

# ĐỢA ĐỂ NON

## 1. Chẩn đoán: Dựa vào

### 1.1. Lâm sàng

- Tuổi thai từ hết 22 đến hết 37 tuần.
- Có cơn co tử cung gây đau.
- Cổ tử cung đóng.
- Có thể có ra máu hay chất nhầy màu hồng.

### 1.1.CLS

- Công thức máu, nhóm máu, Rh
- Định lượng Ferbinogen, pt%, Aptt
- Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluco,Creatinin
- Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- HIV,Giang mai, HbsAg
- Siêu âm kiểm tra thai
- Monitorin theo dõi tim thai

## 2. Xử trí:

- Nằm nghỉ tuyệt đối cho đến khi hết cơn co tử cung.
  - Tư vấn: tình trạng bệnh và tình trạng thai nhi non tháng.
  - Cho thuốc cắt cơn co tử cung:
    - + Progesterone 25mg (ống): 1 ống x 2 lần (tiêm bắp)/ ngày.
    - + Utrogestan 100mg (viên): 1 viên x 2 lần (uống hoặc đặt âm đạo)/ ngày
    - Hoặc Utrogestan 200mg (viên): 1 viên (đặt âm đạo)/ ngày
    - + Nifedipin: nên dùng trong trường hợp tiểu đường, chảy máu trong rau tiền đạo, đa thai:
      - Liều tấn công: Nifedipin 10 mg, ngậm dưới lưỡi. Nếu còn cơn co, cứ 20 phút ngậm 1 viên, tổng liều không quá 4 viên.
      - Liều duy trì: sau viên cuối của liều tấn công 3 giờ, dùng Nifedipin tác dụng chậm 20 mg, uống 1 viên, cứ 6 giờ đến 8 giờ một lần.
      - Nếu Nifedipin thất bại, sau liều cuối 2 giờ có thể dùng Salbutamol
- Phải theo dõi huyết áp sau khi dùng Nifedipin 15 phút.
- Chống chỉ định dùng khi huyết áp thấp (< 90/50 mmHg)
- + Magnesie Sulfate: truyền tĩnh mạch

Khởi đầu: 1- 4 g MgSO<sub>4</sub> (trong 20- 30 phút)

Duy trì: 2- 4 g MgSO<sub>4</sub> / giờ

- Cho corticoid: chỉ định dùng cho tuổi thai từ 26 đến hết 34 tuần, chỉ dùng một đợt. Hiệu quả xuất hiện sau khi bắt đầu dùng thuốc 24 giờ.
- + Hoặc betamethason 12 mg, tiêm bắp 2 liều cách nhau 24 giờ.
- + Hoặc dexamethason 6 mg/lần, tiêm bắp 4 lần, cách nhau 12 giờ.

# DỌA VỠ TỬ CUNG

## I. ĐỊNH NGHĨA

Dọa vỡ tử cung là dấu hiệu lâm sàng sắp dẫn đến vỡ tử cung. Nếu phát hiện sớm và xử trí kịp thời giai đoạn dọa vỡ tử cung có thể phòng ngừa được vỡ tử cung.

## II. TRIỆU CHỨNG

- Thai phụ đau bụng nhiều.
- Tần suất và cường độ cơn co tử cung tăng.
- Tử cung có hình vòng Bandl: tử cung có dạng hình quả bầu có hai khối bị thắt ở giữa.
- Có dấu hiệu Frommel: hai dây chằng tròn kéo dài, căng như hai sợi dây đàn.
- Tim thai có thể bình thường hoặc suy: nhanh, chậm, không đều.
- Thăm âm đạo: ngôi bất thường, ngôi cao hoặc chưa lọt, khung chậu hẹp...

## CLS

- Công thức máu, nhóm máu, Rh
- Định lượng Ferbinogen, pt%, Aptt
- Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluco,Creatinin
- Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- HIV, Giang mai, HbsAg
- Siêu âm kiểm tra thai
- Monitorin theo dõi tim thai

## III. XỬ TRÍ

- Thông tiểu, Lập đường truyền tĩnh mạch.
- Thuốc giảm co tử cung.
- Mổ lấy thai cấp cứu.

