• Phương pháp phẫu thuật ở lần mổ trước?

- Phương pháp phẫu thuật có thể tham khảo qua giấy “giấy phẫu thuật” lần trước. Nếu lần trước là mổ dọc thân tử cung, lần mang thai này nên mổ lấy thai chủ động.
- Ngày nay, hầu hết các trường hợp mổ lấy thai là mổ ngang đoạn dưới tử cung (do có nhiều ưu điểm hơn mổ dọc thân tử cung) (III.E.3-T20). Tuy nhiên, trên thực tế một số trường hợp phải mổ dọc thân tử cung lấy thai do đoạn dưới tử cung không thành lập tốt (không mổ ngang đoạn dưới tử cung được). VD: ngôi ngang, nhau tiền đạo trung tâm ra huyết nhiều + thai non tháng . . .

• Tuổi thai được bao nhiêu tuần? (I.B.5-T3)

- Tuổi thai được tính theo ngày đầu của chu kỳ kinh cuối hoặc siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ. Tuổi thai là yếu tố quyết định thời điểm chấm dứt thai kỳ.

Tim thai còn hay mất?

Nếu tim thai mất (thai chết) → theo dõi sanh ngã âm đạo. Tuy nhiên, nếu sản phụ có dấu hiệu “đau vết mổ cũ” → mổ lấy thai.

• Có bất thường kèm theo hay không?

- Các bất thường kèm theo có thể là: ngôi mông, ôi vỡ sớm . . .
- Nếu có nhau tiền đạo (III.H.1-T23) thì có thể kèm theo nhau cài răng lược (III.H.3-T23). Tỷ lệ bị nhau tiền đạo và nhau cài răng lược sẽ tăng theo số lần đã mổ lấy thai.

• Có chuyển dạ chưa (III.B.1-T15)? Nếu có thì đang ở giai đoạn nào? (III.B.2-T15)

- Chuyển dạ thật sự bắt đầu khi có cơn co tử cung đều đặn (rất khó xác định giai đoạn này). Khi vào chuyển dạ, nguy cơ nứt vết mổ rất cao.
- Tỷ lệ vỡ tử cung khi vào chuyển dạ sẽ tăng nếu vết mổ lần trước là dọc thân tử cung, đã mổ lấy thai 2 lần, đã bị nhiễm trùng tử cung sau khi mổ lấy thai lần trước . . .

• Có đau vết mổ lấy thai cũ hay không?

- Cách khám “đau vết mổ lấy thai cũ như sau”: khám ngoài cơn co tử cung. Một tay ấn dọc trên xương vệ (tương đương với vết mổ ngang đoạn dưới trong tử cung) đồng thời quan sát biểu hiện của sản phụ. Nếu sản phụ đau, nghi ngờ nứt vết mổ.

Thái độ xử trí

Phụ thuộc các yếu tố sau: Có nên mổ lấy thai chủ động hay không? Có chuyển dạ chưa? Thai kỳ lần này có kèm theo bất thường không?

► **Có nên mổ lấy thai chủ động hay không?** (III.E.5-T21)

- Nếu lần mổ trước là mổ dọc thân tử cung, đã mổ 2 lần . . . thì lần mang thai này nên mổ lấy thai chủ động.

► **Có chuyển dạ chưa?**

- Một số trường hợp vết mổ lấy thai cũ có thể theo dõi sanh ngã âm đạo (III.F.2-T21). Tuy nhiên, cần phải theo dõi sát, nếu có biểu hiện bất thường trong quá trình chuyển dạ (chuyển dạ kéo dài, đau vết mổ cũ . . .) thì mổ lấy thai.

► **Thai kỳ lần này có kèm theo bất thường không?**

- Nếu có những bất thường kèm theo như: ối vỡ sớm, thai quá ngày . . . nên mổ lấy thai. Tuy nhiên, không cần mổ lấy thai chủ động mà nên mổ khi đã vào chuyển dạ.

Các bước thực hiện

- Cho nhập viện khi: (1) có chuyển dạ; (2) có yếu tố bất thường kèm theo (ối vỡ, thai quá ngày, thiếu ối . . .); (3) cần chấm dứt thai kỳ chủ động.
- Đánh giá sức khỏe của thai (III.A.4-T8): nghe tim thai, siêu âm thai, dùng monitoring sản khoa.
- Tính tuổi thai: siêu âm của 3 tháng đầu, kinh cuối.
- Xác định giai đoạn chuyển dạ: khám âm đạo dựa vào độ mở của cổ tử cung.
- Tìm những đặc điểm của lần mổ trước: mổ dọc thân hay ngang đoạn dưới tử cung, có bị nhiễm trùng tử cung ở lần mổ trước hay không
- Tìm các yếu tố bất thường kèm theo: nhau tiền đạo, ngôi mông . . .
- Đánh giá xem có thể theo dõi sanh ngã âm đạo được không?
- Có đau vết mổ lấy thai không?
- Quyết định thời điểm và phương pháp chấm dứt thai kỳ.
- Xét nghiệm máu, HIV (nếu cần), nhóm máu.

Nguy cơ cho mẹ và con

Cho mẹ

Nhau tiền đạo (III.H.1-T23), nhau cài răng lược. (III.H.3-T23)

Mổ lấy thai lại.

Cắt tử cung sau mổ lấy thai. (III.E.6-T21)

Vỡ tử cung trước hoặc trong chuyển dạ.

Cho con

- Suy hô hấp.
- Tử vong.

----- oOo -----

5. Thai quá ngày

Tinh huồng lâm sàng

- Tuổi thai > 42 tuần.

Thời điểm khám bệnh

Thai quá ngày có thể suy thai (III.D.1-T19) hoặc chết trong tử cung. Vì vậy, những trường hợp này nên được khám ngay.

Các yếu tố cần biết

Tuổi thai được bao nhiêu tuần? (I.B.5-T3)

- Tuổi thai được tính theo kinh cuối hoặc siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ.

Có chuyển dạ chưa (III.B.1-T15)? Nếu có thì đang ở giai đoạn nào? (III.B.2-T15)

- Chuyển dạ thật sự bắt đầu khi có cơn co tử cung đều đặn (rất khó xác định giai đoạn này). Một số trường hợp thai quá ngày sẽ không chịu đựng được cơn co tử cung khi có chuyển dạ (suy thai).

Có thiếu ối hay không? (XIII.A.6-T89)

- Thiếu ối thường gặp trong thai quá ngày. Thiếu ối là nguyên nhân làm suy thai hoặc thai chết trong tử cung.

Màu sắc nước ối như thế nào? (III.G.1-T22)

- Nước ối thường màu vàng.

Tim thai như thế nào?

Phải theo dõi sát tim thai khi có cơn co tử cung hoặc thiếu ối.

Nếu tim thai mất (thai chết) → theo dõi sanh ngã âm đạo.

Trọng lượng thai bao nhiêu? (III.A.2-T8)

Có thể gặp trường hợp thai to (III.A.5-T9) làm chuyển dạ bất thường.

Thái độ xử trí

Phụ thuộc các yếu tố sau: Có chuyển dạ hay chưa? Sức khỏe của thai như thế nào?

► Có chuyển dạ hay chưa?

- Nếu đã có chuyển dạ thì theo dõi sức khỏe của thai trong quá trình chuyển dạ (tốt nhất là dùng monitoring sản khoa). Nếu có biểu hiện suy thai nên mổ lấy thai. (III.E-T19)
- Nếu chưa có chuyển dạ, đánh giá sức khỏe của thai (III.A.4-T8). Quyết định phương pháp chấm dứt thai kỳ (mổ lấy thai hay sanh ngã âm đạo) tùy thuộc vào khả năng chịu đựng của thai khi có cơn co tử cung.

► Sức khỏe của thai như thế nào?

- Nếu có biểu hiện bất thường (cử động thai giảm, tim thai bất thường, non stress test không đáp ứng) thì chấm dứt thai kỳ.

Các bước thực hiện

Cho nhập viện ngay tất cả các trường hợp thai quá ngày.

Đánh giá sức khỏe của thai: nghe tim thai, siêu âm thai, dùng monitoring sản khoa.

Xác định giai đoạn chuyển dạ: khám âm đạo dựa vào độ mở của cổ tử cung.

Xác định lượng nước ối bằng siêu âm.

Quyết định thời điểm và phương pháp chấm dứt thai kỳ.

Xét nghiệm máu, HIV (nếu cần).

Nguy cơ cho mẹ và con

Cho mẹ

- Tăng nguy cơ mổ lấy thai.
- Băng huyết sau sanh do chuyển dạ kéo dài (do thai to). (II.A.-T6)

Cho con

- Suy hô hấp.
- Hội chứng hít phân su. (XI.A.4-T86)
- Tử vong.

6. Chuyển dạ sanh non

Tinh huông lâm sàng

- Thai thiếu tháng. Khám thấy có cơn co tử cung, cổ tử cung xóa mở.
- Thai thiếu tháng. Ối vỡ non.

Thời điểm khám bệnh

Sanh non thường chỉ gây nguy hiểm cho thai (tử vong do suy hô hấp). Những trường hợp này nên được khám càng sớm càng tốt.

Các yếu tố cần biết

Có ối vỡ không?

- Ối vỡ có thể xác định bằng cách hỏi bệnh sử và thăm khám âm đạo. Sau khi ối vỡ khoảng 6 giờ thì có nguy cơ nhiễm trùng ối.
- Sau khi ối vỡ, chuyển dạ tự nhiên sẽ xảy ra. Tùy theo tuổi thai, khoảng cách thời gian từ lúc ối vỡ đến lúc bắt đầu chuyển dạ sẽ khác nhau (thai càng non tháng, thời điểm bắt đầu chuyển dạ sau ối vỡ càng dài).

Chuyển dạ ở giai đoạn nào? (III.B.2-T15)

- Giai đoạn chuyển dạ có thể xác định bằng cách khám âm đạo. Nếu chuyển dạ sang pha hoạt động, khả năng giữ thai trong tử cung rất thấp.

Tuổi thai được bao nhiêu tuần? (I.B.5-T3)

- Tuổi thai được tính theo ngày đầu của chu kỳ kinh cuối hoặc siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ. Khi thai khoảng 28 – 34 tuần, nên dùng thuốc kích thích trưởng thành phổi. (V.A.5-T37)

Tim thai còn hay mất?

Nếu tim thai mất (thai chết) → theo dõi sanh ngã âm đạo.

Thai có dị dạng không?

- Thai dị dạng là một trong những chống chỉ định dùng thuốc giảm co (V.A.2-T36).
- Siêu âm thai có thể xác định được 1 số dị dạng của thai (não úng thủy, bụng cóc . . .).

Mẹ có bệnh lý gì không?

- Một số bệnh lý của mẹ (bệnh tim, thiếu máu . . .) là chống chỉ định dùng thuốc giảm co.

Thái độ xử trí

Phụ thuộc các yếu tố: Mẹ và thai có bất thường không? Chuyển dạ ở giai đoạn nào? Tuổi thai là bao nhiêu?

► Mẹ và thai có bất thường không?

- Mẹ bị bệnh tim, thai dị dạng . . ., anh (chị) không nên dùng thuốc giảm co để giữ thai.

► Chuyển dạ ở giai đoạn nào?

- Nếu chuyển dạ vào pha hoạt động thì khả năng giữ thai rất thấp, ngay cả nếu anh (chị) dùng thuốc giảm co đường truyền tĩnh mạch. Thời điểm này, dùng thuốc kích thích trưởng thành phổi thường ít có hiệu quả.
- Nếu cổ tử cung mở $\leq 2\text{cm}$, khả năng giữ thai cũng rất thấp. Nhưng anh (chị) có thể kéo dài thời gian thai ở trong tử cung để có thể dùng thuốc kích thích trưởng thành phổi cho thai. (V.A.5-T37)

► Tuổi thai là bao nhiêu tuần?

- Thuốc kích thích trưởng thành phổi chỉ có tác dụng khi thai khoảng 28 – 34 tuần và thuốc chỉ có hiệu quả 48 giờ sau khi chích mũi đầu tiên.

Các bước thực hiện

Cho nhập viện tất cả những trường hợp có dấu hiệu chuyển dạ sanh non. (III.B.5-T17)

Đánh giá cơn co tử cung.

Đánh giá sức khỏe của thai (III.A.4-T8): nghe tim thai, siêu âm thai, dùng monitoring sản khoa.

Tính tuổi thai: siêu âm của 3 tháng đầu, kinh cuối.

Khám âm đạo xác định độ xóa mở của cổ tử cung.

Dùng thuốc giảm co (nếu đủ điều kiện).

Dùng thuốc kích thích trưởng thành phổi (nếu cần).
Có gắng chấm dứt thai kỳ bằng phương pháp sanh ngã âm đạo.
Xét nghiệm máu, HIV (nếu cần).
Chuẩn bị phương tiện hồi sức sơ sinh (XIV.2-T92).
Mời bác sĩ nhi khoa hỗ trợ.

Nguy cơ cho mẹ và con

Cho mẹ

- Thường không có.

Cho con

- Suy hô hấp (bệnh lý màng trong).
- Nhiễm trùng.
- Xuất huyết não.
- Hạ đường huyết.
- Hạ canxi huyết.

----- oOo -----

7. Kéo dài giai đoạn hai của chuyển dạ

Tinh huớng lâm sàng

Khoảng 60 phút sau khi cổ tử cung mở trọn thai nhi vẫn chưa sổ ra.

Thời điểm khám bệnh

Chuyển dạ kéo dài có thể gây suy thai, thai chết trong tử cung hoặc vỡ tử cung. Vì vậy, những trường hợp này nên được khám ngay.

Các yếu tố cần biết

Có biểu hiện suy thai hay không? (III.D.1-T19)

- Chuyển dạ kéo dài có thể làm suy thai. Suy thai có thể phát hiện qua sự thay đổi của nhịp tim thai (> 160 lần/ 1 phút **hoặc** < 120 lần/ 1 phút **hoặc** $120 - 160$ lần/ 1 phút nhưng không đều) **hoặc** thay đổi màu sắc của nước ối (màu xanh).

Cơ co tử cung như thế nào? (III.B.2-T15)

Cơ co tử cung thưa là một trong những nguyên nhân gây chuyển dạ kéo dài.
Nếu cơ co thưa có thể dùng oxytocin để tăng co (nếu đủ điều kiện).

• Tình trạng sức khỏe của mẹ?

- Để giúp thai sổ ra ngoài cần 2 yếu tố là cơ co tử cung và sức rặn của người mẹ. Nếu người mẹ không có sức rặn (mệt mỏi do đã rặn sớm hoặc có bệnh lý không thể rặn được) **hoặc/và** không biết cách rặn có thể làm kéo dài giai đoạn 2 của chuyển dạ.

• Khung chậu của mẹ như thế nào? (III.A.13-T12)

- Khung chậu giới hạn hoặc hẹp là nguyên nhân làm chuyển dạ kéo dài. (III.B.3-T15)

• Ngôi thai? (III.A.6-T9)

- Ngôi trán, ngôi thóp trước . . . sẽ làm chuyển dạ kéo dài hoặc ngưng tiến triển. Những trường hợp này nên mổ lấy thai ngay. (III.E.1-T19)

• Kiểu thể (III.A.7-T9) và độ lọt (III.A.8-T10) của thai?

- Ngôi chằm kiểu thể sau cũng làm cho chuyển dạ kéo dài và có thể cần phải giúp sanh.

• Có dấu hiệu chõng xương hoặc có bướu huyết thanh (III.A.9-T11) hay không?

- Nếu thai nhi có bướu huyết thanh, có thể đánh giá sai độ lọt của thai.
- Dấu hiệu chõng xương chứng tỏ có bất cân xứng giữa đầu thai và khung chậu trong.

Thái độ xử trí

Phụ thuộc vào các yếu tố sau: Thai có bị suy hay không? Khung chậu có bị hẹp hay không?
Cơ co tử cung như thế nào?

► Thai có bị suy hay không?

- Nếu có biểu hiện suy thai, phải chấm dứt thai kỳ ngay (mổ lấy thai hoặc giúp sanh bằng forceps (VIII.A-T75)).

► **Khung chậu có bị hẹp hay không?**

- Nếu khung chậu bị hẹp làm thai không sổ được, nên mổ lấy thai.

► **Cơ co tử cung như thế nào?**

- Nếu cơ co tử cung thưa, tăng cơ bằng oxytocin (V.A.1-T35), có thể giúp sanh bằng forceps hoặc giác hút (VIII.B-T76).

Các bước thực hiện

Truyền dịch + oxytocin (nếu cần)

Đánh giá sức khỏe của thai: nghe tim thai, dùng monitoring sản khoa.

Đánh giá cơn co tử cung.

Khám khung chậu của mẹ.

Khám ngôi thai, kiểu thể của thai, độ lọt, bướu huyết thanh, dấu hiệu chồng xương.

Quyết định phương pháp và thời điểm chấm dứt thai kỳ.

Hướng dẫn người mẹ cách rặn sanh (nếu cần).

Nguy cơ cho mẹ và con

Cho mẹ

- Kiệt sức, mất nước.
- Vỡ tử cung. (III.A.16-T13)
- Băng huyết sau sanh do đờ tử cung. (II.B-T6)
- Tăng nguy cơ mổ lấy thai.

Cho con

Suy thai.

Tử vong.

----- oOo -----

8. Ối vỡ sớm (Ối vỡ non)

Tinh huông lâm sàng

- Ra nước âm đạo lượng nhiều.
- Khám âm đạo phát hiện ối vỡ.

Thời điểm khám bệnh

Cần được khám ngay nếu: (1) có sa dây rốn; (2) có nhiễm trùng ối; (3) ngôi bất thường; (4) nước ối xanh (vàng, đỏ).

Các yếu tố cần biết

Ối vỡ bao lâu?

Nếu ối vỡ càng lâu, nguy cơ nhiễm trùng ối càng tăng. Nếu ối vỡ > 6 giờ có khả năng nhiễm trùng.

Có dấu hiệu nhiễm trùng ối hay không? (III.G.4-T22)

Thái độ xử trí 1 trường hợp ối vỡ có nhiễm trùng ối và chưa nhiễm trùng ối sẽ khác nhau.

Nếu có nhiễm trùng ối nên dùng kháng sinh và phải chấm dứt thai kỳ càng sớm càng tốt.

Màu sắc của nước ối như thế nào? (III.G.1-T22)

- Màu sắc của nước ối sẽ biểu hiện tình trạng hiện tại của thai.

Tim thai như thế nào?

Nếu tim thai bất thường sau khi ối vỡ (đặc biệt là trong những trường hợp có nguy cơ cao sa dây rốn (III.I.1-T25): ngôi mông, thai chưa lọt, nhau bám thấp . . .) cần loại trừ tình trạng sa dây rốn bằng cách khám âm đạo.

Nếu tim thai mất (thai chết) → theo dõi sanh ngã âm đạo.

Tuổi thai được bao nhiêu tuần? (I.B.5-T3)

Tuổi thai được tính theo kinh cuối hoặc siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ.

Có chuyển dạ chưa (III.B.1-T15)? **Nếu có thì đang ở giai đoạn nào?** (III.B.2-T15)

Chuyển dạ thật sự bắt đầu khi cơn co tử cung đều đặn (rất khó xác định giai đoạn này). Sau khi ối vỡ khoảng 12 giờ thì sẽ chuyển dạ tự nhiên. Nếu thai đủ tháng, không có nhiễm trùng ối thì có thể theo dõi chuyển dạ như những trường hợp khác.

Ngôi thai là ngôi gì? (III.A.6-T9)

Nếu là ngôi chằm thì có thể theo dõi sanh ngã âm đạo, nếu là ngôi bất thường nên mổ lấy thai.

Trong những trường hợp ngôi bất thường (ngôi mông, ngôi trán . . .) nguy cơ ối vỡ sớm rất lớn.

Thái độ xử trí

Thái độ xử trí sẽ phụ thuộc vào các yếu tố sau: Có sa dây rốn? Có nhiễm trùng ối hay chưa? Có chuyển dạ hay chưa? Tuổi thai là bao nhiêu tuần?

► **Có sa dây rốn?**

- Nếu có sa dây rốn: chấm dứt thai kỳ (VI.A.12-T53)
- Nếu không có sa dây rốn: theo dõi chuyển dạ.

► **Có nhiễm trùng ối hay chưa?**

- Nếu có nhiễm trùng ối: dùng kháng sinh điều trị **và** chấm dứt thai kỳ ngay (sanh ngã âm đạo hoặc mổ lấy thai; tuy nhiên sanh ngã âm đạo là phương pháp lựa chọn đầu tiên).
- Nếu chưa có nhiễm trùng ối: hướng xử trí phụ thuộc vào tuổi thai (có thể dùng kháng sinh dự phòng).

► **Có chuyển dạ hay chưa?**

- Nếu đã có chuyển dạ sanh: theo dõi tiếp chuyển dạ.
- Nếu chưa có chuyển dạ: hướng xử trí tùy vào tuổi thai hoặc có nhiễm trùng ối hay không?

► **Tuổi thai là bao nhiêu tuần?** (I.A.5-T3)

- Nếu thai đủ tháng: thì theo dõi chuyển dạ bình thường.
- Nếu thai non tháng: có thể cho thuốc kích thích trưởng thành phổi, cố gắng kéo dài thời gian thai ở trong tử cung nếu không có nhiễm trùng ối.

Các bước thực hiện

Cho nhập viện tất cả những trường hợp ối vỡ.

Xác định có sa dây rốn hay không?

Đánh giá sức khỏe của thai: nghe tim thai, siêu âm thai, dùng monitoring sản khoa.

Tính tuổi thai: siêu âm của 3 tháng đầu, kinh cuối.

Xác định giai đoạn chuyển dạ: khám âm đạo dựa vào độ mở của cổ tử cung.

Xác định có nhiễm trùng ối hay không?

Quyết định thời điểm và phương pháp chấm dứt thai kỳ.

Xét nghiệm máu, HIV (nếu cần).

Nguy cơ cho mẹ và con

Cho mẹ

- Nhiễm trùng ối.

Cho con

- Suy thai.
- Sa dây rốn.
- Thai non tháng.
- Nhiễm trùng sơ sinh.

----- oOo -----

9. Con co tử cung cường tính

Tinh huông lâm sàng

- Sản phụ đau bụng nhiều.
- Bất con co tử cung, phát hiện con co cường tính.
- Monitoring sản khoa ghi nhận con co cường tính.

Thời điểm khám bệnh

Con co tử cung cường tính kéo dài sẽ gây suy thai, mẹ kiệt sức, vỡ tử cung (nếu có bất xứng đầu chậu), băng huyết sau sanh . . . Vì thế, những trường hợp con co tử cung cường tính đều phải được khám ngay.

Các yếu tố cần biết

Có đang truyền oxytocin không? (V.A.1-T35)

Sử dụng oxytocin không đúng chỉ định **hoặc** quá liều sẽ gây con co tử cung cường tính.

Tổng trạng của sản phụ như thế nào?

Sản phụ có thể mệt mỏi, mất nước.

Tim thai như thế nào?

Nếu con co cường tính kéo dài có thể gây suy thai (III.D.1-T19). Trong trường hợp con co tử cung cường tính tim thai có thể rất khó nghe (VII.B.7-T73).

Nếu tim thai mất (thai chết) → theo dõi sanh ngã âm đạo. Tuy nhiên, có 1 số trường hợp vẫn phải mổ lấy thai dù thai đã chết: nhau bong non, bất xứng đầu chậu, ngôi trán . . .

Trọng lượng thai là bao nhiêu? (III.A.2-T8)

Thai to có thể là nguyên nhân gây bất xứng đầu chậu làm con co tử cung tăng.

Ngôi thai là gì? (III.A.6-T9)

Ngôi mặt, ngôi trán . . . không thể sanh ngã âm đạo, có thể gây con co tử cung cường tính.

Tiến triển của ngôi thai?

Ngôi thai không lọt, đầu có bứu huyết thanh to, đầu thai uồn khuôn, có dấu hiệu chông so . . . là các dấu hiệu nghi ngờ bất xứng đầu chậu (III-B-3-T16).

Sản phụ có cao huyết áp, chấn thương vùng bụng hay không?

Đây là những yếu tố thuận lợi gây nhau bong non (làm con co tử cung cường tính).

Thái độ xử trí

Phụ thuộc vào các yếu tố: Có bất xứng đầu chậu hay không? Có nhau bong non hay không? Có dùng oxytocin hay không?

► Có bất xứng đầu chậu hay không?

- Nếu có, mổ lấy thai.
- Nếu không có tìm nguyên nhân khác.

► Có nhau bong non hay không?

- Nếu có, chấm dứt thai kỳ ngay (thường là mổ lấy thai).

► Có dùng oxytocin hay không?

- Nếu có, ngưng truyền. Cho thuốc giảm co (V.A.2-T36) (nếu cần).

Các bước thực hiện

Cho nhập viện tất cả những trường hợp có con co tử cung cường tính.

Đánh giá sức khỏe của thai (III.A.4-T8): nghe tim thai, siêu âm thai, dùng monitoring sản khoa.

Tính tuổi thai: siêu âm của 3 tháng đầu, kinh cuối.

Đánh giá con co tử cung.

Theo dõi tim thai.

Ngưng truyền oxytocin (nếu có).

Đánh giá khung chậu.

Đánh giá ngôi thai, kiểu thể của thai.

Siêu âm thai: xác định trọng lượng thai, loại trừ nguyên nhân nhau bong non.

Quyết định thời điểm và phương pháp chấm dứt thai kỳ.

Nguy cơ cho mẹ và con

Cho mẹ

- Kiệt sức, mất nước.
- Vỡ tử cung. (III.A.16-T13)
- Băng huyết sau sanh do đờ tử cung. (II.A-T6)

Cho con

- Suy thai.
- Tử vong.

----- o0o -----

10. Thai chết trong tử cung

Tình huông lâm sàng

- Sản phụ khai thai không máy.
- Không nghe được tim thai (bằng ống nghe hoặc bằng máy).
- Siêu âm không thấy tim thai đập.

Thời điểm khám bệnh

- Cần được khám ngay nếu: (1) có nhiễm trùng ối; (2) nghi ngờ rối loạn đông máu.

Các yếu tố cần biết

- **Mẹ có bệnh gì không?**
 - Đái tháo đường, cao huyết áp (III.C-T18), nhau bong non (III.H.2-T23). . . có thể làm thai chết trong tử cung.
- **Thai đã chết bao lâu?**
 - Nếu thai đã chết được 6 tuần thì nguy cơ xảy ra tình trạng rối loạn đông máu rất cao. Tuy nhiên, rất khó xác định thời điểm thai chết.
 - Tỷ lệ xảy ra tình trạng rối loạn đông máu sau khi thai chết chỉ khoảng 25%.
- **Có chuyển dạ chưa (III.B.1-T15)? Nếu có thì đang ở giai đoạn nào? (III.B.2-T15)**
 - Chuyển dạ thật sự bắt đầu khi cơn co tử cung đều đặn (rất khó xác định giai đoạn này). Sau khi thai chết chuyển dạ tự nhiên sẽ xảy ra.
- **Có biểu hiện của rối loạn đông máu hay không? Có nhiễm trùng ối không? (III.G.4-T22)**
 - Rối loạn đông máu biểu hiện qua dấu hiệu lâm sàng (xuất huyết dưới da, xuất huyết ở những nơi tiêm chích . . .) và cận lâm sàng (fibrinogen giảm, tiểu cầu giảm . . .).

Thái độ xử trí

Phụ thuộc các yếu tố: Có chuyển dạ hay chưa? Có biến chứng gì không?

► Có chuyển dạ hay chưa?

- Nếu chưa chuyển dạ: chờ chuyển dạ tự nhiên. Điều trị các bệnh lý và biến chứng (nếu có).
- Nếu có chuyển dạ: theo dõi chuyển dạ. Điều trị các bệnh lý và biến chứng (nếu có).

► Có biến chứng gì không?

- Nếu không có biến chứng: theo dõi chuyển dạ tự nhiên.
- Nếu có nhiễm trùng ối: kháng sinh, khởi phát chuyển dạ (III.B.4-T16).
- Nếu có rối loạn đông máu: truyền máu tươi hoặc các yếu tố đông máu.

Các bước thực hiện

- Cho nhập viện tất cả những trường hợp thai chết trong tử cung.
- Xác định thời điểm thai chết (khó xác định).
- Xác định giai đoạn chuyển dạ: khám âm đạo dựa vào độ mở của cổ tử cung.
- Xác định có rối loạn đông máu hay không?
- Tìm những bệnh lý kèm theo của mẹ.
- Cố gắng đẻ sanh ngả âm đạo nếu mẹ không có bệnh lý cần cấp cứu (nhau bong non, nhau tiền đạo . . .).

- Cần khám bé, bánh nhau và dây rốn cẩn thận sau khi sanh (có thể tìm thấy nguyên nhân gây tử vong: dị dạng, dây rốn thắt nút thật . . .).

Nguy cơ cho mẹ và con

Cho mẹ

- Nhiễm trùng ối (nếu ối vỡ sớm). (III.G.4-T22)
- Rối loạn đông máu.

----- oOo -----

11. Song thai

Tinh huông lâm sàng

- Siêu âm thai phát hiện song thai.
- X quang bụng phát hiện song thai.
- Thủ thuật Leopold phát hiện song thai.

Thời điểm khám bệnh

- Cần được khám ngay nếu: (1) có chuyển dạ. Song thai có thể chuyển dạ sanh non, một số trường hợp song thai không thể sanh ngã âm đạo được phải mổ lấy thai. Vì vậy, nếu đã có chuyển dạ thì nên được khám ngay.

Các yếu tố cần biết

- **Tuổi thai được bao nhiêu tuần?** (I.B.5-T3)
 - Tuổi thai được tính theo ngày đầu của chu kỳ kinh cuối hoặc siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ. Trong những trường hợp song thai, bề cao tử cung rất to nhưng thai thường non tháng (không tính tuổi thai theo bề cao tử cung).

Tim thai còn hay mất?

Nếu tim thai mất (thai chết) → theo dõi sanh ngã âm đạo.

- **Ngôi thai của 2 thai như thế nào?** (III.A.12-T12)
 - Có thể xác định bằng siêu âm thai (XIII.A.11-T90) hoặc X quang bụng. Ngôi của 2 thai là 1 yếu tố quyết định phương pháp chấm dứt thai kỳ.
- **Có chuyển dạ chưa** (III.B.1-T15)? **Nếu có thì đang ở giai đoạn nào?** (III.B.2-T15)
 - Chuyển dạ thật sự bắt đầu khi cơn co tử cung đều đặn (rất khó xác định giai đoạn này). Xác định bằng cách đếm cơn co và khám âm đạo đánh giá độ xóa mở của cổ tử cung.

Thái độ xử trí

Phụ thuộc vào các yếu tố: Có chuyển dạ hay chưa? Tuổi thai là bao nhiêu tuần? Ngôi của 2 thai?

► Có chuyển dạ hay chưa?

- Nếu chưa chuyển dạ. Đánh giá xem song thai có khả năng sanh ngã âm đạo không?. Chờ chuyển dạ tự nhiên rồi quyết định phương pháp chấm dứt thai kỳ.
- Nếu đã chuyển dạ. Đánh giá xem song thai có khả năng sanh ngã âm đạo không và quyết định phương pháp chấm dứt thai kỳ.

► Tuổi thai là bao nhiêu tuần?

- Nếu thai còn non tháng, cố gắng giữ thai trong tử cung.
- Thuốc kích thích trưởng thành phổi thường không có hiệu quả trong song thai.

► Ngôi của 2 thai?

- Nếu thai thứ 1 là ngôi ngang, ngôi mông (ngghi ngờ song thai khóa) nên mổ lấy thai.
- Nếu thai thứ 1 là ngôi đầu, có thể theo dõi sanh ngã âm đạo.

Các bước thực hiện

- Nhập viện: (1) chuyển dạ sanh; (2) thai đủ tháng; (3) có bất thường kèm theo (ối vỡ, thiếu ối . . .).
- Đánh giá sức khỏe của thai: nghe tim thai, siêu âm thai, dùng monitoring sản khoa.
- Tính tuổi thai: siêu âm của 3 tháng đầu, kinh cuối.

- Xác định ngôi của 2 thai.
- Đếm cơn co tử cung.
- Quyết định thời điểm và phương thức chấm dứt thai kỳ.
- Làm xét nghiệm máu, HIV (nếu cần), nhóm máu.
- Dự phòng băng huyết sau sanh.
- Mời bác sĩ nhi khoa hỗ trợ.

Nguy cơ cho mẹ và con

Cho mẹ

- Băng huyết sau sanh do đờ tử cung. (II.A-T6)
- Thuyên tắc ối.

Cho con

- Suy dinh dưỡng trong tử cung.
- Hội chứng truyền máu thai nhi. (XI.A.3-T86)
- Suy hô hấp.
- Tử vong.

----- oOo -----

12. Sa dây rốn

Tinh huồng lâm sàng

- Khám âm đạo phát hiện sa dây rốn.
- Nhìn thấy dây rốn sa ra ngoài âm đạo.

Thời điểm khám bệnh

- Sa dây rốn sẽ gây tử vong cho con (do dây rốn bị chèn ép làm giảm tuần hoàn mẹ - con) nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời. Vì thế, những trường hợp này phải được khám ngay lập tức.

Các yếu tố cần biết

- **Dây rốn còn đập hay không?**
 - Nếu dây rốn không còn đập chứng tỏ thai đã chết.
 - Dây rốn còn đập chứng tỏ thai còn sống, tuy nhiên mạch đập của dây rốn càng chậm tiền lượng càng xấu.
- **Tuổi thai được bao nhiêu tuần?** (I.B.5-T3)
 - Tuổi thai được tính theo ngày đầu của chu kỳ kinh cuối hoặc siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ. Tuổi thai có liên quan đến tình trạng cấp cứu và phương pháp chấm dứt thai kỳ.
- **Ngôi thai là ngôi gì?** (III.A.6-T9)
 - Nếu là ngôi chằm thì tiền lượng xấu hơn ngôi mông.
 - Ngôi bất thường như ngôi ngang, ngôi mông . . . nguy cơ sa dây rốn sau khi ối vỡ rất cao.
- **Chuyển dạ ở giai đoạn nào?** (III.B.2-T15)
 - Tùy thuộc vào giai đoạn chuyển dạ mà thầy thuốc quyết định phương pháp chấm dứt thai kỳ: mổ lấy thai hay sanh ngã âm đạo (có giúp sanh). Đa số trường hợp phải mổ lấy thai.

Thái độ xử trí

Phụ thuộc vào các yếu tố sau: Mạch rốn còn đập hay không? Tuổi thai là bao nhiêu tuần? Chuyển dạ ở giai đoạn nào?

► Mạch rốn còn đập hay không?

- Nếu dây rốn không còn đập chứng tỏ thai đã chết. Trường hợp này không còn là cấp cứu nữa.
- + Xử trí: giải thích cho sản phụ và chờ chuyển dạ sanh tự nhiên.
- Nếu dây rốn còn đập

- + Nếu nhịp đập của dây rốn < 100 lần/ 1 phút. Tiên lượng rất xấu, khả năng tử vong cao.
Xử trí: giải thích cho sản phụ. Chấm dứt thai kỳ (mổ lấy thai hoặc sanh ngả âm đạo).
- + Nếu nhịp đập của dây rốn > 100 lần/ phút. Khả năng sống của thai nhi cao.
Xử trí: giải thích cho sản phụ. Chấm dứt thai kỳ (mổ lấy thai hoặc sanh ngả âm đạo).

► **Tuổi thai là bao nhiêu tuần?**

- Nếu thai non tháng (không có khả năng sống), nên chấm dứt thai kỳ bằng sanh ngả âm đạo hơn là mổ lấy thai.
Xử trí: giải thích cho sản phụ và theo dõi sanh ngả âm đạo.

► **Chuyển dạ giai đoạn nào?**

- Nếu chuyển dạ ở cuối pha hoạt động hoặc ở giai đoạn 2, có thể chấm dứt thai kỳ nhanh chóng bằng sanh ngả âm đạo (có giúp sanh).
Xử trí: giải thích cho sản phụ và chấm dứt thai kỳ bằng cách sanh ngả âm đạo (có giúp sanh).

Các bước thực hiện

- Cho nhập viện tất cả những trường hợp sa dây rốn.
- Đếm nhịp đập của dây rốn bằng cách dùng ngón 2 và 3 kẹp dây rốn.
- Truyền dịch, hồi sức tim thai.
- Đưa tay vào trong âm đạo đẩy đầu thai nhi lên, tránh chèn ép vào dây rốn. (III.1.2-T25)
- Xác định ngôi thai.
- Xác định giai đoạn chuyển dạ: khám âm đạo dựa vào độ mở của cổ tử cung.
- Tính tuổi thai: siêu âm của 3 tháng đầu, kinh cuối.
- Quyết định thời điểm và phương pháp chấm dứt thai kỳ.
- Xét nghiệm công thức máu, HIV.

Nguy cơ cho mẹ và con

Cho mẹ

- Nguy cơ mổ lấy thai.

Cho con

- Suy thai.
- Tử vong.

----- oOo -----

13. Có phân su trong nước ối

Tinh huông lâm sàng

- Ới vỡ, nước ối màu xanh.
- Khám âm đạo thấy nước ối màu xanh.

Thời điểm khám bệnh

- Phân su trong nước ối biểu hiện tình trạng suy thai cấp. Nếu phân su nhiều có thể gây nguy hiểm đến tính mạng của thai nhi (hội chứng hít phân su (XI.A.4-T86)). Vì vậy, trường hợp này cần phải được khám ngay lập tức.

Các yếu tố cần biết

- **Màu sắc nước ối (xanh sệt hay xanh loãng)?**
 - Nước ối xanh sệt chứng tỏ có rất nhiều phân su trong nước ối, tiên lượng cho con rất xấu.
- **Tim thai như thế nào?**
 - Nếu tim thai bất thường tiên lượng rất xấu. Cần phải chấm dứt thai kỳ ngay.
 - Nếu tim thai mất (thai chết) → theo dõi sanh ngã âm đạo.
- **Tuổi thai được bao nhiêu tuần?** (I.B.5-T3)
 - Tuổi thai được tính theo ngày đầu của chu kỳ kinh cuối hoặc siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ.
- **Có chuyển dạ chưa** (III.B.1-T15)? **Nếu có thì đang ở giai đoạn nào?** (III.B.2-T15)
 - Chuyển dạ thật sự bắt đầu khi cơn co tử cung đều đặn (rất khó xác định giai đoạn này). Tùy theo giai đoạn chuyển dạ người thầy thuốc sẽ đưa ra phương pháp chấm dứt thai kỳ thích hợp.
 - VD: nếu CTC mở 8 cm, đầu lọt +2 → theo dõi sanh ngã âm đạo (có thể giúp sanh bằng forceps).
- **Cơn co tử cung như thế nào?**
 - Một trong những nguyên nhân gây suy thai là cơn co tử cung cường tính (VII.B.2-T72).
 - Cơn co cường tính thường do: dùng oxytocin không đúng chỉ định, nhau bong non . . .
- **Ngôi thai là ngôi gì?**
 - Nếu là ngôi mông thì phân su không phải là yếu tố chẩn đoán suy thai.

Thái độ xử trí

Phụ thuộc vào 2 yếu tố: Mức độ trầm trọng của tình trạng suy thai? Chuyển dạ ở giai đoạn nào?

► Mức độ trầm trọng của tình trạng suy thai?

- Nếu phân su nhiều trong nước ối (nước ối xanh sệt) và tim thai bất thường, tiên lượng cho thai rất xấu.
Xử trí: chấm dứt thai kỳ càng nhanh càng tốt (thường là mổ lấy thai).
- Nếu phân su ít (xanh loãng), tim thai còn trong giới hạn bình thường, chuyển dạ đang diễn tiến thuận lợi. Theo dõi sanh ngã âm đạo.

► Chuyển dạ giai đoạn nào?

- Nếu cổ tử cung mở gần trọn hoặc đang ở giai đoạn 2 của chuyển dạ thì có thể theo dõi sanh ngã âm đạo (nên giúp sanh bằng forceps (VIII.A-T75)).

Các bước thực hiện

- Cho nhập viện tất cả những trường hợp có phân su trong nước ối.
- Đánh giá sức khỏe của thai: nghe tim thai, dùng monitoring sản khoa.
- Đánh giá tính chất của nước ối (xanh sệt hay xanh loãng).
- Tính tuổi thai: siêu âm của 3 tháng đầu, kinh cuối.
- Xác định giai đoạn chuyển dạ: khám âm đạo dựa vào độ mở của cổ tử cung
- Hồi sức tim thai. (III.D.2-T19)

- Làm xét nghiệm máu.
- Quyết định phương pháp và thời điểm chấm dứt thai kỳ.
- Chuẩn bị phương tiện hồi sức sơ sinh.
- Mời bác sĩ nhi khoa hỗ trợ.

Nguy cơ cho mẹ và con

Cho mẹ

- Nguy cơ mổ lấy thai. (III.E.1-T19)

Cho con

- Hội chứng hít phân su. (XI.A.4-T86)
- Suy thai.
- Tử vong.

----- oOo -----

14. Nhau tiền đạo

Tinh huông lâm sàng

- Siêu âm phát hiện nhau tiền đạo.
- Sản phụ ra huyết đột ngột, không kèm đau bụng, máu đỏ tươi có lẫn máu cục.