## IV. DỰ PHÒNG

- Khám thai định kỳ đầy đủ, đặc biệt là đối với thai kỳ nguy cơ cao.
- Trong chuyển dạ: tất cả các trường hợp đẻ khó phải được hướng dẫn theo dõi và sinh tại nơi có điều kiện phẫu thuật.
- Đối với các thai kỳ có chỉ định mổ lấy thai nên được mổ lấy thai chủ động: con to ước lượng > 4000gr, ngôi bất thường ...
- Khi sanh chỉ huy phải tôn trọng đúng chỉ định, đủ điều kiện, thực hiện đúng kỹ thuật và theo dõi sát.

# ĐẶT VÀ THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG

## I. ĐẶT VÒNG

### 1. Chỉ định đặt vòng:

Các phụ nữ trong tuổi sinh đẻ, đã có con

Muốn thực hiện một biện pháp tránh thai tạm thời bằng dụng cụ tử cung

### 2. Chống chỉ định:

*Tuyệt đối:*

- Viêm nhiễm cấp tính đường sinh dục
- Tử cung dị dạng
- Có thai
- Rong kinh rong huyết chưa rõ nguyên nhân
- Ung thư đường sinh dục
- Sa sinh dục độ II-III

*Tương đối:*

- Thai ngoài tử cung
- U sơ tử cung
- Bệnh lý van tim hậu thấp
- Bệnh lý nội khoa mãn tính khác có suy gan, suy thận
- Bệnh lý dị ứng với đồng ( Hội chứng Wilson )

### 3. Kỹ thuật:

- Khám xác định kích thước và vị thế tử cung
- Sát trùng âm hộ, âm đạo và CTC
- Kẹp CTC. Đo buồng tử cung
- Chuẩn bị dụng cụ tử cung (cho càn dụng cụ tử cung vào cần đối với vòng Tcu, đánh dấu cần dùng dụng cụ tử cung cho phù hợp với kích thước buồng tử cung )
- Đưa dụng cụ tử cung vào buồng tử cung và lấy cần dụng cụ
- Cắt dây vòng khoảng 2 cm
- Tháo kẹp CTC và lau sạch CTC, âm đạo

### 4. Thuốc sau đặt vòng:

- Kháng sinh: phổ rộng x 5 ngày

- Giảm co thắt: Spasmaverine 40 mg 2 viên x 3 lần/ ngày x 5 ngày

## **II. THÁO VÒNG**

### **1. Vòng dây:**

- Đặt mở vệt bóc lộ CTC
- Sát trùng âm hộ, âm đạo và CTC bằng Betadine
- Dùng kẹp Kelly dài, kéo nhẹ dây vòng ra khỏi buồng tử cung
- Lau sạch âm đạo và lấy mở vệt khỏi âm đạo

### **2. Vòng không dây:**

- Khám xác định tư thế tử cung
- Sát trùng âm hộ, âm đạo và CTC
- Kẹp CTC, đo luồng tử cung
- Dùng móc vòng lấy vòng khỏi buồng TC
- Tháo kẹp CTC, lau sạch âm đạo

### **3. Thuốc sau lấy vòng:**

Kháng sinh phổ rộng

Giảm đau

### **Lưu ý:**

Cần phải tư vấn cho khách hàng sử dụng một biện pháp tránh thai khác sau lấy vòng, nhằm ngừa thai ngoài ý muốn

# PHÂN TÍCH BIỂU ĐỒ TIM THAI

## (CTG: CARDIOTOCOGRAPHY)

### I. GIÁ TRỊ CỦA CTG

Giá trị cao (95%) trong chẩn đoán thai khỏe: Kết quả “thai nhi không có đe dọa”: thai nhi thật sự không có đe dọa về sức khỏe với độ chính xác 95%

Giá trị thấp (50%) trong chẩn đoán thai suy: Kết quả “thai nhi đang có vấn đề về sức khỏe”: chỉ 50% trường hợp có vấn đề bệnh lý thật sự

Chính vì vậy CTG có giá trị để phát hiện thai suy nhưng ít có giá trị để chẩn đoán thai suy.

### II. PHÂN TÍCH MỘT BIỂU ĐỒ CTG

- Đặc tính của cơn co tử cung.
- Trị số tim thai cơ bản.
- Biên độ dao động nội tại.
- Có nhịp tăng không?
- Có nhịp giảm không? Nhịp giảm thuộc loại nào?

Kết luận CTG bình thường hay bất thường, bất thường do nguyên nhân gì?