Thời điểm khám bệnh

- Nhau tiền đạo nếu ra máu nhiều có thể gây tử vong cho mẹ và thai. Vì thế, những trường hợp ra máu âm đạo phải được khám ngay.

Các yếu tố cần biết

• Tổng trạng của sản phụ?

- Cần theo dõi mạch và huyết áp của sản phụ để phòng trường hợp sốc mất máu. Nếu mạch tăng > 15 nhịp/ 1 phút và huyết áp giảm 10 - 20 mmHg khi thay đổi tư thế từ nằm sang ngồi thì đó là dấu hiệu sớm của sốc mất máu.

• Nhịp tim thai?

- Nhịp tim thai bất thường chứng tỏ suy thai, cần phải can thiệp ngay.
- Nếu là nhau tiền đạo trung tâm hoặc bán trung tâm thì vẫn phải mổ lấy thai dù thai đã chết.

• Nhau tiền đạo dạng gì? (III.H.1-T23)

- Nếu là nhau tiền đạo trung tâm thì mổ lấy thai. Siêu âm là xét nghiệm tốt nhất để xác định vị trí của bánh nhau.

• Tuổi thai được bao nhiêu tuần? (I.B.5-T3)

- Tuổi thai được tính theo ngày đầu của chu kỳ kinh cuối hoặc siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ.
- Nếu là nhau tiền đạo ra máu nhiều thì yếu tố quyết định chấm dứt thai kỳ là tình trạng của mẹ không phải là tuổi thai (thai đã trưởng thành hay còn non tháng). Tuy nhiên, nếu tình trạng ra máu không nhiều, anh (chị) cũng cần phải biết tuổi thai bao nhiêu để có hướng xử trí thích hợp.

• Có chuyển dạ chưa (III.B.1-T15)?

- Chuyển dạ thật sự bắt đầu khi cơn co tử cung đều đặn (rất khó xác định giai đoạn này). Đối với nhau tiền đạo trung tâm và bán trung tâm, tình trạng ra máu xảy ra khi cổ tử cung bắt đầu mở.

• Sản phụ đã có siêu âm chưa?

- Giấy siêu âm thai trong những tháng cuối thai kỳ sẽ giúp các thầy thuốc chẩn đoán nhanh nguyên nhân ra máu. Đặc biệt trong những trường hợp không thể siêu âm ngay (ra máu nhiều, sốc mất máu).

Thái độ xử trí

Thái độ xử trí tùy thuộc vào: Tình trạng ra máu của mẹ? Tuổi thai là bao nhiêu tuần? Nhau tiền đạo loại nào?

► Tình trạng ra máu của mẹ?

- Nếu tình trạng ra máu ảnh hưởng đến tổng trạng của người mẹ thì chấm dứt thai kỳ bất chấp tuổi thai.
- Nếu tình trạng ra máu ít, tự cầm, không ảnh hưởng đến tổng trạng của người mẹ, có thể theo dõi thêm nếu thai chưa đủ tháng.

► Tuổi thai là bao nhiêu tuần?

- Nếu thai chưa trưởng thành và tình trạng ra máu không nhiều thì có thể theo dõi thêm.
- Nếu thai đã trưởng thành (III.A.3-T8), có thể chủ động chấm dứt thai kỳ.

► Loại nhau tiền đạo?

- Nếu đã xác định là nhau tiền đạo trung tâm thì có thể chủ động chấm dứt thai kỳ khi thai đã trưởng thành.

Các bước thực hiện

- Cho nhập viện khi: (1) ra máu nhiều; (2) có dấu hiệu chuyển dạ; (3) thai đủ tháng.
- Lập đường truyền.
- Ghi nhận dấu hiệu sinh tồn.
- Đánh giá sức khỏe của thai: nghe tim thai, siêu âm thai, dùng monitoring sản khoa.
- Tính tuổi thai: siêu âm của 3 tháng đầu, kinh cuối, ngày dự sanh.
- Xác định giai đoạn chuyển dạ: khám âm đạo dựa vào độ mở của cổ tử cung. Cẩn thận khi khám âm đạo ở những trường hợp nhau tiền đạo, nếu đã xác định được là nhau tiền đạo trung tâm thì không nên khám âm đạo.
- Siêu âm xác định vị trí của bánh nhau. (XIII.A.7-T89)
- Xét nghiệm máu, nhóm máu.
- Chuẩn bị máu.
- Quyết định thời điểm và phương pháp chấm dứt thai kỳ.

Nguy cơ cho mẹ và con

Cho mẹ

- Tăng nguy cơ mổ lấy thai.
- Tăng nguy cơ cắt tử cung sau mổ lấy thai. (III.E.6-T21)
- Sốc giảm thể tích.
- Tử vong do mất máu (hiếm).
- Nhau cài răng lược.

Cho con

- Suy thai. (III.D.1-T19)
- Tử vong do non tháng.
- Tử vong do giảm tuần hoàn mẹ - con (do mẹ mất máu nhiều).

----- oOo -----

15. Tiền sản giật

Tinh huông lâm sàng

- Huyết áp $\geq 140/90$ mmHg và có protein trong nước tiểu.

Thời điểm khám bệnh

- Tiền sản giật nặng và sản giật gây nhiều biến chứng nguy hiểm cho mẹ và thai. Vì vậy những trường hợp này cần phải khám ngay.

Các yếu tố cần biết

- **Tiền sản giật ở mức độ nào?** (III.C.1-T18)
 - Phân loại tiền sản giật dựa vào dấu hiệu lâm sàng (huyết áp, nhức đầu, đau thượng vị . . .) hoặc xét nghiệm (tiểu cầu, protein trong nước tiểu . . .).
 - Tiền sản giật nhẹ chủ yếu chỉ theo dõi huyết áp, tiền sản giật nặng cần thái độ xử trí tích cực hơn.
- **Có biến chứng do tiền sản giật gây ra không?**
 - Sản giật (II.A-T6), hội chứng HELLP, nhau bong non là biến chứng thường gặp nhất.
- **Tuổi thai là bao nhiêu?** (I.B.5-T3)
 - Tùy theo tuổi thai mà sẽ có hướng xử trí phù hợp.

Tim thai như thế nào?

- Huyết áp cao, thuốc hạ áp (V.A.4-T37) có thể làm suy thai (III.D.1-T19).
Nếu tim thai mất (thai chết) \rightarrow theo dõi sanh ngã âm đạo.

• Có chuyển dạ chưa (III.B.1-T15)? Nếu có thì đang ở giai đoạn nào? (III.B.2-T15)

- Chuyển dạ thật sự bắt đầu khi cơn co tử cung đều đặn (rất khó xác định giai đoạn này).

Thái độ xử trí

Thái độ xử trí tùy thuộc vào: Có biến chứng đe dọa tính mạng của mẹ? Tuổi thai là bao nhiêu tuần? Có chuyển dạ hay chưa?

► Có biến chứng đe dọa tính mạng của mẹ?

- Sản giật, hội chứng HELLP, nhau bong non . . . có thể đe dọa tính mạng cho mẹ.
Những trường hợp này cần chấm dứt thai kỳ ngay lập tức bất chấp tuổi thai.

► Tuổi thai là bao nhiêu?

- Thai chưa đủ tháng vẫn có thể tiếp tục theo dõi thêm nếu chưa có xuất hiện những biến chứng nguy hiểm. Tuy nhiên, ở những trường hợp tiền sản giật nguy cơ thai chết trong tử cung rất cao.

► Có chuyển dạ hay chưa?

- Nếu đã vào chuyển dạ, theo dõi chuyển dạ và điều trị những biến chứng có thể xảy ra.

Các bước thực hiện

- Cho nhập viện tất cả các trường hợp bị cao huyết áp.
- Hỏi sản phụ có nhức đầu, mờ mắt, đau vùng thượng vị hay không?
- Đo huyết áp.
- Đánh giá sức khỏe của thai: nghe tim thai, siêu âm thai, dùng monitoring sản khoa.
- Xác định giai đoạn chuyển dạ: khám âm đạo dựa vào độ mở của cổ tử cung.
- Xác định ngôi, kiểu thể của thai nhi.
- Quyết định thời điểm và phương pháp chấm dứt thai kỳ.
- Xét nghiệm nước tiểu tìm: protein, hồng cầu.
- Xét nghiệm máu, số lượng tiểu cầu.
- Xét nghiệm hóa học máu.

Nguy cơ cho mẹ và con

Cho mẹ

- Xuất huyết não – màng não.
- Phù phổi cấp.

- Suy thận cấp.
- Sản giật.
- Nhau bong non.
- Đông máu nội mạch lan tỏa.
- Hội chứng HELLP. (III.C.6-T19)
- Nguy cơ bị tiền sản giật và sản giật ở lần mang thai sau.

Cho con

- Thai suy dinh dưỡng trong tử cung.
- Suy hô hấp.
- Hội chứng hít phân su. (XI.A.4-T86)
- Sanh non.
- Thai chết trong tử cung.

----- oOo -----

16. Khám hậu sản

Người mẹ

- **Hậu sản ngày thứ mấy.**
- **Sanh thường hay sanh giúp (lý do sanh giúp).**
 - VD: hậu sản ngày thứ 3, sanh giúp bằng forceps do mẹ có vết mổ lấy thai cũ.
- **Tổng trạng và tinh thần của người mẹ.**
- **Những than phiền của người mẹ.**
 - VD: không tiêu được (VII.C.4-T74), đau bụng (VII.C.3-T74), sữa ít
- **Sinh hiệu.**
- **Khám tim, phổi**
- **Khám vú.**
 - VD: Hai vú căng, lên sữa.
- **Khám bụng.**
 - VD: Bụng mềm không chướng.
- **Sự co hồi của tử cung, mật độ của tử cung.**
 - Tử cung co hồi trên xương vệ bao nhiêu cm?
 - Mật độ tử cung chắc hay mềm?
 - VD: Tử cung co hồi trên xương vệ khoảng 10 cm, mật độ chắc.
- **Đánh giá sản dịch.**
 - Lượng sản dịch bao nhiêu, có mùi hôi hay không?
 - VD: Sản dịch lượng vừa, không hôi.
- **Vết cắt tầng sinh môn.**
 - Vết cắt tầng sinh môn ở vị trí mấy giờ?
 - Vết cắt tầng sinh môn khô hay không?
 - Chân chỉ có đỏ hay không?
 - VD: vết cắt tầng sinh môn ở vị trí 7 giờ, khô, chân chỉ không đỏ.

Trẻ sơ sinh

- Tổng trạng: hồng hào.
- Tiêu phân su: thường bé đi tiêu phân su trong vòng 8 – 10 giờ sau sanh.
- Tiêu: đa số đi tiêu trong vòng 24 giờ đầu sau sanh.
- Sinh hiệu: mạch: 130 lần/ 1 phút; nhịp thở: 40 lần/ 1 phút.
- Bướu huyết thanh: thường biến mất trong vòng 3 ngày đầu sau sanh.
- Vàng da: vàng da sinh lý ở trẻ đủ tháng xuất hiện từ ngày thứ 3 và biến mất từ ngày thứ 8 sau sanh. Trong giai đoạn vàng da bé vẫn bú, ngủ bình thường.

- Chân rốn khô hay ướt: chân rốn thường khô vào ngày thứ 3 – 4 sau sanh.
- Dị dạng bẩm sinh hoặc tổn thương?
- Các phản xạ nguyên phát: (1) Phản xạ 4 điểm; (2) Phản xạ nắm; (3) Phản xạ Moro; (4) Phản xạ duỗi chéo; (5) Phản xạ bước tự động.

Tư vấn cho mẹ

- Cho con bú mẹ. (IX.B.2-T82)
- Chọn phương pháp ngừa thai. (XII.A.1-T88)

----- oOo -----

17. Khám hậu sản tiền sản giật

- **Hậu sản ngày thứ mấy.**
- **Sanh thường hay sanh giúp (lý do sanh giúp).**
 - VD: hậu sản ngày thứ 3, sanh thường.
- **Tổng trạng và tinh thần của người mẹ.**
- **Những than phiền của người mẹ.**
 - Hỏi bệnh nhân các dấu hiệu sau: nhức đầu? mờ mắt? đau thượng vị hoặc hạ sườn phải?
 - VD: bệnh nhân không nhức đầu, không mờ mắt, không đau thượng vị.
- **Sinh hiệu.**
 - Chú ý huyết áp của bệnh nhân.
- **Khám tim, phổi**
- **Khám vú.**
 - VD: Hai vú căng, lên sữa.
- **Khám bụng.**
 - VD: Bụng mềm không chướng.
- **Sự co hồi của tử cung, mật độ của tử cung.**
 - Tử cung co hồi trên xương vệ bao nhiêu cm?
 - Mật độ tử cung chắc hay mềm?
 - VD: Tử cung co hồi trên xương vệ khoảng 10 cm, mật độ chắc.
- **Đánh giá sản dịch.**
 - Lượng sản dịch bao nhiêu, có mùi hôi hay không?
 - VD: Sản dịch lượng vừa, không hôi.
- **Vết cắt tầng sinh môn.**
 - Vết cắt tầng sinh môn ở vị trí mấy giờ?
 - Vết cắt tầng sinh môn khô hay không?
 - Chân chỉ có đỏ hay không?
 - VD: vết cắt tầng sinh môn ở vị trí 7 giờ, khô, chân chỉ không đỏ.
- **Làm các xét nghiệm**

Nếu bệnh nhân bị tiền sản giật nặng hoặc hội chứng HELLP thì phải làm các xét nghiệm:

 - Công thức máu, số lượng tiểu cầu.
 - Men gan: AST, ALT.
 - Acid uric.
 - Ure, Creatinine.
 - Bilirubin gián tiếp, Bilirubin toàn phần.
 - LDH.
 - Nước tiểu: protein, hồng cầu.

Các xét nghiệm này có thể lập lại mỗi 12 – 24 giờ (nếu cần)

Trẻ sơ sinh

- Tổng trạng: hồng hào. Có thể bị suy dinh dưỡng trong tử cung.

- Tiêu phân su: thường bé đi tiêu phân su trong vòng 8 – 10 giờ sau sanh.
- Tiểu: đa số đi tiểu trong vòng 24 giờ đầu sau sanh.
- Sinh hiệu: mạch: 130 lần/ 1 phút; nhịp thở: 40 lần/ 1 phút.
- Bướu huyết thanh: thường biến mất trong vòng 3 ngày đầu sau sanh.
- Vàng da: vàng da sinh lý ở trẻ đủ tháng xuất hiện từ ngày thứ 3 và biến mất từ ngày thứ 8 sau sanh. Trong giai đoạn vàng da bé vẫn bú, ngủ bình thường.
- Chân rốn khô hay ướt: chân rốn thường khô vào ngày thứ 3 – 4 sau sanh.
- Dị dạng bẩm sinh hoặc tổn thương?
- Các phản xạ nguyên phát: (1) Phản xạ 4 điểm; (2) Phản xạ nắm; (3) Phản xạ Moro; (4) Phản xạ duỗi chéo; (5) Phản xạ bước tự động.

Tư vấn cho mẹ

- Cho con bú mẹ. (IX.B.2-T82)
- Chọn phương pháp ngừa thai. (XII.A.1-T88)

Các điểm cần biết

- Thai nhi có thể non tháng. Vì vậy, chú ý những biến chứng có thể xảy ra cho thai non tháng.
- Bệnh nhân vẫn có nguy cơ giạt (hiếm) trong giai đoạn hậu sản.
- Thường các xét nghiệm trở về bình thường bắt đầu 48 giờ sau sanh và đa số về bình thường sau 72 giờ.
- Tiêu chuẩn xuất viện là:
 - Tiêu cầu trở về bình thường và LDH giảm.
 - Lượng nước tiểu đạt 100 ml/ giờ.
 - HA < 150/100 mmHg.
 - Các dấu hiệu lâm sàng về bình thường.

----- oOo -----

18. Khám hậu phẫu mổ lấy thai

Người mẹ

- **Hậu phẫu ngày thứ mấy.**
- **Lý do mổ, phương pháp mổ, khó khăn trong lúc mổ, yêu cầu của phẫu thuật viên.**
 - VD: hậu phẫu ngày thứ 3 mổ lấy thai do suy thai.
lưu thông tiểu 48 giờ, xem màu sắc của nước tiểu.
- **Tổng trạng và tinh thần của người mẹ.**
- **Những than phiền của người mẹ.**
 - VD: tiểu rát, đau bụng (VII.C.3-T74), nhức đầu . . .
- **Có trung tiện.**
 - Bệnh nhân thường trung tiện vào ngày hậu phẫu 1.
 - VD: trung tiện (+).
- **Sinh hiệu.**
- **Khám tim, phổi.**
- **Khám vú.**
 - Vú có căng sữa hay không?
 - Núm vú có bị tụt hay không, có bị nứt hay không?
 - VD: 2 vú căng sữa.
- **Khám bụng.**
 - Bụng mềm hay chướng?
 - VD: bụng chướng nhẹ.
- **Khám vết mổ.**

- Vị trí của vết mổ (dọc giữa dưới rốn hoặc ngang trên vệ)?
- Dài bao nhiêu?
- Vết mổ khô hay có máu thấm băng?
- VD: vết mổ ngang trên vệ, dài 12 cm, vết mổ khô.
- **Sự co hồi của tử cung, mật độ của tử cung.**
 - Tử cung co hồi trên xương vệ bao nhiêu cm?
 - Mật độ tử cung chắc hay mềm?
 - VD: tử cung co hồi trên xương vệ khoảng 10 cm, mật độ chắc.
- **Đánh giá sản dịch.**
 - Lượng sản dịch bao nhiêu?
 - Sản dịch có mùi hôi hay không?
 - VD: sản dịch trung bình, không hôi.
- **Lượng nước tiểu, màu sắc.**
 - VD: nước tiểu 300 ml, màu vàng trong.

Trẻ sơ sinh

- Tổng trạng: hồng hào.
- Tiêu phân su: thường bé đi tiêu phân su trong vòng 8 – 10 giờ sau sanh.
- Tiêu: đa số đi tiêu trong vòng 24 giờ đầu sau sanh.
- Sinh hiệu: mạch: 130 lần/ 1 phút; nhịp thở: 40 lần/ 1 phút.
- Bướu huyết thanh: thường biến mất trong vòng 3 ngày đầu sau sanh.
- Vàng da: vàng da sinh lý ở trẻ đủ tháng xuất hiện từ ngày thứ 3 và biến mất từ ngày thứ 8 sau sanh. Trong giai đoạn vàng da bé vẫn bú, ngủ bình thường.
- Chân rốn khô hay ướt: chân rốn thường khô vào ngày thứ 3 – 4 sau sanh.
- Dị dạng bẩm sinh hoặc tổn thương?
- Các phản xạ nguyên phát: (1) Phản xạ 4 điểm; (2) Phản xạ nắm; (3) Phản xạ Moro; (4) Phản xạ đuối chéo; (5) Phản xạ tự động bước.

Tư vấn cho mẹ

- Cho con bú mẹ. (IX.B.2-T82)
- Chọn phương pháp ngừa thai. (XII.A.1-T88)

----- oOo -----

B. PHỤ KHOA

1. Khám phụ khoa

- **Lý do nhập viện.**
 - Đánh giá bệnh nhân có cần phải cấp cứu hay không?
 - VD: Lý do nhập viện: ra máu âm đạo.
- **Hỏi bệnh sử.**
 - Đánh giá quá trình phát triển của bệnh, các phương pháp điều trị đã áp dụng . . .
 - Tiên lượng mức độ ác tính của bệnh.
- **Tiền căn sản khoa, phụ khoa của bệnh nhân.** (I.B.1-T1)
 - Phát hiện những bất thường để có hướng xử trí thích hợp.
 - VD: nếu bệnh nhân có nhân xơ tử cung nhưng chưa lập gia đình, hướng xử trí tốt nhất là “bóc nhân xơ”
- **Tiền căn nội khoa, ngoại khoa của bệnh nhân.**
 - Phát hiện những bất thường để có hướng xử trí thích hợp.
- **Khám tổng quát.**
- **Khám tim, phổi.**
 - Phát hiện những bất thường để có hướng xử trí thích hợp.
- **Khám bụng.**
 - VD: Bụng mềm, không sọ mổ cũ.
- **Khám âm đạo bằng mỏ vịt.**
 - Quan sát xem có sang thương ở âm đạo hoặc cổ tử cung.
 - VD: âm đạo chưa phát hiện bất thường, cổ tử cung trơn láng.
- **Khám âm đạo bằng tay.**
 - Tử cung: ngã trước, ngã sau hay trung gian. Kích thước như thế nào? Di động dễ hay khó?
 - Phần phụ: sờ chạm hay không?
 - Các túi cùng: mềm hay căng?
 - Quan sát găng: có dính dịch hay máu không?
 - VD: kích thước tương đương thai 12 tuần, di động dễ không đau. hai phần phụ sờ không chạm. các túi cùng trống. găng không có dính máu.

Đối với những trường hợp khó khăn anh (chị) cần phải kết hợp khám hậu môn.

Chẩn đoán sơ bộ: bệnh lý – biến chứng (nếu có).

VD: U xơ tử cung khoảng thai 12 tuần gây rong kinh thiếu máu.

- **Chẩn đoán phân biệt:** (nếu cần)
- **Biện luận chẩn đoán:**
- **Đề nghị xét nghiệm:** các nhóm xét nghiệm
 - Xét nghiệm thường qui: công thức máu, máu chảy, máu đông, nhóm máu . . .
 - Xét nghiệm để chẩn đoán: siêu âm . . .
 - Xét nghiệm để chẩn đoán phân biệt: siêu âm . . .
 - Xét nghiệm để điều trị (phẫu thuật): chức năng gan, chức năng thận, X quang phổi.
- **Chẩn đoán xác định**
- **Hướng xử trí:** điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa.

----- oOo -----

2. Khám bệnh nhân có u xơ tử cung (IV.D-T30)

Lý do nhập viện.

Đánh giá bệnh nhân có cần phải cấp cứu hay không?

Tình huông phát hiện thường là: khám phụ khoa định kỳ hoặc khám vì 1 lý do khác như ra máu âm đạo bất thường, đau bụng, huyết trắng . . . khi khám âm đạo và siêu âm phát hiện ra u xơ tử cung.

VD: Lý do nhập viện: ra máu âm đạo.

Hỏi bệnh sử.

- Kinh chót và biện pháp tránh thai đang áp dụng sẽ giúp ích cho anh (chị) khi phải xác định bệnh nhân có thai hay không? (khi cần chẩn đoán phân biệt)
- Đánh giá quá trình phát triển của bệnh, các phương pháp điều trị đã áp dụng . . .
- Tiên lượng mức độ ác tính của bệnh. VD: nếu u xơ tử cung tiếp tục lớn hơn ở những bệnh nhân đã mãn kinh thì nghi ngờ là ác tính.

• Tiền căn sản khoa, phụ khoa của bệnh nhân. (I.B.1-T1)

- Phát hiện những bất thường để có hướng xử trí thích hợp. Tiền căn sản khoa có ảnh hưởng rất nhiều đến hướng xử trí 1 trường hợp u xơ tử cung.
- VD: nếu bệnh nhân có nhân xơ tử cung nhưng chưa lập gia đình, hướng xử trí tốt nhất là “bóc nhân xơ”.

Tiền căn nội khoa, ngoại khoa của bệnh nhân.

Phát hiện những bất thường để có hướng xử trí thích hợp.

Khám tổng quát.

Khám tim, phổi.

- Phát hiện những bất thường để có hướng xử trí thích hợp.

• Khám bụng.

- VD: Bụng mềm, không sọ mổ cũ.

• Khám âm đạo bằng mỏ vịt.

- Quan sát xem có sang thương ở âm đạo hoặc cổ tử cung
- VD: âm đạo chưa phát hiện bất thường, cổ tử cung trơn láng.

• Khám âm đạo bằng tay.

- Tử cung: ngã trước, ngã sau hay trung gian. Kích thước như thế nào? Di động dễ hay khó?
- Phần phụ: sờ chạm hay không?
- Các túi cùng: mềm hay căng?
- Quan sát găng: có dính dịch hay máu không?
- VD: kích thước tương đương thai 12 tuần, di động dễ không đau. hai phần phụ sờ không chạm. các túi cùng trống. găng không có dính máu.

Đối với những trường hợp khó khăn anh (chị) cần phải kết hợp khám hậu môn.

Chẩn đoán sơ bộ: bệnh lý – biến chứng (nếu có)

- VD: U xơ tử cung khoảng thai 14 tuần gây rong kinh thiếu máu.

Chẩn đoán phân biệt.

U xơ tử cung cần chẩn đoán phân biệt với 1 số khối u ở vùng chậu như: khối u buồng trứng, khối u mạc treo, khối u ở ruột, khi tử cung to anh (chị) cần phải chẩn đoán phân biệt với tình trạng có thai . . . , tuy nhiên không phải lúc nào anh (chị) cũng có chẩn đoán phân biệt rõ ràng sau khi khám lâm sàng. U xơ tử cung thường có đặc điểm sau:

+ Khi khám âm đạo, tay trong lách cổ tử cung thì tay trên thành bụng cảm nhận khối u di động theo, hoặc ngược lại khi tay trên thành bụng di chuyển khối u thì tay trong âm đạo cảm nhận cổ tử cung di động theo.

- + U xơ tử cung di động rất hạn chế. Khối u mạc treo hoặc buồng trứng di động dễ dàng.
- + Mật độ tử cung chắc. Khối u buồng trứng hoặc khối u mạc treo thường mật độ căng.

Biện luận chẩn đoán.

Đề nghị xét nghiệm: các nhóm xét nghiệm

Xét nghiệm thường qui: công thức máu, máu chảy, máu đông, nhóm máu . . .

Xét nghiệm để chẩn đoán: siêu âm (siêu âm trong sản phụ khoa) . . .

Xét nghiệm để chẩn đoán phân biệt: siêu âm . . .

Xét nghiệm để điều trị (phẫu thuật): chức năng gan, chức năng thận, X quang phổi, điện tâm đồ, HIV . . .

Chẩn đoán xác định.

U xơ tử cung khoảng thai 14 tuần gây rong kinh thiếu máu

Hướng xử trí: (phụ khoa)

***Chú ý:** trước 1 trường hợp “u xơ tử cung” sau khi khám lâm sàng và có kết quả cận lâm sàng. Anh (chị) phải trả lời được các câu hỏi sau

- ▶ Trường hợp này có chỉ định phẫu thuật hay không?
- ▶ Nếu có chỉ định phẫu thuật thì phương pháp phẫu thuật tốt nhất là gì?
- ▶ Nếu không có chỉ định phẫu thuật thì theo hướng xử trí tiếp là gì?
- ▶ Trường hợp này có cần điều trị nội khoa trước khi phẫu thuật hay không?

----- oOo -----

3. Khám bệnh nhân có khối u buồng trứng (IV.B-T27)

• Lý do nhập viện.

- Đánh giá bệnh nhân có cần phải cấp cứu hay không?
- Tình huông phát hiện thường là: khám phụ khoa định kỳ hoặc khám vì 1 lý do khác như ra máu âm đạo bất thường, đau bụng, huyết trắng . . . khi khám âm đạo hoặc siêu âm phát hiện khối u buồng trứng.

Hỏi bệnh sử.

Đánh giá quá trình phát triển của bệnh, các phương pháp điều trị đã áp dụng . . .

Tiền lượng mức độ ác tính của bệnh.

VD: khối u buồng trứng to nhanh nghi ngờ ác tính. Nếu bệnh nhân có bị thống kinh kèm theo, nghi ngờ khối u này là u lạc nội mạc tử cung . . .

Tiền căn sản khoa, phụ khoa của bệnh nhân. (I.B.1-T1)

- Phát hiện những bất thường để có hướng xử trí thích hợp.
- VD: nếu bệnh nhân có khối u buồng trứng thực thể nhưng chưa lập gia đình, hướng xử trí tốt nhất là “bóc u”.

• Tiền căn nội khoa, ngoại khoa của bệnh nhân.

- Phát hiện những bất thường để có hướng xử trí thích hợp.

Khám tổng quát.

Khám tim, phổi.

Phát hiện những bất thường để có hướng xử trí thích hợp.

• Khám bụng.

- VD: Bụng mềm, không sọ mổ cũ.

• Khám âm đạo bằng mỏ vịt.

- Quan sát xem có sang thương ở âm đạo hoặc cổ tử cung.
- VD: âm đạo chưa phát hiện bất thường, cổ tử cung trơn láng.

• Khám âm đạo bằng tay.

- Tử cung: ngã trước, ngã sau hay trung gian. Kích thước như thế nào? Di động dễ hay khó?

- Khối u buồng trứng: Số lượng? Vị trí ở đâu? (bên trái, bên phải của tử cung hoặc túi cùng sau), Kích thước bao nhiêu? Mật độ như thế nào? Di động dễ hay không?
- Các túi cùng: mềm hay căng?
- Quan sát gân: có dính dịch hay máu không?
- VD: tử cung nhỏ, ngã trước.
cạnh trái tử cung sờ chạm 1 khối, kích thước 7 x 6 cm, mật độ căng, di động dễ.
các túi cùng trống.
gân không có dính máu.

Đối với những trường hợp khó khăn anh (chị) cần phải kết hợp khám hậu môn.

Chẩn đoán sơ bộ: bệnh lý – biến chứng (nếu có)

VD: khối u buồng trứng nghi thực thể.

• **Chẩn đoán phân biệt (nếu cần).**

- Khối u buồng trứng cần chẩn đoán phân biệt với 1 số khối u ở vùng chậu như: u xơ tử cung dưới thanh mạc, khối u mạc treo, khối u ở ruột, nang nước cạnh vòi trứng, ứ dịch vòi trứng, thai ngoài tử cung . . . , tuy nhiên không phải lúc nào anh (chị) cũng có chẩn đoán phân biệt rõ ràng sau khi khám lâm sàng.

• **Biện luận chẩn đoán.**

• **Đề nghị xét nghiệm:** các nhóm xét nghiệm

- Xét nghiệm thường qui: công thức máu, máu chảy, máu đông, nhóm máu . . .
- Xét nghiệm để chẩn đoán: siêu âm . . .
- Xét nghiệm để chẩn đoán phân biệt: siêu âm . . .
- Xét nghiệm để điều trị (phẫu thuật): chức năng gan, chức năng thận, X quang phổi.

• **Chẩn đoán xác định.**

• **Hướng xử trí:** (phụ khoa).

* **Chú ý:** trước 1 trường hợp “khối u buồng trứng” sau khi khám lâm sàng và có kết quả cận lâm sàng. Anh (chị) phải trả lời được các câu hỏi sau

- ▶ Trường hợp này có chỉ định phẫu thuật hay không?
- ▶ Nếu có chỉ định phẫu thuật thì phương pháp phẫu thuật tốt nhất là gì?
- ▶ Nếu không có chỉ định phẫu thuật thì theo hướng xử trí tiếp là gì?

----- oOo -----

4. Khám bệnh nhân thai trứng (IV.E-T32)

Tình huống lâm sàng

Siêu âm phát hiện thai trứng.

Thời điểm khám bệnh

Cần được khám ngay nếu: (1) ra máu âm đạo nhiều.

Các yếu tố cần biết

Tình trạng ra máu của bệnh nhân như thế nào?

Nếu ra máu nhiều ảnh hưởng đến tổng trạng của bệnh nhân, cần can thiệp sớm.

Tổng trạng của bệnh nhân như thế nào?

Tổng trạng bệnh nhân được đánh giá qua mạch và huyết áp. Nếu mạch nhanh, huyết áp hạ cần đề phòng bệnh nhân bị sốc giảm thể tích. Nếu mạch tăng > 15 nhịp/ 1 phút và huyết áp giảm 10 - 20 mmHg khi thay đổi tư thế từ nằm sang ngồi thì đó là dấu hiệu sớm của sốc mất máu.

Đo huyết áp xem bệnh nhân có cao huyết áp kèm theo hay không?

Hình ảnh siêu âm như thế nào?

Hình ảnh siêu âm điển hình của thai trứng là “bão tuyết” (tổ ong).

Thai trứng thuộc nhóm nguy cơ cao hay nguy cơ thấp?

Tùy thuộc thai trứng thuộc loại nào mà chúng ta có phác đồ xử trí khác nhau.

• **Tiền căn sản khoa (I.B.1-T1)**

Thái độ xử trí

Phụ thuộc vào các yếu tố: Tình trạng ra máu của bệnh nhân? Thai trứng nguy cơ cao hay nguy cơ thấp?

Tình trạng ra máu âm đạo của bệnh nhân?

Nếu ra máu nhiều: cần hút nạo thai trứng ngay (cầm máu), truyền dịch, truyền máu (nếu cần).

Nếu ra máu ít: theo dõi, làm thêm 1 số xét nghiệm.

Thai trứng nguy cơ cao hay nguy cơ thấp?

Các bước thực hiện

Cho nhập viện tất cả các trường hợp thai trứng.

Đánh giá tình trạng ra máu âm đạo (nếu có).

Đánh giá tổng trạng của bệnh nhân.

Định lượng β -hCG.

Siêu âm tử cung – phần phụ.

Bệnh nhân thuộc nhóm thai trứng nào?

Xét nghiệm máu, nhóm máu, HIV.

Xét nghiệm men gan (AST, ALT),

Hút nạo thai trứng gọi giải phẫu bệnh.

Hóa trị dự phòng (nếu thai trứng nguy cơ cao).

Nguy cơ cho mẹ

Cho mẹ

Sốc mất máu.

Thủng tử cung, nhiễm trùng tử cung, thuyên tắc phổi do tế bào nuôi.

Ung thư nguyên bào nuôi.

----- oOo -----

5. Khám bệnh nhân hậu thai trứng (IV.E-T32)

Hỏi bệnh

• Đã được chẩn đoán như thế nào?

- VD: thai trứng nguy cơ thấp.

• Đã được điều trị như thế nào?

- VD: hút nạo trứng, theo dõi.

• Kết quả giải phẫu bệnh như thế nào?

• Có dấu hiệu nghén hay không?

- Nếu có dấu hiệu nghén: (1) thai trứng xâm lấn; (2) ung thư nguyên bào nuôi; (3) có thai.

• Có cảm thấy nhức đầu, đau ngực, ho ra máu hay không?

- Nếu có thì có thể là ung thư nguyên bào nuôi đã di căn lên não và phổi.

• Có ra máu âm đạo bất thường hay không?

- Có ra máu âm đạo bất thường: (1) thai trứng xâm lấn; (2) ung thư nguyên bào nuôi; (3) biến chứng khi có thai.

• Đang áp dụng biện pháp tránh thai gì? Sử dụng có đúng phương pháp hay không?

- Bệnh nhân phải áp dụng biện pháp tránh thai ít nhất là 1 năm. Nếu không ngừa thai thì thầy thuốc sẽ khó phân biệt β -hCG tăng do có thai hay do bệnh lý nguyên bào nuôi.

Khám lâm sàng

• Khám tổng trạng.

• Khám tim, phổi.

• Khám âm đạo.

- Kích thước tử cung: nếu tử cung to: (1) thai trứng xâm lấn; (2) ung thư nguyên bào nuôi; (3) có thai.

- Có nang hoàng tuyến hay không: nếu đáp ứng tốt với điều trị, nang hoàng tuyến sẽ nhỏ lại sau 3 tháng.
- Nhân di căn ở âm đạo: ung thư nguyên bào nuôi thường di căn đến âm đạo.

Xét nghiệm

- Định lượng β -hCG: phải so sánh với kết quả của những lần trước, nếu β -hCG giảm thì tiên lượng tốt.
- Siêu âm vùng chậu: kiểm tra tử cung và 2 buồng trứng.
- XQ phổi thẳng: nếu nghi ngờ có di căn. VD: bệnh nhân ho ra máu, đau ngực hoặc β -hCG không giảm so với lần trước.
- CT scan não nếu nghi ngờ có di căn.

Thái độ xử trí

Thái độ xử trí tùy thuộc: (1) diễn tiến nồng độ β -hCG và biểu hiện lâm sàng.

- Nếu có xu hướng giảm: tiếp tục theo dõi và hẹn bệnh nhân tái khám theo lịch.
- Nếu không giảm hoặc tăng: phải tìm nguyên nhân: (1) có thai; (2) bệnh lý nguyên bào nuôi.

----- oOo -----

6. Thai ngoài tử cung (IV.C-T29)

Tình huông lâm sàng

Bệnh nhân trễ kinh, đau bụng và rong huyết.

Siêu âm thấy khối cạnh tử cung.

Bệnh nhân sau khi hút thai vẫn còn ra máu, đau bụng hoặc còn nghén.

Tình huông ưu tiên

Những trường hợp này nên được khám ngay lập tức.

Các yếu tố cần biết

Bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cho thai ngoài tử cung hay không?

- Các yếu tố nguy cơ có thể là: tiền căn có phẫu thuật vùng chậu, tiền căn có viêm vùng chậu, tiền căn bị thai ngoài tử cung . . .

Bệnh nhân có trễ kinh hay không?

- Hầu hết bệnh nhân bị thai ngoài tử cung có trễ kinh sau đó đau bụng hoặc rong huyết. Tuy nhiên, trên lâm sàng sẽ xảy ra 1 vài tình huông như sau
 - + Bệnh nhân ra máu trùng với thời điểm có kinh, bệnh nhân sẽ khai là không bị trễ kinh. Tuy nhiên, ở những trường hợp này thời gian hành kinh và tính chất của kinh nguyệt (lượng máu, màu sắc . . .) sẽ không giống như những chu kỳ kinh trước.
 - + Chu kỳ kinh nguyệt của bệnh nhân không đều, bệnh nhân sẽ không biết mình có bị trễ kinh hay không?

Bệnh nhân có quan hệ tình dục trong thời gian gần đây không?

- Nếu bệnh nhân chưa có quan hệ tình dục, anh (chị) có thể loại trừ thai ngoài tử cung. Tuy nhiên, đây là vấn đề khá tế nhị cho nên có thể bệnh nhân sẽ không khai đúng sự thật.

Bệnh nhân có áp dụng biện pháp tránh thai nào không?

Bệnh nhân đang đặt vòng: không thể loại trừ bệnh lý thai ngoài tử cung.

Bệnh nhân đang áp dụng các biện pháp tránh thai truyền thống (xuất tinh ngoài, tính theo chu kỳ kinh . . .): không thể loại trừ bệnh lý thai ngoài tử cung.

Bệnh nhân đang áp dụng các biện pháp tránh thai có hiệu quả cao (thuốc viên tránh thai, bao cao su) và áp dụng đúng phương pháp: có thể loại trừ bệnh lý thai ngoài tử cung.

Bệnh nhân không có áp dụng biện pháp tránh thai: không thể loại trừ bệnh lý thai ngoài tử cung.

Bệnh nhân có bị đau bụng hay không?

Con đau bụng điển hình của thai ngoài tử cung vỡ là đau đột ngột như dao đâm ở bên có khối thai. Tuy nhiên, dấu hiệu thường gặp là đau âm ỉ 1 bên hố chậu.

Bệnh nhân có thử que hay chưa? Nếu có thì kết quả như thế nào?

Que thử thai (+): chỉ cho biết bệnh nhân này có thai, không xác định được thai trong hay thai ngoài tử cung.

Que thử thai (-): chưa thể loại trừ chắc chắn thai ngoài tử cung.

Sinh hiệu của bệnh nhân như thế nào?

Nếu thai ngoài tử cung vỡ, bệnh nhân có thể bị sốc giảm thể tích. Nếu mạch tăng > 15 nhịp/ 1 phút và huyết áp giảm 10 - 20 mmHg khi thay đổi tư thế từ nằm sang ngồi thì đó là dấu hiệu sớm của sốc mất máu.

Bụng bệnh nhân có đề kháng hay không?

Bụng sẽ đề kháng nếu có tình trạng xuất huyết nội nhiều.

Khám âm đạo có sờ được khối cạnh tử cung hay không?

Nếu sờ thấy khối cạnh tử cung và lắc tử cung bệnh nhân cảm thấy đau, nghĩ nhiều đến thai ngoài tử cung.

Túi cùng sau ấn có đau hay không?

Túi cùng sau căng và ấn đau chứng tỏ có nhiều dịch ở túi cùng sau.

Siêu âm: có thai trong lòng tử cung hay không? Có khối cạnh tử cung hay không? Có dịch ở túi cùng sau hay không?

- Nếu có túi thai thật trong lòng tử cung, nguy cơ bị thai ngoài tử cung rất thấp.
- Khối cạnh tử cung có thể là: nang hoàng thể, khối u buồng trứng hoặc khối thai ngoài tử cung.
- Có thể chẩn đoán xác định thai ngoài tử cung khi thấy có túi phôi (hoặc phôi) trong khối cạnh tử cung.

Chọc dò túi cùng sau có ra dịch hay không? Tính chất của dịch là gì?

- Chọc dò túi cùng sau không ra dịch: không loại trừ được thai ngoài tử cung.
- Chọc dò túi cùng sau ra máu: chỉ xác định là có xuất huyết nội.
- Máu trong thai ngoài tử cung vỡ: máu đỏ sậm, không đông.

Thái độ xử trí

Phụ thuộc vào yếu tố: Cần phẫu thuật không?

► Cần phẫu thuật không?

- Nếu khối thai ngoài đã vỡ gây xuất huyết nội nhiều: mổ cấp cứu, truyền máu (nếu cần).
- Nếu khối thai ngoài chưa vỡ:
 - + Làm đầy đủ các xét nghiệm.
 - + Điều trị nội khoa (nếu đủ điều kiện) hoặc ngoại khoa.