### III. CƠN CO TỬ CUNG

- Số cơn co trong 10 phút
- Thời gian co, thời gian nghỉ
- Sự phù hợp với giai đoạn chuyển dạ
- Trương lực cơ bản
- Cường độ, biên độ

Tuy nhiên khi đo CTG với đầu dò ngoài thành bụng thì chỉ xác định **số cơn co trong 10 phút**, các dữ kiện khác xác định không chính xác.

### IV. NHỊP TIM THAI CƠ BẢN

Bình thường: 120- 160 nhịp/ phút.

#### 1. Nhịp tim thai cơ bản nhanh:

**1.1. Đặc điểm:** Nhịp tim thai cơ bản > 160 nhịp/ phút, TTCB nhanh trầm trọng > 180 nhịp/ phút.

#### 1.2. Nguyên nhân:

- Thiếu oxy cho thai.
- Mẹ sốt
- Thuốc có tính giao cảm: Atropin, Phenothiazide...

- Mẹ bị cường giáp
- Nhiễm trùng thai
- Suy tim thai
- Nhiễm trùng ối...

### **1.3. Xử trí:**

- Đo mạch, nhiệt độ mẹ loại trừ nguyên nhân mẹ sốt.
- Nếu có nhiễm trùng cần điều trị kháng sinh, hạ sốt.
- Nếu nghi ngờ suy thai, khám âm đạo xem màu sắc nước ối.

## **2. Nhịp tim thai cơ bản chậm:**

**2.1. Đặc điểm:** Nhịp tim thai cơ bản < 120 nhịp/ phút.

### **2.2. Nguyên nhân:**

- Hạ thân nhiệt ở mẹ
- Mẹ hạ huyết áp, choáng
- Hạ đường huyết kéo dài
- Sử dụng thuốc ( $\beta$  blocker)
- Chèn ép rốn

### **2.3. Xử trí:**

- Khám lại mẹ xem có nguyên nhân nào khiến nhịp tim thai chậm không.
- Khám âm đạo loại trừ sa dây rốn
- Cho nằm nghiêng trái, thở oxy.
- Giảm hay ngưng Oxytocin nếu đang tăng co.

## **V. BIÊN ĐỘ DAO ĐỘNG:**

- Bình thường: 5- 20 nhịp/ phút
- Tăng: > 25 nhịp/phút
- Giảm: < 5 nhịp/ phút

### **Nguyên nhân làm giảm biên độ dao động:**

- Thiếu oxy/ nhiễm toan
- Thuốc ức chế hệ thần kinh trung ương, đối giao cảm:
  - + Giảm đau: Morphine, Heroin, Diazepam
  - + Barbiturates: Phenobarbital
  - + Atropin...
- Chu kỳ ngủ của thai nhi

- Bất thường bẩm sinh
- Quá non tháng
- Nhịp tim thai cơ bản nhanh
- Bất thường hệ thần kinh trung ương

## **VI. NHỊP TĂNG:**

Nhịp tăng khi nhịp tim thai tăng ít nhất 15 nhịp/ phút so với nhịp TTCB và kéo dài ít nhất 15 giây.

Sự xuất hiện nhịp tăng biểu hiện tình trạng thai nhi bình thường, không thiếu oxy. Một thai nhi khỏe mạnh luôn thể hiện các nhịp tăng từng hồi khi có những cử động lớn của cơ thể. Là dấu hiệu tiên lượng tốt.

Không có nhịp tăng trong hơn 45 phút mà không có lý do giải thích (mẹ dùng thuốc, dị tật bẩm sinh, rối loạn nhịp...) cần nghi ngờ thai suy.