Các bước thực hiện

- Cho nhập viện tất cả những trường hợp thai ngoài tử cung.
- Ghi nhận dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân.
- Truyền dịch (nếu cần).
- Tìm các yếu tố nguy cơ làm thai ngoài tử cung: tiền căn có phẫu thuật vùng chậu, tiền căn có viêm vùng chậu . . .
- Xác định bệnh nhân có thể có thai hay không: có quan hệ tình dục? có áp dụng biện pháp tránh thai? có dấu hiệu có thai (ngén, căng ngực . . .)? que thử thai (+)?
- Khám âm đạo: khối cạnh tử cung? lắc tử cung có đau không? túi cùng sau có căng phồng và ấn có đau không?
- Chọc dò túi cùng sau.
- Siêu âm vùng chậu.
- Định lượng β -hCG.

- Đưa ra hướng xử trí thích hợp (theo dõi, điều trị nội khoa, điều trị ngoại khoa).
- Xét nghiệm công thức máu, nhóm máu.

Nguy cơ cho bệnh nhân

- Sốc mất máu.

----- oOo -----

7. Khám hậu phẫu mổ phụ khoa

Hậu phẫu ngày thứ mấy.

Lý do mổ, phương pháp mổ, khó khăn trong lúc mổ, yêu cầu của phẫu thuật viên.

- VD: hậu phẫu ngày thứ 3 mổ cắt tử cung toàn phần và 2 phần phụ

Tổng trạng và tinh thần của người mẹ.

Những than phiền của người mẹ.

- VD: tiểu rát, đau bụng, nhức đầu . . .

Có trung tiện.

- Bệnh nhân thường trung tiện vào ngày hậu phẫu 1.

Sinh hiệu.

Khám tim, phổi.

Khám bụng.

- Bụng mềm hay chướng?

- VD: bụng chướng nhẹ.

• **Tình trạng vết mổ.**

- Vết mổ khô hay có dịch (máu thấm băng).

• **Có ra máu ở âm đạo hay không.** (cắt tử cung toàn phần)

- VD: âm đạo không ra máu.

• **Lượng nước tiểu.**

- VD: nước tiểu khoảng 600 ml màu vàng trong.

CHƯƠNG VII TRIỆU CHỨNG VÀ NGUYÊN NHÂN

Hướng dẫn cách sử dụng

Trong quá trình học lý thuyết, anh (chị) đã được học nhiều bệnh lý khác nhau trong sản khoa và phụ khoa. Tuy nhiên, trên lâm sàng người bệnh nhân không phải lúc nào có đầy đủ các dấu hiệu giúp anh (chị) chẩn đoán chính xác là bệnh gì. Vì vậy, anh (chị) phải nhớ các nguyên nhân thường gặp mà có chung 1 dấu hiệu lâm sàng. Phần này chúng tôi đã tổng kết được các dấu hiệu lâm sàng trong sản phụ khoa và các nguyên nhân thường gặp.

VD: Anh (chị) gặp dấu hiệu lâm sàng **“Xuất huyết ở 3 tháng cuối thai kỳ”**, anh chị sẽ tìm được nguyên nhân thường gặp nhất là: Nhau tiền đạo – Nhau bong non – Vỡ tử cung . . . , anh (chị) sẽ đọc những bài viết về các bệnh lý này từ đó sẽ có hướng chẩn đoán chính xác.

Để thuận lợi tra cứu, chúng tôi chia các dấu hiệu lâm sàng này theo từng phần sau: Chăm sóc tiền sản – Trong giai đoạn chuyển dạ sanh – Sau sanh (sau mổ lấy thai) – Phụ khoa.

VD: Anh (chị) ghi nhận dấu hiệu **“băng huyết sau sanh”**, anh chị sẽ tra cứu nguyên nhân ở phần **“hậu sản”**.

A. Chăm sóc tiền sản

1. Nguyên nhân tử cung to hơn tuổi thai ở 3 tháng đầu thai kỳ

- Nhớ lầm ngày kinh cuối.
- Thai trứng. (IV.E-T32)
- U xơ tử cung và thai. (IV.D.4-T31)
- Đa thai.

----- oOo -----

2. Nguyên nhân tử cung nhỏ hơn tuổi thai ở 3 tháng đầu thai kỳ

- Nhớ lầm ngày kinh cuối.
- Thai ngoài tử cung. (IV.C-T29)
- Sảy thai.

----- oOo -----

3. Nguyên nhân xuất huyết ở 3 tháng đầu thai kỳ

- Thai trứng, bệnh lý nguyên bào nuôi. (IV.E-T32)
- Thai ngoài tử cung. (IV.C-T29)
- Sảy thai: dọa sảy thai, sảy thai khó tránh, sảy thai không trọn, sảy thai trọn, sảy thai nhiễm trùng. (IV.F-T33)
- Thai + polyp cổ tử cung, thai + ung thư cổ tử cung

----- oOo -----

4. Nguyên nhân tử cung to hơn tuổi thai ở 3 tháng cuối thai kỳ

- Nhớ lầm ngày kinh cuối.
- Đa thai.
- Đa ối. (III.G.3-T22)
- Thai to.

----- oOo -----

5. Nguyên nhân tử cung nhỏ hơn tuổi thai ở 3 tháng cuối thai kỳ

- Nhớ lầm ngày kinh cuối.
- Thiếu ối. (III.G.2-T22)
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung.

- Ối vỡ.

----- o0o -----

6. Nguyên nhân xuất huyết ở 3 tháng cuối thai kỳ

- Nhau tiền đạo. (III.H.1-T23)
- Nhau bong non. (III.H.2-T23)
- Vỡ tử cung.
- Mạch máu tiền đạo (Vasa previa).
- Những nguyên nhân khác ít gặp là: polyp cổ tử cung, ung thư cổ tử cung.

----- o0o -----

B. Chuyển dạ sanh

1. Nguyên nhân tụt huyết áp của sản phụ

- Sốc phản vệ.
- Xuất huyết: bên trong (VD: nhau bong non, vỡ tử cung); ra ngoài (VD: nhau tiền đạo).
- Hội chứng hạ huyết áp khi nằm ngửa (hội chứng tĩnh mạch chủ dưới). (XI.A.2-T86)
- Thuyên tắc ối.
- Dùng thuốc hạ áp.

----- o0o -----

2. Nguyên nhân cơn co tử cung cường tính

- Dùng thuốc tăng co tử cung (V.A.1-T35) không đúng kỹ thuật.
- Nhau bong non. (III.H.2-T23)
- Bất xứng đầu chậu.
- Khối u tiền đạo.
- Cổ tử cung không mở.

----- o0o -----

3. Nguyên nhân cơn co tử cung thưa

- Dùng các phương pháp giảm đau trong chuyển dạ. (VD: tê ngoài màng cứng).
- Mẹ kiệt sức, mất nước.
- Mẹ có các bệnh lý: bệnh tim, suy dinh dưỡng, thiếu máu . . .
- Chuyển dạ kéo dài.
- Đa thai, đa ối.

----- o0o -----

4. Nguyên nhân nhịp tim thai nhanh

- Suy thai (giai đoạn sớm). (III.D.1-T19)
- Nhiễm trùng ối.
- Mẹ bị sốt.
- Hội chứng tĩnh mạch chủ dưới. (XI.A.2-T86)
- Do thuốc.
- Mẹ lo lắng hoặc bị mất nước.
- Thai nhi bị bệnh tim.

----- o0o -----

5. Nguyên nhân nhịp tim thai chậm

- Suy thai (giai đoạn muộn).
- Mẹ dùng thuốc ức chế β .
- Cơn co tử cung cường tính.
- Đầu thai nhi xuống trong tiểu khung nhanh.
- Thai nhi bị bệnh tim.

6. Nguyên nhân thai chết trong tử cung

- Đái tháo đường trong thai kỳ.
- Cao huyết áp trong thai kỳ.
- Bất thường của thai.
- Nhau bong non.
- Vỡ tử cung.
- Sa dây rốn.
- Dây rốn thắt nút thật.
- Thai quá ngày.
- Thiếu ối.

----- oOo -----

7. Nguyên nhân khó nghe được tim thai

- Nghe không đúng kỹ thuật.
- Thai chết trong tử cung.
- Tử cung co cứng (VD: nhau bong non).
- Đa ối.
- Thai non tháng.
- Nhau bám mặt trước.
- Sản phụ mập phì.

----- oOo -----

8. Nguyên nhân thiếu ối (XIII.A.6-T89)

----- oOo -----

9. Nguyên nhân đa ối (XIII.A.6-T89)

----- oOo -----

C. Hậu sản (hậu phẫu mổ lấy thai)

1. Nguyên nhân băng huyết sau sanh

- Đờ tử cung.
- Tổn thương đường sinh dục.
- Vỡ tử cung.
- Sốt nhau.
- Rối loạn đông máu.

----- oOo -----

2. Nguyên nhân sốt sau sanh

- **Ngoài vùng chậu.**
 - Nhiễm trùng tiểu.
 - Nhiễm trùng hệ hô hấp.
 - Viêm tuyến vú, áp xe tuyến vú.
 - Nhiễm trùng vết mổ.
 - Nhiễm trùng vết cắt tầng sinh môn.
- **Trong vùng chậu.**
 - Viêm nội mạc tử cung.
 - Viêm cơ tử cung.
 - Viêm vòi trứng.
- **Nguyên nhân khác.**
 - Thiếu nước.
 - Sốt lên sữa.

----- oOo -----

3. Nguyên nhân đau bụng sau sanh

- Cơ co của tử cung.
- Bí tiểu.
- Tụ máu trong phúc mạc hay dây chằng rộng (VD: vỡ tử cung sau khi sanh ngã âm đạo).
- Khối u buồng trứng xoắn.
- Tụ máu vết mổ thành bụng.

----- oOo -----

4. Nguyên nhân bí tiểu sau sanh

- Liệt bàng quang.
- Phù nề niệu đạo.
- Do đau (cắt tầng sinh môn).
- Nhiễm trùng đường tiểu.

----- oOo -----

C. Phụ khoa

1. Nguyên nhân xuất huyết âm đạo bất thường

- **Có thai.**
 - Sảy thai: dọa sảy thai, sảy thai trọn, sảy thai không trọn . . .
 - Thai ngoài tử cung.
 - Thai trứng.
 - Bệnh lý nguyên bào nuôi.
- **Không có thai.**
 - Vòng kinh không phóng noãn.
 - Rối loạn đông máu.
 - U xơ tử cung.
 - Polyp cổ tử cung.
 - Viêm teo niêm mạc âm đạo.
 - Ung thư cổ tử cung.
 - Ung thư nội mạc tử cung

CHƯƠNG VIII

THỦ THUẬT VÀ PHẪU THUẬT

Hướng dẫn cách sử dụng

- Phần “Forceps” và “Giác hút”: do 2 thủ thuật này anh (chị) chỉ kiến tập nên chúng tôi không tập trung vào phần kỹ thuật đặt mà chỉ nói về phần chỉ định, điều kiện và biến chứng.
- Phần “Phẫu thuật lấy thai” và “Cắt tử cung toàn phần và 2 phần phụ”: chúng tôi mô tả các bước chính của 1 ca phẫu thuật, trong đó nêu ra các dụng cụ phẫu thuật thường sử dụng ở mỗi bước, điều này sẽ giúp các anh (chị) chủ động hơn khi chuẩn bị và đưa dụng cụ phẫu thuật cho phẫu thuật viên (PTV).
- VD 1: ở thì “Lấy thai, kẹp và cắt dây rốn”, người phụ dụng cụ sẽ chuẩn bị 2 kẹp Kelly và 1 kéo. Thứ tự đưa dụng cụ sẽ là: (1) kẹp Kelly; (2) kẹp Kelly; (3) kéo Metzenbaum.
- VD 2: ở thì “Kẹp và cắt dây chằng tròn”, người phụ dụng cụ sẽ chuẩn bị 1 kẹp Kocher cong, 1 kẹp Kelly, 1 kéo Metzenbaum, kim chỉ khâu và kéo cắt chỉ. Thứ tự đưa dụng cụ sẽ là: (1) kẹp Kocher cong; (2) kẹp Kelly; (3) kéo Metzenbaum; (4) kim chỉ khâu; (5) kéo cắt chỉ. Các số (1); (2); (3) . . . là thứ tự các dụng cụ anh (chị) đưa cho PTV.
- Trong quá trình phẫu thuật, ngoài nhiệm vụ chuẩn bị dụng cụ, người phụ dụng cụ cần làm những việc sau:
 - + Giữ sạch vùng phẫu thuật và dụng cụ: loại bỏ gạc dính máu, lau sạch dụng cụ, sắp xếp dụng cụ theo thứ tự.
 - + Kiểm soát số lượng kim, tránh để lẫn kim vào gạc lau bụng.
 - + Luôn luôn kiểm tra số lượng gạc trong bó gạc (5 miếng gạc) khi chuẩn bị dụng cụ hoặc khi xin thêm gạc.

A. Forceps

1. Chỉ định

- Suy thai.
- Bệnh lý của mẹ (VD: bệnh tim, bệnh phổi, cao huyết áp trong thai kỳ . . .).
- Mẹ có vết mổ lấy thai.
- Mẹ rặn không hiệu quả.
- Kéo dài giai đoạn 2 của chuyển dạ.

2. Điều kiện

- Không có bất xứng đầu chậu.
- Cổ tử cung phải xóa mở hoàn toàn.
- Ối đã vỡ.
- Ngôi chằm, xác định được kiểu thế.
- Thai đã lọt là +1 hoặc thấp hơn. (III.A.8-T10)
- Bàn quang phải trống.
- Phải thực hiện nơi có điều kiện phẫu thuật.
- Bác sĩ phải có kinh nghiệm.

3. Kỹ thuật đặt và kéo forceps (không trình bày)

4. Tai biến và biến chứng

- Cho mẹ
 - Rách cổ tử cung, âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn.
 - Vỡ tử cung.
 - Nhiễm trùng đường sinh dục.

- Liệt bàng quang.
- **Cho con**
 - Tụ máu vùng sọ. Tổn thương não, xuất huyết trong não thất.
 - Bể hộp sọ.
 - Tổn thương các cơ quan vùng mặt như: mắt, mũi . . .

----- oOo -----

B. Giác hút

1. Chỉ định

- Mẹ rặn không hiệu quả.
- Kéo dài giai đoạn 2 của chuyển dạ.

2. Điều kiện

- Thai đủ tháng.
- Không có bất xứng đầu chậu.
- Cổ tử cung mở trọn.
- Ối vỡ. Ngôi chằm.
- Bướu huyết thanh không quá to.
- Dễ dàng đặt nắp giác hút vào phía trước vùng chằm của thai nhi.
- Thai đã lọt là +1 hoặc thấp hơn. (III.A.8-T10)
- Bàng quang phải trống.
- Phải thực hiện nơi có điều kiện phẫu thuật.
- Bác sĩ phải có kinh nghiệm.

3. Kỹ thuật đặt và kéo (không trình bày)

4. Tai biến và biến chứng

- **Cho mẹ**
 - Rách âm đạo, tầng sinh môn.
 - Tụ máu âm đạo, tầng sinh môn.
 - **Cho con**
 - Tụ máu vùng đầu.
 - Xuất huyết màng não, dưới màng nhện.
- Những tổn thương nặng khi: (1) bật nắp giác hút; (2) thời gian thực hiện thủ thuật lâu; (3) áp lực hút mạnh.

----- oOo -----

C. Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản

- 02 cán dao.
- 12 kẹp Kelly.
- 02 kẹp Babcock.
- 02 kẹp Allis.
- 02 kẹp gòn Foerster (kẹp đầu vọt, kẹp hình tim).
- 02 kẹp mang kim Hegar – Mayo.
- 05 kẹp khăn.
- 01 kéo Metzenbaum (cắt mô).
- 01 kéo Mayo (cắt cân hoặc mô).
- 01 kéo cắt chỉ.
- 02 banh Richardson.
- 02 banh Farabeuf.
- 02 kẹp phẫu tích (nhíp): 1 có máu, 1 không máu.

----- oOo -----

D. Phẫu thuật lấy thai

1. Chuẩn bị dụng cụ cho phẫu thuật

- Bộ dụng cụ mổ cơ bản.
- 1 lưỡi dao.
- 1 banh bụng Balfour (van vệ).
- 1 ống hút.
- Chén hoặc bồn hạt đậu. Khăn, gòn.
- Gạc (ABD), phải kiểm tra số lượng gạc trong mỗi bó (thường mỗi bó có 5 miếng gạc).
- Chỉ may (kim liền chỉ).

2. Những phần mà người phụ mổ 2 (phụ dụng cụ) cần làm

- **Chuẩn bị cuộc mổ.**
 - (1) Soạn và kiểm tra số lượng dụng cụ.
- **Sát trùng.**
 - (1) Chén đựng gòn có dung dịch sát trùng (Betadine, Povidine).
 - (2) Kẹp Kelly.
- **Trái khăn.**
 - (1) 4 khăn nhỏ.
 - (2) 4 kẹp khăn.
 - (3) 1 khăn lớn.
 - (4) 4 gạc khô.
 - (5) 4 gạc ướt (2 gạc có kẹp ở đuôi).
- **Rạch da.**
 - (1) Dao mổ.
 - (2) Kẹp cầm máu (Kelly) (nếu cần).
- **Cắt cân.**
 - (1) Kéo Mayo.
 - (2) Nhíp có máu.
- **Cắt cơ (nếu cần) và mở phúc mạc thành bụng.**
 - (1) Kéo Metzenbaum.
 - (2) Nhíp (có máu hoặc không máu).
- **Đặt van vệ vào vết mổ.**
- **Chèn gạc 2 bên ổ bụng.**
 - (1) Banh Richardson.
 - (2) 2 gạc có kẹp ở đuôi.
- **Mở lớp phúc mạc ở đoạn dưới tử cung.**
 - (1) Kéo Metzenbaum.
 - (2) Nhíp (có máu hoặc không máu).
 - (3) Kiểm tra máy hút có hoạt động không?
- **Rạch ngang đoạn dưới tử cung.**
 - (1) Dao mổ.
- **Mở rộng đoạn dưới tử cung ra 2 bên.**
 - (1) Kéo Metzenbaum (có thể mở rộng bằng cách xé ngang đoạn dưới).
 - (2) Nếu nước ối chảy ra nhiều thì dùng ống hút để hút nước ối.
- **Lấy van vệ ra.**
- **Lấy thai, kẹp và cắt dây rốn.**
 - (1) 2 kẹp Kelly.
 - (2) Kéo Metzenbaum hoặc dao mổ.

- **Cầm máu ở mép cắt của đoạn dưới tử cung.**
 - (1) 2 kẹp đầu vịt.
 - (2) 2 kẹp Babcock.
- **Bóc nhau.**
 - (1) Chén đựng bánh nhau.
- **Lau buồng tử cung.**
 - (1) Kẹp đầu vịt có kẹp gạc sạch.
- **Khâu đoạn dưới tử cung.**
 - (1) Kẹp mang kim và chỉ Safil (Vicryl) (1/0 - kim tròn).
 - (2) Nhíp có máu.
 - (3) Kéo cắt chỉ.
 - (4) Kẹp Kelly để kẹp đầu chỉ (nếu cần).
- **Khâu phúc mạc tạng.** (có thể không khâu lớp này)
 - (1) Kẹp mang kim và chỉ chromic (2/0 hoặc 3/0 - kim tròn) hoặc chỉ Safil (Vicryl) (2/0 hoặc 3/0 - kim tròn).
 - (2) Nhíp không máu.
 - (3) Kéo cắt chỉ.
- **Lau bụng.**
 - (1) Bánh Richardson.
 - (2) Kẹp đầu vịt có kẹp gạc sạch.
- **Kẹp phúc mạc thành bụng.**
 - (1) Kẹp Kelly.
- **Khâu phúc mạc thành bụng.** (có thể không khâu lớp này)
 - (1) Kẹp mang kim và chỉ chromic (2/0 hoặc 3/0 - kim tròn) hoặc chỉ Safil (Vicryl) (2/0 hoặc 3/0 - kim tròn).
 - (2) Nhíp không máu.
 - (3) Kéo cắt chỉ.
 - (4) Đếm số lượng gạc trên phẫu trường, trên bàn để dụng cụ.
 - (5) Kiểm tra xem dụng cụ đầy đủ không.
 - (6) Đề nghị người phụ dụng cụ vòng ngoài kiểm tra số lượng gạc.
- **Khâu cơ thành bụng.** (có thể không khâu lớp này)
 - (1) Kẹp mang kim và chỉ chromic (2/0 hoặc 3/0 - kim tròn) hoặc chỉ Safil (Vicryl) (2/0 hoặc 3/0 - kim tròn).
 - (2) Nhíp không máu.
 - (3) Kéo cắt chỉ.
- **Khâu lớp cân.**
 - (1) Kẹp mang kim và chỉ Vicryl (Safil) (1/0 hoặc số 1 - kim tròn).
 - (2) Nhíp có máu.
 - (3) Kéo cắt chỉ.
 - (4) 2 bánh Farabeuf.
- **Khâu lớp mỡ.** (có thể không khâu lớp này)
 - (1) Kẹp mang kim và chỉ chromic (2/0 hoặc 3/0 - kim tròn) hoặc chỉ Safil (Vicryl) (2/0 hoặc 3/0 - kim tròn). Khâu bằng chỉ chromic thường gây dị ứng.
 - (2) Nhíp không máu.
 - (3) Kéo cắt chỉ.
- **Khâu da.**
 - (1) Kẹp mang kim và chỉ silk (3/0 hoặc 4/0 - kim tam giác) hoặc Safil Quick (3/0 hoặc 4/0 - kim tam giác).
 - (2) Nhíp có máu.

(3) Kéo cắt chỉ.

- Lau sạch vết máu trên mình bệnh nhân.
- Băng vết mổ.
- Chuyển bệnh nhân sang phòng hồi sức.

* **Chú ý:**

- Mỗi lần xin thêm gạc phải kiểm tra kỹ số lượng gạc trong 1 bó (5 miếng gạc).
- Số lượng gạc đếm được sau khi phẫu thuật phải là số chia hết cho 5 (VD: 15, 20, 25 . . .).
- Phải kiểm tra xem máy hút có hoạt động tốt hay không.
- Loại chỉ sử dụng tùy thuộc vào mỗi PTV, vì vậy người phụ dụng cụ nên hỏi ý kiến của PTV trước khi xin chỉ.
- Phải kiểm tra chỉ (loại chỉ, loại kim, kích thước chỉ . . .) trước khi xé bao đựng chỉ.
- Một số dụng cụ phẫu thuật ít dùng (không dùng) hoặc chỉ sử dụng trong 1 thời điểm nhất định trong phẫu thuật lấy thai, anh (chị) không nên để các dụng cụ này trên mâm đựng dụng cụ mà nên để trên bàn dụng cụ. **Hướng dẫn này nhằm 2 mục đích:** (1) một số dụng cụ phẫu thuật không bị dính máu, thuận tiện cho việc rửa dụng cụ; (2) có ít dụng cụ trên mâm sẽ làm giảm nguy cơ vướng và rớt dụng cụ.
 - VD: thường chỉ dùng 1 banh Richardson, kéo Mayo chỉ dùng khi cắt cân, kẹp Allis ít được sử dụng . . .
- Anh (chị) nên khóa các cây kẹp lại để dễ sắp và đưa dụng cụ.
- Anh (chị) nên để gạc ướt trong chén, không để trên bàn để dụng cụ.
- Nếu gạc (ABD) dính máu nhiều, nhanh chóng loại bỏ và thay bằng miếng gạc khác.
- Khi bắt đầu đóng lớp phúc mạc thành bụng, người phụ dụng cụ phải kiểm tra số lượng của các dụng cụ phẫu thuật.

----- oOo -----

D. Phẫu thuật cắt tử cung toàn phần

1. Chuẩn bị dụng cụ cho cuộc phẫu thuật

- Bộ dụng cụ mổ cơ bản.
- 1 lưỡi dao.
- 1 banh mềm có thể uốn cong được.
- 2 kẹp Kocher thẳng + 04 kẹp Kocher cong.
- Chén hoặc bồn hạt đậu.
- Khăn, gòn.
- Gạc (ABD), phải kiểm tra số lượng gạc trong mỗi bó.
- Chỉ may (kim liền chỉ).

2. Những phần người phụ mổ 2 (phụ dụng cụ) cần làm

- **Chuẩn bị cuộc mổ*.**
- **Sát trùng*.**
- **Trải khăn.**
 - (1) 4 khăn nhỏ.
 - (2) 4 kẹp khăn.
 - (3) 1 khăn lớn.
 - (4) 4 gạc khô.
 - (5) 2 gạc ướt.
- **Rạch da*.**
- **Cắt cân*.**
- **Cắt cơ và phúc mạc thành*.**
- **Cố định tử cung.**
 - (1) 2 kẹp Kocher thẳng.

- **Kẹp cắt dây chằng tròn (2 bên).**
 - (1) Kẹp Kocher cong.
 - (2) Kẹp Kelly.
 - (3) Kéo Metzenbaum.
 - (4) Kẹp mang kim và kim chỉ khâu (kim tròn + chỉ silk 2/0) hoặc chỉ Vicryl (Safil) (1/0 – kim tròn).
 - (5) Kéo cắt chỉ.
 - (6) Kẹp Kelly kẹp đầu chỉ (nếu cần).
- **Kẹp cắt dây chằng thắt lưng – buồng trứng.**
 - (1) Kẹp Kocher cong.
 - (2) Kẹp Kelly.
 - (3) Kéo Metzenbaum.
 - (4) Kẹp mang kim và kim chỉ khâu (kim tròn + chỉ silk) hoặc chỉ Vicryl (Safil) (1/0 – kim tròn).
 - (5) Kéo cắt chỉ.
- **Bóc tách phúc mạc và đẩy bàng quang xuống.**
 - (1) Kéo Metzenbaum.
 - (2) Nhíp không máu.
- **Kẹp cắt động mạch tử cung.**
 - (1) Kẹp Kocher cong.
 - (2) Kẹp Kelly.
 - (3) Kéo Metzenbaum.
 - (4) Kẹp mang kim và kim chỉ khâu (kim tròn + chỉ silk) hoặc chỉ Vicryl (Safil) (1/0 – kim tròn).
 - (5) Kéo cắt chỉ.
- **Kẹp cắt chu cung và dây chằng ngang cổ tử cung.**
 - (1) Kẹp Kocher cong
 - (2) Kéo Metzenbaum.
 - (3) Kẹp mang kim và kim chỉ khâu.
 - (4) Kéo cắt chỉ.
- **Kẹp cắt tử cung.**
 - (1) 2 kẹp Kocher cong.
 - (2) Dao mổ.
 - (3) Kéo Metzenbaum.
- **Khâu mổ cắt của âm đạo.**
 - (1) Kẹp mang kim và chỉ Vicryl (Safil) (1/0 hoặc số 1 - kim tròn).
 - (2) Nhíp có máu
 - (3) Kéo cắt chỉ
- **Khâu phúc mạc tạng*.**
- **Lau bụng*.**
- **Kẹp phúc mạc thành*.**
- **Khâu phúc mạc thành bụng*.**
- **Khâu cơ thành bụng*.**
- **Khâu lớp cân*.**
- **Khâu lớp mỡ*.**
- **Khâu da*.**
- **Lau sạch vết máu trên mình bệnh nhân*.**
- **Băng vết mổ*.**
- **Chuyển bệnh nhân sang phòng hồi sức*.**

* **Chú ý:**

- Mỗi lần xin thêm gạc phải kiểm tra kỹ số lượng gạc trong 1 bó (5 miếng gạc).
- Số lượng gạc đếm được sau khi phẫu thuật phải là số chia hết cho 5 (VD: 15, 20, 25 . . .).
- Loại chỉ sử dụng tùy thuộc vào mỗi PTV, vì vậy người phụ dụng cụ nên hỏi ý kiến của PTV trước khi xin chỉ.
- Phải kiểm tra chỉ (loại chỉ, loại kim, kích thước chỉ . . .) trước khi xé bao đựng chỉ.
- Một số dụng cụ phẫu thuật ít dùng (không dùng) hoặc chỉ sử dụng trong 1 thời điểm nhất định trong phẫu thuật cắt tử cung, anh (chị) không nên để các dụng cụ này trên mâm đựng dụng cụ mà nên để trên bàn dụng cụ. **Hướng dẫn này nhằm 2 mục đích:** (1) một số dụng cụ phẫu thuật không bị dính máu, thuận tiện cho việc rửa dụng cụ; (2) có ít dụng cụ trên mâm sẽ làm giảm nguy cơ vướng và rớt dụng cụ.
 - VD: thường chỉ dùng 1 banh Richardson, kéo Mayo chỉ dùng khi cắt cân . . .
- Anh (chị) nên khóa các cây kẹp lại để dễ sắp và đưa dụng cụ phẫu thuật.
- Anh (chị) nên để gạc ướt trong chén, không để trên bàn để dụng cụ.
- Nếu gạc (ABD) dính máu nhiều, nhanh chóng loại bỏ và thay bằng miếng gạc khác.
- Khi bắt đầu đóng lớp phúc mạc thành bụng, người phụ dụng cụ phải kiểm tra số lượng của các dụng cụ phẫu thuật.
- *: tham khảo phần “Phẫu thuật lấy thai”.

CHƯƠNG IX CHĂM SÓC HẬU SẢN – HẬU PHẪU

A. HẬU PHẪU

1. Hậu phẫu mổ lấy thai (VI.A.18-T61)

----- oOo -----

2. Hậu phẫu mổ phụ khoa (cắt tử cung, cắt khối u buồng trứng) (VI.B.7-T70)

----- oOo -----

3. Tai biến và biến chứng sau mổ (sản khoa và phụ khoa)

• Do phương pháp vô cảm.

- Gây mê nội khí quản: viêm phổi, xẹp phổi, hít dịch dạ dày . . .
- Tê tủy sống: nhức đầu vùng chẩm, xuất hiện khi bệnh nhân ngồi dậy.

• Tại vết mổ.

- Nhiễm trùng, chảy máu, bung vết mổ . . .

• Hệ tiêu hóa.

- Liệt ruột (cơ năng và thực thể), xuất huyết tiêu hóa . . .

• Hệ niệu.

- Tổn thương bàng quang, tổn thương niệu quản . . .

----- oOo -----

B. HẬU SẢN

1. Sinh thường (VI.A.16-T59)

----- oOo -----

2. Cho con bú

Những ưu điểm khi cho con bú mẹ

- Có tác dụng ngừa thai (Phương pháp cho bú vô kinh).
- Tăng cường tình cảm mẹ con.
- Giảm nguy cơ ung thư cho mẹ: ung thư vú, ung thư buồng trứng.
- Giảm nguy cơ băng huyết sau sanh (do tăng co bóp tử cung).
- Lợi ích về mặt kinh tế.
- Tăng sức đề kháng cho trẻ, giảm nguy cơ nhiễm trùng.

Những trường hợp không nên cho con bú mẹ

• Do mẹ.

- Mẹ có bệnh: bệnh tim (tim sản độ III, IV), nhiễm HIV, lao phổi đang tiến triển, áp xe tuyến vú . . .
- Mẹ đang dùng thuốc: thuốc chống ung thư, thuốc ức chế miễn dịch . . .

• Do thai.

- Dị dạng: sứt môi, chẻ vòm hầu . . .
- Non tháng (không có phản xạ bú, phản xạ nút (< 32 tuần)).

Ngừa thai trong giai đoạn cho con bú mẹ (XII.A.1-T88)

----- oOo -----

3. Chăm sóc hậu sản 1 trường hợp hậu sản tiền sản giật (VI.A.17-T60)

----- oOo -----

C. NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP

1. Nguyên nhân băng huyết sau sanh (VII.C.1-T73)

----- oOo -----

2. Nguyên nhân sốt sau sanh (sau mổ lấy thai) (VII.C.2-T73)

3. Nguyên nhân đau bụng sau sanh (sau mổ lấy thai) (VII.C.3-T74)

----- oOo -----

4. Nguyên nhân bí tiểu sau sanh (sau mổ lấy thai) (VII.C.4-T74)

----- oOo -----

5. Nguyên nhân vết mổ chậm lành

- Bệnh nhân suy dinh dưỡng.
- Bệnh nhân thiếu máu.
- Bệnh nhân đang dùng thuốc ức chế miễn dịch (corticoid).
- Nhiễm trùng vết mổ.
- Máu tụ ở vết mổ.
- Vết mổ thiếu máu nuôi.

CHƯƠNG X

XÉT NGHIỆM

A. Sản khoa

1. Tiền sản giật

- Công thức máu, số lượng tiểu cầu.
- Nước tiểu: protein, hồng cầu.
- Men gan: AST, ALT.
- Acid uric.
- LDH.
- Ure, Creatinine.

----- oOo -----

2. Hội chứng HELLP

- Công thức máu, số lượng tiểu cầu.
- Nhóm máu.
- Men gan: AST, ALT.
- Acid uric.
- Ure, Creatinine.
- Bilirubin gián tiếp, Bilirubin toàn phần.
- LDH.
- Nước tiểu: protein, hồng cầu.

----- oOo -----

B. Phụ khoa

1. Thai trứng

- Định lượng β -hCG trong máu.
- Siêu âm bụng chú ý tử cung, phần phụ.
- Công thức máu.
- Nhóm máu.
- Men gan: AST, ALT (khi có điều trị hóa chất).

----- oOo -----

2. Xét nghiệm tiền phẫu

- Công thức máu, số lượng tiểu cầu.
- Máu chảy, máu đông.
- Nhóm máu.
- Chức năng gan: AST, ALT.
- Chức năng thận: ure, creatinine.
- HIV, HbSAg.
- Ion đồ.
- Đường huyết.
- Điện tâm đồ, XQ phổi.
- Siêu âm tử cung – phần phụ.

----- oOo -----

3. Nghi ngờ DIC (Disseminated Intravascular Coagulation)

Những nguyên nhân sản khoa gây đông máu nội mạch lan tỏa (DIC)

- Thai chết lưu.
- Nhau bong non.

Những vấn đề trong sản phụ khoa
Các hội chứng

- Thuyên tắc ối.
- Tiền sản giật nặng.
- Hội chứng HELLP.

Các xét nghiệm cần làm

- PTT (**P**artial **T**hromboplastin **T**ime).
- PT (**P**rothrombin **T**ime).
- TQ, TCK (**T**emps de **C**éphaline **K**aolin).
- Số lượng tiểu cầu.
- Fibrinogen.
- Nhóm máu.

CHƯƠNG XI CÁC HỘI CHỨNG

A. Sản khoa

1. Hội chứng HELLP

- *Hemolysis* (tán huyết): bất thường ở phết máu ngoại biên; bilirubin toàn phần > 1,2mg/dL.
- *Elevated Liver enzymes* (tăng men gan) : SGOT (AST) > 72 UI/ L và LDH > 600 UI/ L.
- *Low Platelet* (tiểu cầu giảm) < 100.000/ mm³.

----- oOo -----

2. Hội chứng hạ huyết áp khi nằm ngửa (Hội chứng tĩnh mạch chủ dưới)

- Huyết áp tụt.
- Mạch nhanh.
- Xanh tím.
- Thở nhanh.

Các triệu chứng này xuất hiện khi sản phụ nằm ngửa và biến mất khi sản phụ nằm nghiêng sang 1 bên (thường là nghiêng trái) hoặc ngồi dậy.

----- oOo -----

3. Hội chứng truyền máu thai nhi

Nghi ngờ có sự truyền máu thai nhi khi

- **Thai nhi cho máu.**
 - Nhỏ hơn tuổi thai, nhỏ hơn 20% so với thai nhi nhận máu.
 - Xanh tím.
 - Giảm tưới máu ngoại biên.
- **Thai nhi nhận máu.**
 - Lớn hơn tuổi thai, lớn hơn 20% so với thai nhi cho máu.
 - Đỏ hồng.
 - Vàng da.
 - Suy tim, đa hồng cầu.
- Những thai nhi này có thể bụng căng chướng, suy hô hấp, phù dưới da.

Dấu hiệu chẩn đoán trên siêu âm

- Song thai 1 nhau.
- Cùng giới tính.
- 1 thiếu ối (khoảng sâu nhất 2cm); 1 đa ối (khoảng sâu nhất 8cm).
- Bàn quang nhỏ hoặc không thấy ở thai có thiếu ối; bàn quang to ở thai có đa ối.
- Trọng lượng của 2 thai không tương đương nhau (chênh lệch khoảng 20%).
- Trần dịch đa màng: phù da (da dày > 5mm); tràn dịch màng tim, tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng bụng.
- Nếp gấp của màng ối (Membrane folding) ở tuổi thai 14 – 17 tuần.

----- oOo -----

4. Hội chứng hít phân su

Yếu tố thuận lợi dẫn đến có phân su trong nước ối

- Bệnh lý của mẹ: cao huyết áp, suy tim . . .
- Thai quá ngày.
- Thiếu ối.

Triệu chứng lâm sàng

- Xanh tím.

- Rên ở cuối thì thở ra.
- Thở nhanh.
- Phập phồng cánh mũi.
- Lòng ngực căng.
- Co kéo cơ liên sườn.

----- oOo -----

5. Hội chứng Couvelaire (nhau bong non thể nặng)

- Sốc giảm thể tích.
- Biểu hiện lâm sàng không tương ứng với lượng máu mất.
- Tử cung co cứng.
- Tim thai khó nghe hoặc mất.
- Rối loạn đông máu (lâm sàng và cận lâm sàng).

----- oOo -----

B. Phụ khoa

1. Hội chứng Meigs (hội chứng Demons – Meigs)

- Khối u buồng trứng (u xơ buồng trứng) lành tính.
- Tràn dịch màng phổi (thường là ở bên phải).
- Tràn dịch màng bụng.

Các triệu chứng (2) và (3) sẽ biến mất tự nhiên sau khi cắt khối u buồng trứng.

----- oOo -----

2. Hội chứng buồng trứng đa nang

- Rối loạn kinh nguyệt: cường kinh, kinh thưa.
- Rậm lông.
- Mập phì.
- Hiếm muộn, vô sinh.
- Siêu âm: > 8 nang nhỏ (2 – 8 mm) ở mỗi buồng trứng.

CHƯƠNG XII

KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

A. Sản khoa

1. Ngừa thai khi cho con bú

Tình huống: sau khi sanh hoặc sau khi mổ lấy thai người phụ nữ cần ngừa thai.

- Phương pháp cho bú vô kinh (Lactational Amenorrhea Method – LAM).
- Thuốc viên chỉ có progestin (Exluton[®], Naphalevo[®]).
- Dụng cụ tử cung (TCu 380A[®], Multiload 375[®], Minera[®]).
- Thuốc tiêm chỉ có progestin tác dụng kéo dài (Depo - Provera[®]).
- Bao cao su.
- Viên thuốc ngừa thai loại phối hợp (Marvelon[®], Gynera[®], Regulon[®], Ideal[®] . . .) (chỉ dùng từ tháng thứ 6 tháng sau sanh).
- Triệt sản nữ (chống chỉ định trong những trường hợp có vết mổ ở vùng bụng).

----- oOo -----

B. Phụ khoa

1. Ngừa thai khẩn cấp

Tình huống: sau khi quan hệ tình dục không an toàn (khả năng có thai ngoài ý muốn cao), người phụ nữ cần áp dụng 1 biện pháp tránh thai khẩn cấp.

- Postinor[®] 2.
- Mifestad[®] 10.

----- oOo -----

2. Ngừa thai ở trường hợp có u xơ tử cung

- Viên thuốc ngừa thai loại phối hợp (Marvelon[®], Gynera[®], Regulon[®], Ideal[®] . . .).
- Thuốc tiêm chỉ có progestin tác dụng kéo dài (Depo - Provera[®]).
- Bao cao su.
- Dụng cụ tử cung (nếu u xơ không làm biến dạng lòng tử cung).
- Phương pháp cho bú vô kinh (Lactational Amenorrhea Method – LAM).

----- oOo -----

3. Ngừa thai ở trường hợp đang theo dõi hậu thai trứng

- Viên thuốc ngừa thai loại phối hợp (Marvelon[®], Gynera[®], Regulon[®], Ideal[®] . . .)
- Bao cao su.
- Thuốc tiêm chỉ có progestin tác dụng kéo dài (Depo - Provera[®]).
- Triệt sản nữ (chống chỉ định trong những trường hợp có vết mổ ở vùng bụng).

----- oOo -----

4. Ngừa thai ở trường hợp đã bị thai ngoài tử cung

- Viên thuốc ngừa thai loại phối hợp (Marvelon[®], Gynera[®], Regulon[®], Ideal[®]). . .)
- Bao cao su.
- Thuốc tiêm chỉ có progestin tác dụng kéo dài (Depo - Provera[®]).
- Triệt sản nữ (chỉ thực hiện trong khi phẫu thuật cắt bỏ vòi trứng mang khối thai).

----- oOo -----

5. Ngừa thai ở trường hợp đã bị viêm vùng chậu

- Viên thuốc ngừa thai loại phối hợp (Marvelon[®], Gynera[®], Regulon[®], Ideal[®] . . .).
- Bao cao su.
- Thuốc tiêm chỉ có progestin tác dụng kéo dài (Depo - Provera[®]).

CHƯƠNG XIII SIÊU ÂM

A. Sản khoa

1. Tính tuổi thai

- 3 tháng đầu thai kỳ: GS, CRL, BPD.
- 3 tháng giữa thai kỳ: BPD, FL.
- 3 tháng cuối thai kỳ: BPD, FL.

----- oOo -----

2. Chẩn đoán nguyên nhân gây xuất huyết trong thai kỳ

- 3 tháng đầu thai kỳ: dọa sảy thai, sảy thai không trọn, thai ngoài tử cung, thai trứng . . .
- 3 tháng cuối thai kỳ: nhau bong non, nhau tiền đạo, vỡ tử cung.

----- oOo -----

3. Phát hiện những dị dạng của thai

- Thai vô sọ, não úng thủy, cột sống chẻ đôi, dị dạng tim, bụng cóc . . .

----- oOo -----

4. Tính số lượng thai

- Số lượng thai, số lượng bánh nhau và buồng ối.

----- oOo -----

5. Đánh giá sức khỏe của thai nhi

- Tim thai, chỉ số Manning, lượng nước ối (gián tiếp).

----- oOo -----

6. Lượng nước ối

• Đa ối.

- Chẩn đoán: $AFI \geq 25$ (cm).
- Nguyên nhân:
 - + Bất thường hệ tiêu hóa (hẹp thực quản) của thai nhi.
 - + Mẹ bị đái tháo đường trong thai kỳ.

• Thiếu ối.

- Chẩn đoán: $AFI \leq 5$ (cm).
- Nguyên nhân:
 - + Ối vỡ.
 - + Thai quá ngày.
 - + Bất thường hệ niệu của thai nhi.

----- oOo -----

7. Nhau tiền đạo

- Số lượng thai.
- Ngôi thai.
- Tim thai và cử động thai. Nhau tiền đạo ra huyết có thể gây suy thai, vì vậy phải chú ý tim thai.
- Đường kính lưỡng đỉnh (BPD).
- Chiều dài xương đùi (FL).
- Đường kính ngang bụng (TAD).
- Nhau: vị trí bám, nhóm, độ trưởng thành.

* **Chú ý: mối tương quan giữa mép nhau và lỗ trong cổ tử cung.
vị trí của bánh nhau là mặt trước hay mặt sau.**

- Ối: chỉ số ối (AFI).

8. Nhau bong non

- Số lượng thai.
- Ngôi thai.
- Tim thai và cử động thai. Nhau bong non có thể gây suy thai, vì vậy phải chú ý tim thai.
- Đường kính lưỡng đỉnh (BPD).
- Chiều dài xương đùi (FL).
- Đường kính ngang bụng (TAD).
- Nhau: vị trí bám, nhóm, độ trưởng thành.

* Chú ý: xem có khối máu tụ sau nhau hay không

- Ổi: chỉ số ối (AFI).

----- oOo -----

9. Siêu âm ở 3 tháng đầu thai kỳ

- Số lượng thai. Nếu đa thai thì phải chú ý xem có mấy bánh nhau và mấy buồng ối.
- Tuổi thai (GS, CRL). Tim thai.
- Thai có dị dạng không (thai vô sọ, thoát vị rốn, thoát vị thành bụng . . .)?
- Có nhân xơ tử cung?
- Có khối u buồng trứng không?

----- oOo -----

10. Siêu âm trong giai đoạn chuyển dạ sanh

- Số lượng thai.
- Ngôi thai.
- Tim thai và cử động thai.
- Đường kính lưỡng đỉnh (BPD).
- Chiều dài xương đùi (FL).
- Đường kính ngang bụng (TAD).
- Thai có dị dạng hay không?
- Nhau: vị trí bám, nhóm, độ trưởng thành.
- Ổi: chỉ số ối (AFI).

----- oOo -----

11. Song thai

- Ngôi của 2 thai (nếu thai còn nhỏ thì không cần xác định).
- Tuổi của 2 thai (tùy vào thời điểm siêu âm mà có công thức tính tuổi thai).
- Số lượng bánh nhau và buồng ối (chỉ đánh giá chính xác ở 3 tháng đầu thai kỳ).
- Có dấu hiệu của hội chứng truyền máu thai nhi hay không?

----- oOo -----

12. Sốt nhau sau sanh (sau mổ lấy thai)

----- oOo -----

B. Phụ khoa

1. U xơ tử cung

- Vị trí: ở thân hay ở đáy tử cung, mặt trước hay mặt sau tử cung?
trong cơ, dưới thanh mạc, dưới niêm mạc?
- Số lượng bao nhiêu?
- Kích thước bao nhiêu?
- Có vỏ bao rõ ràng không?

----- oOo -----

2. Khối u buồng trứng

- Số lượng bao nhiêu?
- Vị trí: bên phải hay bên trái tử cung?
- Kích thước bao nhiêu?
- Vỏ bao dày hay mỏng?
- Cấu trúc dịch trong khối u: echo trống, echo hỗn hợp . . . ?
- Có chồi sùi, vách ngăn trong lòng khối u hay không?
- Có dịch ổ bụng đi kèm hay không?

----- oOo -----

3. Thai ngoài tử cung

- Niêm mạc trong lòng tử cung dày hay mỏng?
- Có túi thai trong lòng tử cung hay không? Nếu có thì là túi thai thật hay giả.
- Có khối cạnh tử cung hay không?
- Có dịch ở túi cùng, vùng chậu hoặc trong ổ bụng hay không?

----- oOo -----

4. Thai trứng

- Có hình ảnh “bão tuyết” hay không?
- Có hình ảnh của phôi thai hay không?
- Có nang hoàng tuyến hay không? Nếu có thì số lượng và kích thước là bao nhiêu?

CHƯƠNG XIV SƠ SINH

A. Chỉ số Apgar

Lâm sàng	Điểm		
	0	1	2
Nhịp tim	< 80 lần/phút	80 – 100 lần/phút	> 100 lần/phút
Hô hấp	Không thở	Thở không đều, khóc yếu	Thở đều, khóc to
Trương lực cơ	Mềm nhũn	Vận động yếu	Vận động tốt
Phản xạ	Không có	Phản ứng yếu, nhắm mắt	Phản ứng tốt, cử động tứ chi
Màu da	Toàn thân tím tái	Thân hồng, tay chân tím	Toàn thân hồng hào

----- 000 -----

B. Hồi sức sơ sinh

1. Những yếu tố cần biết khi bắt đầu hồi sức sơ sinh (HSSS)

- Tuổi thai: non tháng (bệnh lý màng trong), quá ngày (hội chứng hít phân su).
- Số lượng thai: chuẩn bị đủ số lượng dụng cụ cần hồi sức.
- Có phân su hay không (nước ối có xanh hay không?).
- Tình trạng cấp cứu: nếu chấm dứt thai kỳ bằng cách mổ lấy thai do những nguyên nhân như: sa dây rốn, ra huyết âm đạo nhiều (nhau tiền đạo . . .) . . . có thể thai đã suy trong tử cung.
- Vô cảm hay mẹ dùng thuốc giảm đau có thể làm thai nhi bị suy hô hấp, giảm hoạt động
- Magnesium Sulfate: dùng trong những trường sinh non hay tiền sản giật, thuốc này có thể qua nhau và làm thai nhi bị suy hô hấp, giảm hoạt động . . .
- Dị dạng của thai nhi: hẹp thực quản, thoát vị hoành . . .
- Các thai kỳ có nguy cơ cao: mẹ bị đái tháo đường, mẹ thiếu máu mãn nặng, mẹ cao huyết áp, mẹ bị suy tim . . .

2. Những dấu hiệu đánh giá xem thai nhi có cần hồi sức hay không

- Chỉ số Apgar sẽ được đánh giá ở thời điểm 1 phút, 5 phút, 10 phút sau sanh. Tuy nhiên, không nên chờ đợi cho đến 1 phút để đánh giá điểm số Apgar xem có cần hồi sức hay không.

Nếu: Apgar \leq 3: ngưng nặng phải hồi sức tích cực.

Apgar 4 – 7: trẻ bị ngưng, cần hồi sức tốt.

Apgar $>$ 7: tình trạng tốt chỉ theo dõi không cần hồi sức.

- Ngoài ra các yếu tố sau đây có thể gợi ý tình trạng của trẻ cần hồi sức:
 - Hô hấp: không thở hay thở khó khăn.
 - Nhịp tim: $<$ 100 lần/1 phút.
 - Màu da: tím trung tâm

*Chú ý:

Chỉ số Apgar không được dùng để xác định khi nào bắt đầu hồi sức hoặc qui định quá trình hồi sức. Chỉ số Apgar chỉ có ích để đánh giá tình trạng của trẻ hoặc hiệu quả của quá trình hồi sức.

3. Các nguyên tắc cần biết khi HSSS

- Hồi sức theo nguyên tắc A, B, C.
 - A (Airway): thông đường hô hấp. (đặt bé nằm đúng tư thế, hút đàm nhớt, đặt nội khí quản).
 - B (Breathing): hỗ trợ hô hấp (bóp bóng, thở oxy qua mask, qua nội khí quản . . .).

- C (Circulation): bảo đảm tuần hoàn có hiệu quả (xoà bóp tim ngoài lồng ngực, thuốc).

• **Ba nguy cơ cần tránh trong khi HSSS.**

- Tránh bị lạnh: lau khô, ủ ấm.
- Tránh sang chấn: động tác hồi sức phải nhẹ nhàng, chính xác.
- Tránh nhiễm trùng: hồi sức trong điều kiện vô trùng.

• **Ba điều người thực hiện HSSS cần có.**

- Tiên lượng và xử trí được tình huống sẽ xảy ra.
- Luôn luôn bình tĩnh trong mọi tình huống.
- Thao tác hồi sức phải nhanh nhẹn, chính xác, nhẹ nhàng.

4. Thực hành HSSS

• **Dụng cụ.**

- Phương tiện chống mất nhiệt.
- Dụng cụ hút nhớt.
- Dụng cụ giúp thở.
- Dụng cụ đặt nội khí quản.
- Nguồn oxy và các loại thuốc.

Các dụng cụ hồi sức nên được kiểm tra 1 cách thường xuyên.

• **Các bước tiến hành:** Các bước này nên được tiến hành đồng thời cùng 1 lúc.

- **Chống mất nhiệt**

- + Lau khô và bỏ khăn ướt.
- + Để trẻ dưới nguồn nhiệt (đèn).

- **Khai thông đường thở**

- + Đặt trẻ nằm ngửa cổ hơi ngửa ra sau.
- + Hút đàm nhớt và các chất dịch mà thai nhi đã hít trong khi đi qua đường sinh dục. Hút miệng trước rồi đến họng rồi đến mũi, nếu cần thiết thì hút vào đến khí quản.
- + Đặt nội khí quản (nếu cần). VD: Apgar < 3 điểm, có nhiều phân su trong giai đoạn chuyển dạ sanh.

- **Kích thích hô hấp**

- + Vỗ hoặc búng vào gan bàn chân.
- + Cọ sát lưng (tư thế nằm).

* **Không nên thực hiện các động tác sau:**

- ▶ Vỗ vào lưng (bầm tím).
- ▶ Ép vào khung xương sườn (gãy xương gây tràn khí màng phổi, suy hô hấp).
- ▶ Ép đùi vào bụng (vỡ gan hoặc lách).
- ▶ Nong cơ tròn hậu môn (rách).
- ▶ Sử dụng gạc nóng và lạnh hoặc tắm (hạ nhiệt, sốt cao, bỏng).
- ▶ Thổi oxy lạnh hoặc không khí vào mặt hoặc thân thể của trẻ (hạ nhiệt).

- **Hỗ trợ hô hấp (nếu cần)**

- + Thở oxy qua mặt nạ.
- + Bóp bóng qua mặt nạ hay qua nội khí quản.
- + Dùng máy giúp thở.

- **Duy trì tuần hoàn**

- + Nếu nhịp tim > 100 lần/phút thì không cần can thiệp.
- + Nếu nhịp tim rời rạc hay APGAR < 3 thì xoa bóp tim ngoài lồng ngực.

- **Thuốc dùng trong hồi sức**

- + Natri bicarbonate 4,2% (4 – 8 ml/kg) để chống toan chuyển hóa.
- + Dung dịch glucose 10% (3 – 4 ml/kg)
- + Calcium gluconate 10% 2,5 ml pha loãng tiêm tĩnh mạch nếu nhịp tim đập yếu, chậm.

5. Những tai biến và biến chứng có thể xảy ra khi HSSS

- Hạ thân nhiệt. Nhiễm trùng.
- Tràn khí màng phổi do thông khí với áp lực quá lớn.
- Vỡ gan và lách do động tác xoa bóp tim ngoài lồng ngực hay kích thích hô hấp quá thô bạo.
- Gãy xương sườn.
- Tổn thương khí quản, thực quản.
- Tổn thương mắt (do mặt nạ).
- Tổn thương gan do dùng thuốc.
- Viêm ruột hoại tử.

* Chú ý:

- Để có thể can thiệp nhanh chóng và hiệu quả thì 2 yếu tố cần biết là:
 - Dự đoán nhu cầu hồi sức.
 - Chuẩn bị đầy đủ về dụng cụ và nhân lực.
- Nếu không cần thiết thì không nên hút nhiều vì động tác này có thể kích thích vùng hầu sau gây phản xạ dây thần kinh X làm nhịp tim chậm và gây ngừng tim, ngừng thở.

----- oOo -----

C. Trẻ sơ sinh đủ tháng

- Tổng trạng: bé hồng hào, khóc to.
- Nhịp thở: 30 – 60 lần/ 1 phút (trung bình 40 lần/ 1 phút).
- Nhịp tim 130 lần/ 1 phút.
- Tiêu phân su: thường bé đi tiêu phân su trong vòng 8 – 10 giờ sau sanh.
- Tiêu: đa số đi tiêu trong vòng 24 giờ đầu sau sanh.
- Bướu huyết thanh: thường biến mất trong vòng 3 ngày đầu sau sanh.
- Vàng da sinh lý xuất hiện từ ngày thứ 3 và biến mất từ ngày thứ 8 sau sanh. Trong khi vàng da bé vẫn bú, ngủ bình thường.
- Chân rốn thường khô vào ngày thứ 3 – 4 sau sanh, rụng vào ngày thứ 7 – 10 sau sanh.
- Các phản xạ nguyên phát: có đáp ứng.

----- oOo -----

D. Thai quá ngày

- (1) Da không có chất gây bao bọc nên khô cứng nhăn nheo, nứt rạn và bong da.
- (2) Chân tay dài, khăng khiu. Cơ nhão. Đầu to.
- (3) Tăng hoạt tính (tăng kích thích), trẻ luôn luôn hoạt động.
- (4) Toàn thân mảnh khảnh, xương sọ cứng, hay có dấu hiệu chùng khớp.
- (5) Dây rốn khô, xanh úa, nhuộm phân su.
- (6) Móng tay, móng chân dài, có màu vàng xanh của phân su.
- (7) Trường hợp thai già tháng nặng, toàn thân gầy gò, ngực nhô, bụng lép.
- (8) Da tróc từng mảng lớn, khô.
- (9) Toàn thân nhuộm vàng, rốn khô, cứng khớp.

Thai quá ngày được chia làm 3 mức độ

Độ I: gồm (1), (2), (3).

Độ II: gồm độ I + (4), (5), (6).

Độ III: gồm 9 dấu hiệu.

PHẦN ĐỌC THÊM

APGAR Virginia (1909 – 1974): bác sĩ Gây mê người Mỹ. Bà đã đề nghị “chỉ số Apgar” để đánh giá tình trạng của trẻ sơ sinh khi mới ra đời.

BANDL Ludwig (1842 – 1892): bác sĩ Sản phụ khoa người Đức. Ông đã mô tả dấu hiệu “vòng Bandl” trong dọa vỡ tử cung.

BARTHOLIN Thomas (1616 – 1680): bác sĩ Giải phẫu học người Đan Mạch. Ông đã mô tả các tuyến vùng âm đạo (tuyến Bartholin).

BAUDELLOCQUE Jean – Louis (1745 - 1810): bác sĩ Sản khoa người Pháp. Ông đã sáng tạo ra thước đo khung chậu (thước Baudelocque) và giải thích cơ chế sổ nhau (sổ nhau kiểu Baudelocque).

CALDWELL William E (?): bác sĩ Sản khoa người Mỹ. Ông đã cùng với Moloy hoàn chỉnh hệ thống phân loại xương chậu của người phụ nữ (phân loại khung chậu theo Caldwell – Moloy).

CHADWICK James (1844 – 1905): bác sĩ Phụ khoa người Mỹ. Ông đã mô tả màu xanh ở âm đạo của những sản phụ.

COUVELAIRE Alexandre (1873 – 1948): bác sĩ Sản khoa người Pháp. Ông đã mô tả tình trạng nhau bong non (hội chứng Couvelaire).

DE GRAAF (1641 – 1673): nhà Sinh lý học người Hà Lan.

DEMONS Albert Jean Octave (1842 – 1920): bác sĩ Phụ khoa người Pháp. Ông đã mô tả 1 hội chứng (sau này được Joe Vincent Meigs bổ sung thêm) gọi là “hội chứng Demons Meigs”.

DODERLEIN Albert Siegmund Gustav (1860 – 1941): bác sĩ Phụ khoa người Đức. Ông đã phát hiện 1 loại vi khuẩn trong âm đạo (vi khuẩn Doderlein).

DUNCAN James M. (1826 – 1890): bác sĩ Sản khoa người Anh. Ông đã mô tả cách sổ nhau (sổ nhau kiểu Duncan).

FARABEUF Louis Hubert (1841 – 1910): bác sĩ Ngoại khoa người Pháp. Ông đã sáng chế ra nhiều dụng cụ phẫu thuật (banh Farabeuf).

FOLEY Federick E.B. (1891 – 1966): bác sĩ người Mỹ. Ông đã sáng chế 1 loại ống thông tiểu (ống Foley).

FRIEDMAN Emanuel A. (1926 - ?): bác sĩ Sản khoa người Mỹ. Ông đã vẽ đường cong mô tả quá trình chuyển dạ của sản phụ.

GARDNER Herman L. (thế kỷ XX): nhà Vi khuẩn học người Mỹ. Ông đã phát hiện ra 1 loại vi khuẩn hiện diện trong âm đạo (Gardnerella vaginalis).

GOODELL William (1829 – 1894): bác sĩ Phụ khoa người Mỹ. Ông đã xác định dấu hiệu mềm cổ tử cung là biểu hiện tình trạng có thai.

HEGAR Alfred (1830 – 1915): bác sĩ Phụ khoa người Đức. Ông đã mô tả dấu hiệu mềm eo tử cung khi có thai (dấu Hegar) và sáng chế ra que nong cổ tử cung (que nong Hegar).

KELLY Howard Atwood (1858 – 1943): bác sĩ Phụ khoa người Mỹ. Ông đã sáng tạo ra 1 dụng cụ phẫu thuật (kẹp Kelly).

KNAUS Hermann (1892 – 1970): bác sĩ Sản khoa người Áo. Ông đã cộng tác với Kiusaku Ogino (thầy thuốc người Nhật) đề ra 1 phương pháp tránh thai tính theo vòng kinh (phương pháp Ogino – Knaus).

KRUKENBERG Friedrich (1871 – 1946): nhà Giải phẫu bệnh người Đức. Ông đã mô tả loại ung thư buồng trứng thứ phát do di căn từ dạ dày (u Krukenberg).

LE FORT Léon Clément (1829 – 1893): bác sĩ Ngoại khoa người Pháp. Ông đã sáng tạo kỹ thuật mổ sa sinh dục (phương pháp Le Fort).

LEVENTHAL Michael L. (1901 - ?): bác sĩ Sản Phụ khoa người Mỹ.

MACKENRODT Alwin karl (1859 – 1925): bác sĩ Phụ khoa người Đức. Ông đã mô tả dây chằng ở cổ tử cung (dây chằng Mackenrodt).

MAURICEAU Francois (1637 – 1700): bác sĩ Sản khoa người Pháp.

MEIGS Joe V. (1892 – 1963): bác sĩ Sản khoa người Mỹ. Ông cùng với Demons Albert Jean Octave mô tả hội chứng (hội chứng Demons – Meigs) gồm: u sợi buồng trứng, tràn dịch màng bụng, tràn dịch màng phổi.

MICHEALIS Gustav Adolf (1789 – 1848): bác sĩ Sản khoa người Đức. Ông đã mô tả nhiều dạng khung chậu cách khám khung chậu ngoài (hình trám Michealis).

MOLOY Howard C. (1903 – 1953): bác sĩ Phụ khoa. Ông cùng với Caldwell phân loại khung chậu của người phụ nữ (phân loại khung chậu theo Caldwell – Moley).

MONTGOMERY William Featherstone (1797 – 1859): bác sĩ Phụ khoa người Ireland. Ông phát hiện 1 dạng tuyến bã ở vùng quầng núm vú (tuyến Montgomery).

NABOTH Martin (1675 – 1721): bác sĩ người Đức. Ông đã mô tả 1 tuyến ở cổ tử cung (nang Naboth).

NAEGELE Franz Carl (1778 – 1721): bác sĩ Sản khoa người Đức. Ông đã đưa ra công thức tính ngày dự sanh theo kinh cuối.

NOBLE Charles P. (1863 – 1935): bác sĩ Phụ khoa người Mỹ. Ông đã mô tả 1 dấu hiệu ở tử cung (dấu hiệu Noble) của người phụ nữ có thai.

PAPANICOLAOU George Nicholas (1883 – 1962): bác sĩ người Mỹ. Ông đã sáng tạo ra kỹ thuật nhuộm tế bào cổ tử cung để chẩn đoán ung thư và phân loại mức độ tổn thương (phân loại theo Papanicolaou).

PFANNENSTIEL Hermann Johannes (1862 – 1909): bác sĩ Phụ khoa người Đức. Ông đã đề nghị đường rạch da ngang trên xương mu (đường Pfannenstiel).

PINARD Adolphe (1844 – 1934): bác sĩ Sản Phụ Khoa người Pháp. Ông đã sáng chế ra ống nghe sản khoa.

SCHILLER Walter (1887 – 1960): nhà Giải phẫu bệnh người Áo. Ông đã đề nghị 1 kỹ thuật xét nghiệm để phát hiện bất thường ở cổ tử cung (thử nghiệm Schiller).

SHEEHAN Harold L. (1900 - ?): nhà Giải phẫu bệnh học người Anh. Ông đã mô tả 1 hội chứng (hội chứng Sheehan) xảy ra ở những người phụ nữ bị băng huyết sau sanh.

SHIRODKAR N.V. (1900 – 1970): bác sĩ Sản khoa người Ấn Độ. Ông đã sáng tạo ra phương pháp khâu eo tử cung trong những trường hợp hở eo tử cung.

SKENE Alexander Johnson Chalmers (1838 – 1900): bác sĩ Phụ khoa người Mỹ. Ông đã mô tả các tuyến ở niệu đạo của người phụ nữ (tuyến Skene).

WERTHEIM Ernst (1864 – 1920): bác sĩ Phụ khoa người Áo. Ông đã đề nghị kỹ thuật mổ cắt tử cung trong điều trị ung thư cổ tử cung.

Thuốc ngừa thai khẩn cấp

Đại cương

- Tỷ lệ ngừa thai thành công giảm theo thời điểm dùng thuốc
 - + 24 giờ đầu: 95%
 - + 24 – 48 giờ: 85%
 - + 48 – 72 giờ: 58%
- 0,75 mg Levonorgestrel.

Cơ chế tác dụng

- Ức chế sự rụng trứng (nếu dùng trước khi rụng trứng).
- Ức chế sự di chuyển của trứng hoặc tinh trùng.
- Ức chế sự làm tổ của trứng đã thụ tinh.

Các trường hợp dùng biện pháp tránh thai khẩn cấp

- Không áp dụng biện pháp tránh thai nào trước đó.
- Bao cao su bị rách sau khi quan hệ.
- Vòng tránh thai bị tụt.
- Màng ngăn âm đạo rách trước 6 tiếng sau khi giao hợp.
- Quên uống nhiều viên thuốc trong vỉ thuốc ngừa thai loại phối hợp.
- Quên uống 2 viên trong vỉ thuốc đầu tiên (vỉ thuốc ngừa thai loại phối hợp).
- Dùng vỉ thuốc kế tiếp trễ hơn 2 ngày (vỉ thuốc ngừa thai loại phối hợp).
- Dùng thuốc tiêm ngừa thai (DMPA) trễ hơn 1 tuần.
- Bị hiệp dâm.

Cách dùng

- Uống 1 viên trong vòng 72 giờ sau khi quan hệ không an toàn (uống càng sớm càng tốt).
- Viên thứ 2 uống cách viên 1 là 12 giờ.
- Chỉ uống tối đa là 4 viên trong 1 chu kỳ

Tác dụng phụ

- Buồn nôn.
- Nôn ói.
- Chuột rút.
- Mệt mỏi.
- Nhức đầu.
- Căng ngực.
- Rong huyết, ra huyết nhỏ giọt.

Nếu ói trước 2 giờ thì dùng liều mới.

Nếu trễ kinh 7 ngày thì nên thử que xem có thai hay không?

Viên thuốc ngừa thai khẩn cấp không gây sảy thai.

Thuốc không gây nguy hiểm cho mẹ và thai nếu người mẹ dùng trong khi có thai.

Không có giới hạn tuổi dùng.

THUYỀN TẮC ỒI

Đại cương

Định nghĩa: là tình trạng nước ối, tế bào, tóc của thai nhi xâm nhập vào tuần hoàn của mẹ.

Tên khác: ***hội chứng giống shock phản vệ ở người mang thai*** (*anaphylactoid syndrome of pregnancy*) Clark và cộng sự.

Là một hội chứng bao gồm: suy hô hấp cấp, suy tuần hoàn tim phổi và rối loạn đông máu.

Là bệnh lý nguy hiểm nhất, không thể dự phòng và không thể điều trị.

Cung cấp oxy đầy đủ, hỗ trợ tuần hoàn và điều chỉnh rối loạn đông máu có thể cứu sống bệnh nhân.

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ nước ối vào tuần hoàn của người mẹ: thai to, đa thai, thời gian chuyển dạ ngắn, thuốc tăng cơn co tử cung, mổ lấy thai, bấm ối . . .

Ba yếu tố làm nước ối vào tuần hoàn của mẹ: bấm ối, tổn thương (rách) các mạch máu ở tử cung và cổ tử cung, áp lực cao trong buồng tử cung.

Có thể xảy ra trong chuyển dạ, trong lúc sanh, lúc mổ lấy thai, sau sanh thường hoặc trong giai đoạn sớm của hậu sản (48 giờ đầu)^[2]. Thuyền tắc ối còn có thể xảy ra trong trường hợp sảy thai, chấn thương vùng bụng/thai.

Tần suất mắc bệnh là 1/8000 – 1/80000^{[1][2]} (1/30000^[3]).

Tỷ lệ tử vong của mẹ khoảng 80%, nếu sống đa số có tổn thương não. Khoảng 50% bệnh nhân tử vong trong 1 giờ đầu tiên.

Tỷ lệ sống của con là 70%, 50% có tổn thương não.

Sinh lý bệnh

Theo Cotton (1996) sau khi nước ối vào tuần hoàn của người mẹ thì xảy ra 2 pha

Pha 1: Các mạch máu phổi co thắt làm tăng áp động mạch phổi và làm suy tim phải dẫn đến thiếu oxy; thiếu oxy làm tổn thương cơ tim và các mao mạch phổi làm suy tim trái và xuất hiện hội chứng suy hô hấp cấp (ADRS).

Pha 2: Giai đoạn rối loạn đông máu, đặc trưng bằng sự xuất huyết lượng lớn do đờ tử cung và đông máu nội mạch lan tỏa (DIC). Có 50% trường hợp dẫn đến rối loạn đông máu^[3].

Thời gian từ pha 1 sang pha 2 là khoảng 0,5 – 4 giờ.

Sự xuất hiện hội chứng này không phụ thuộc vào lượng nước ối đã vào tuần hoàn mẹ

Giải phẫu bệnh

Tế bào nước ối trong tuần hoàn phổi của người mẹ^{[1][2]}. Đa số là có nước ối trong tuần hoàn nhưng có những trường hợp không biểu hiện lâm sàng. Nếu thấy tế bào nước ối trong tuần hoàn phổi thì chỉ nghi ngờ chứ không được phép chẩn đoán xác định^[3].

Lâm sàng và cận lâm sàng

Những tình huống lâm sàng

Giảm O₂ đột ngột trong khi mổ lấy thai.

Sản phụ cảm thấy khó thở trong khi theo dõi chuyển dạ (đặc biệt là sau khi ối vỡ) .

Chảy máu vết may hoặc nơi tiêm chích.

Lâm sàng

Thở nhanh nông, ho khan, tím ngoại biên và trung ương.

Nhịp tim nhanh, hạ huyết áp, nhịp tim không đều, ngừng tim . . .

Hạ huyết áp đáng kể, có thể không đo được huyết áp tâm trương^[3] (100%^[4]).

Co giật, hôn mê.

Tim thai nhanh hoặc chậm (100%^[4]).

Cận lâm sàng

X quang phổi: lớn nhĩ và thất phải, phù phổi.

CT scan phổi.

CVP: giai đoạn đầu tăng do tăng áp động mạch phổi nhưng giai đoạn sau giảm do xuất huyết nhiều.

Các yếu tố đông máu: tiêu cầu giảm, fibrinogen giảm, PT kéo dài, PTT kéo dài, có FDP.
Khí máu động mạch: pH giảm, PO₂ giảm, PCO₂ tăng, giảm dự trữ kiềm.
Nhóm máu.

Chẩn đoán phân biệt

Thuyên tắc phổi do huyết khối: thường xảy ra ở giai đoạn hậu sản và theo sau thuyên tắc tĩnh mạch chi dưới, yếu tố thuận lợi là béo phì, ít vận động.

Thuyên tắc khí: sau mổ lấy thai, vỡ tử cung, truyền máu, nhau tiền đạo.

Hít dịch dạ dày: làm xanh tím, nhịp tim nhanh, hạ huyết áp, phù phổi. Tình trạng này chỉ gặp ở những bệnh nhân không tỉnh táo hay đang gây mê.

Sản giật và hôn mê: có những dấu hiệu giống như thuyên tắc ối nhưng bệnh nhân thường có huyết áp cao, protein niệu.

Thái độ xử trí

Hạn chế những nguy cơ dẫn đến thuyên tắc ối.

Đặt nội khí quản và thở oxy áp lực dương.

Thuốc dẫn mạch.

Truyền máu tươi.

Tăng co bóp của cơ tử cung (Oxytocin, Ergot) (PGE₁: có thể gây co thắt mạch máu phổi hoặc tăng áp động mạch phổi).

Chấm dứt thai kỳ bằng cách mổ lấy thai đối với những trường hợp mẹ đã ngừng tim.

Thuốc: Dopamin, Digoxin, Hydrocortisone.

Tài liệu tham khảo

1. Amniotic Fluid Embolism: A fetal event or A favourable ending; Shona Johnstone; 03/06/2004.
2. Kuwait Medical Journal; 06/2003.
3. eMedicine:Amniotic Fluid Embolism; Lisa E Moore; 21/03/2002.
4. Current therapy in Obstetrics and Gynecology 5th; Quilligan Zuspan; 2000; p 232 – 236.

----- oOo -----

HỘI CHỨNG HELLP

Đại cương

Weinstein (1982) mô tả hội chứng HELLP.

Tỷ lệ mắc bệnh là 2% - 12%.

Tỷ lệ tử vong của mẹ là 35%.

Hội chứng HELLP bao gồm 3 dấu hiệu.

Hemolysis: bất thường ở phết máu ngoại biên; bilirubin > 1,2mg/dl.

Elevated Liver enzyme :SGOT (AST) > 72 UI/L và LDH > 600 UI/L.

Low Platelet < 100.000/mm³ (150.000/mm³).

Thường có liên quan đến tiền sản giật và sản giật (4% - 12% sản phụ tiền sản giật và sản giật có nguy cơ bị hội chứng HELLP).

Dấu hiệu lâm sàng

90% cảm thấy khó chịu.

65% đau thượng vị.

31% nhức đầu.

30% nôn ói và ói.

→ nên làm xét nghiệm công thức máu và men gan ở những trường hợp sản phụ thấy mệt mỏi hoặc biểu hiện những bệnh lý khác nhau^[1].

Khám lâm sàng có thể bình thường: đau vùng ¼ trên phải thường ảnh hưởng đến 90% bệnh nhân; triệu chứng phù thì không có giá trị lắm vì có thể thấy ở khoảng 30% sản phụ bình thường; cao huyết áp hoặc protein niệu có thể không có hoặc có ở mức độ nhẹ^[1].

Cận lâm sàng

Tốt nhất là số lượng tiểu cầu → hội chứng HELLP nên được nghi ngờ nếu tiểu cầu luôn giảm trong thời gian chăm sóc trước sanh.

Các bước tiến hành

1. Chẩn đoán hội chứng HELLP

- Những trường hợp có nguy cơ cao.
Tăng cân quá nhiều.
Đau vùng thượng vị, đau vùng ¼ trên phải.
Tiền sản giật nặng.
Sản giật.
Điều trị thuốc hạ áp không hiệu quả.
- Xét nghiệm cận lâm.
Công thức máu: tìm số lượng tiểu cầu.
Nếu tiểu cầu $< 150.000/\text{mm}^3$, tiếp tục làm tiếp các xét nghiệm LDH, AST, Acid uric, protein/nước tiểu.

*** Chú ý:**

- Chẩn đoán lâm sàng có thể khó khăn và thường trễ trung bình 8 ngày^[1], trong giai đoạn đầu người sản phụ thường bị chẩn đoán lầm là viêm túi mật, viêm dạ dày, viêm gan, bệnh lý tán huyết vô căn (idiopathic thrombocytopenia).

2. Phân loại hội chứng HELLP

Có 2 cách phân loại

- **Theo MEMPHIS:** hội chứng HELLP 1 phần (có 1 hoặc 2 dấu hiệu bất thường) hoặc hội chứng HELLP đầy đủ (sẽ có nhiều biến chứng cho mẹ và con hơn) → nên chấm dứt thai kỳ của những sản phụ có hội chứng HELLP đầy đủ trong vòng 48 giờ.
- **Dựa vào số lượng tiểu cầu:** Class I: $< 50.000/\text{mm}^3$; Class II: $50.000 - 100.000/\text{mm}^3$; Class III: $100.000 - 150.000/\text{mm}^3$. Bệnh nhân thuộc class I thường có nguy cơ cao hơn class II và class III.

3. Đánh giá và điều trị cho mẹ

- Hạ áp: nên khống chế HA $< 150/90$ mmHg, nếu HA hạ thì giảm nguy cơ xuất huyết não, co giật và nhau bong non.
- Phòng ngừa co giật với Magnesium sulfate. Nên chuẩn bị calci gluconat 10% 10ml để điều trị những trường hợp ngộ độc Magnesium sulfate.
- Truyền dịch: dung dịch là G5% hoặc Lactate Ringer với tốc độ truyền là 100 ml/giờ. Mục tiêu là nước tiểu khoảng 30 – 40 ml/giờ. Truyền dịch để hạn chế co mạch máu và bảo vệ thận. Tuy nhiên cần phải chú ý, nếu truyền dịch quá nhiều sẽ gây phù phổi.
- Nên cho corticoid trong những trường hợp tiểu cầu $< 100.000/\text{mm}^3$ hoặc tiểu cầu $> 100.000/\text{mm}^3$ nhưng kèm theo đau thượng vị, sản giật, cao huyết áp nặng; nên tiếp tục cho sau sanh vì nó giúp các kết quả xét nghiệm trở về bình thường nhanh chóng hơn. Liều là Dexamethasone 10mg IV/12 giờ^[1].
- Sử dụng các chế phẩm của máu:
 - Truyền máu chỉ nên bắt đầu khi Hct là 22%; nếu có mổ lấy thai thì phải truyền máu trong và giai đoạn đầu sau khi mổ khi Hct là 25%.
 - Nếu lượng tiểu cầu $< 40.000/\text{mm}^3$ thì phải truyền tiểu cầu ngay trước khi mổ lấy thai; còn nếu đẻ sanh ngã âm đạo thì chỉ truyền tiểu cầu khi lượng tiểu cầu $< 20.000/\text{mm}^3$.

- Các xét nghiệm nên lập lại mỗi 12 – 24 giờ. Xét nghiệm theo dõi tốt nhất là số lượng tiểu cầu, LDH và acid uric. Tuy nhiên có tác giả cho rằng protein niệu và acid uric không có giá trị nhiều trong hội chứng HELLP^[2].

*** Chú ý:**

- Bệnh nhân bị hội chứng HELLP nếu có đau ¼ trên phải, đau vai hay đau cổ thì nên xem có vỡ hay xuất huyết trong gan không?
- Truyền tiểu cầu dự phòng không làm giảm nguy cơ xuất huyết và không làm tăng nhanh lượng tiểu cầu về bình thường.
- Các yếu tố tiên lượng xấu:
CLS: TC < 50.000/mm³; LDH > 1400UI/L; ALT >100UI/L; AST >150 UI/L; Creatinine >1; Acid uric > 7,8.

Lâm sàng: đau thượng vị, buồn nôn, nôn ói, sản giật, cao huyết áp nặng, nhau bong non.

4. Đánh giá tình trạng của thai nhi và quyết định thời điểm chấm dứt thai kỳ

Thời điểm chấm dứt thai kỳ tùy thuộc vào: tình trạng bệnh của mẹ, đáp ứng với điều trị của mẹ, tình trạng sức khỏe của thai và thai đã trưởng thành hay chưa.

Xác định lại tuổi thai.

Đánh giá sức khỏe của thai bằng: non – stress test, contraction stress test, siêu âm thai.

HELLP class 1 hoặc 2 không đáp ứng với Dexamethasone/ 24 giờ.

Bệnh nhân ở class 2 hoặc 3, nếu tuổi thai < 34 tuần và chưa có dấu hiệu nào chứng tỏ có tổn thương cho mẹ và con thì có thể theo dõi thêm.

5. Chăm sóc hậu sản, hậu phẫu

Thường các xét nghiệm trở về bình thường bắt đầu 48 giờ sau sanh và đa số về bình thường sau 72 giờ.

Các bệnh nhân phải được theo dõi cho đến khi:

- Tiểu cầu trở về bình thường và LDH giảm.
- Lượng nước tiểu đạt 100 ml/ giờ.
- HA < 150/100 mmHg.
- Các dấu hiệu lâm sàng về bình thường.

Dexamethasone vẫn cho tiếp tục liều 10mg/12 giờ IV cho đến khi các xét nghiệm về bình thường, sau đó sẽ dùng liều 5 mg/12 giờ x 2 ngày IV.

Bệnh nhân có thể dùng thuốc viên ngừa thai.

6. Tiên lượng

Tỷ lệ tử vong mẹ khoảng 1%.

Tỷ lệ tử vong con từ 10% – 60% tùy thuộc vào tình trạng bệnh của mẹ. Thường những thai nhi này bị suy dinh dưỡng trong tử cung hoặc bị suy hô hấp.

19 – 27% sẽ bị hội chứng HELLP ở lần mang thai kế tiếp.

43% bị tiền sản giật trong những lần mang thai sau.

Các bước xử trí một trường hợp hội chứng HELLP

Chẩn đoán xác định và phân loại hội chứng HELLP.

Đánh giá tình trạng của mẹ.

Đánh giá tình trạng của thai.

Không chế tình trạng cao huyết áp.

Phòng ngừa co giật bằng MgSO₄.

Cân bằng nước và điện giải.

Điều trị những rối loạn của huyết học.

Theo dõi quá trình chuyển dạ và sanh.

Chăm sóc sơ sinh.

Tầm soát tổn thương của các cơ quan.

Tư vấn cho lần mang thai sau.

Tài liệu tham khảo

- 1.HELLP syndrome: Recognition and Perinatal Management;AAFP
- 2.Current Therapy in Obstetrics and Gynecology 5th; 288 – 293

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chuẩn quốc gia về dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2003; Bộ Y tế.
2. Phụ nữ và sản khoa 2000; Bộ môn Phụ Sản Trường ĐHYD Cần Thơ.
3. Thực hành sản phụ khoa 2004; Bộ môn Phụ Sản Trường ĐHYD TP.HCM.
4. Sản phụ khoa tập 1,2 2004; Bộ môn Phụ Sản Trường ĐHYD TP.HCM.
5. Bài giảng Sản phụ khoa tập 1,2 2002; Bộ môn Phụ Sản Trường ĐHY Hà Nội.
6. Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành 2004; Bộ môn Phụ Sản Trường ĐHY Hà Nội.
7. Sản khoa hình minh họa 1998
8. Phụ khoa hình minh họa 1998
9. Lâm sàng phụ khoa và giải phẫu bệnh 2003.
10. Từ điển danh nhân y học.
11. Từ điển Sản Phụ khoa.
12. Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors 2001.
13. Problem-Oriented Approach to Obstetrics and Gynaecology 1997.
14. On call Obstetrics and Gynecology 1997.
15. On call Obstetrics and Gynecology 1996.
16. Operating room manual 1971.
17. Handbook of Obstetrics and Gynecology 2001.
18. The Management of labour 1996.
19. Practical Gynecology 1994; Allan J. Jacobs.
20. Human Labor and Birth 1986.
21. The Essentials of Contraceptive Technology: A Handbook for Clinic Staff 1998.