## **VII. NHỊP GIẢM:**

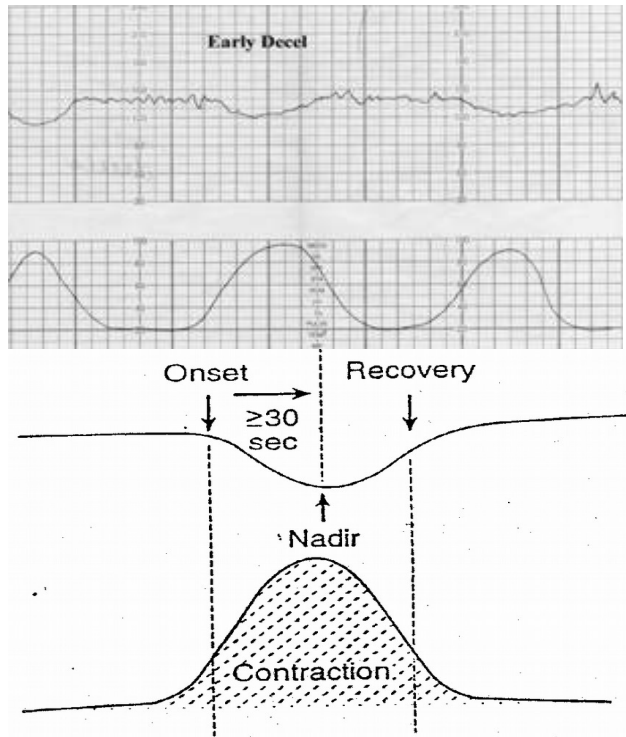
Nhịp giảm khi giảm trên 15 nhịp/ phút so với nhịp TTCB và kéo dài trên 15 giây.

### **1. Nhịp giảm sớm:**

#### **Đặc điểm:**

- Là nhịp giảm đồng dạng, bắt đầu và trở về nhịp TTCB từ từ
- Giảm khi bắt đầu có cơn co, trở về TTCB trước khi kết thúc cơn co.
- Điểm thấp nhất > 30” sau khi khởi phát nhịp giảm, trùng với đỉnh cơn co.
- Không có nhịp tăng trước và sau nhịp giảm.
- Có độ rộng nhỏ.
- Hiếm khi xuống dưới 100 - 110 nhịp/ phút hay dưới 20 - 30 nhịp/ phút so với nhịp TTCB.





**Nguyên nhân:**

- Chèn ép đầu thai nhi, phản xạ của dây X.
- Thường thấy lúc chuyển dạ giai đoạn hoạt động.
- Không kèm với nhịp nhanh hay mất dao động nội tại.
- Nhịp giảm sớm không kèm tình trạng thiếu oxy, nhiễm toan hay Apgar xấu.

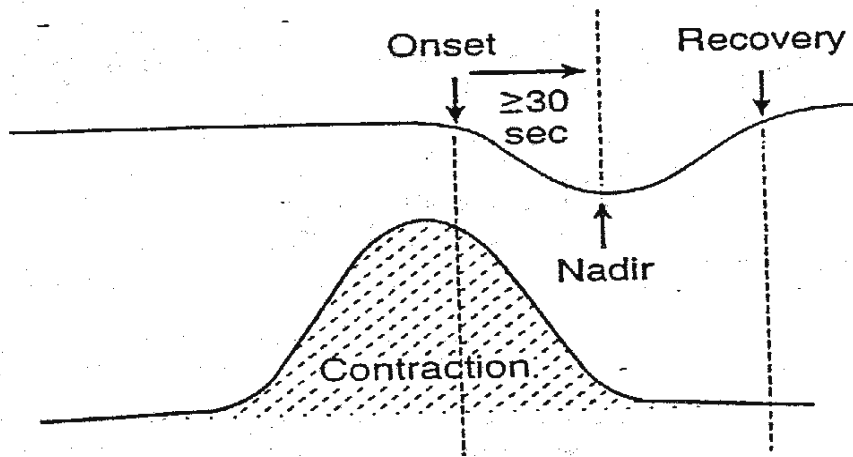
**Xử trí:**

Cho thai phụ thay đổi tư thế làm giảm tình trạng chèn ép đầu thai nhi.

**2. Nhịp giảm muộn:**

**2.1. Đặc điểm:**

- Là nhịp giảm đồng dạng
- Điểm thấp nhất của nhịp giảm xảy ra trên 30 giây sau khi khởi phát nhịp giảm.
- Điểm thấp nhất của nhịp tim thai sau đỉnh của cơn co  $\geq 15$  giây.
- Trở về nhịp TTCB sau khi cơn co đã kết thúc.
- Không có nhịp tăng trước và sau nhịp giảm.
- Nhịp tim thai hiếm khi giảm xuống quá 30- 40 nhịp/ phút dưới nhịp TTCB.
- Biên độ dao động thường tăng khi có nhịp giảm.



## 2.2. Nguyên nhân:

- Suy tuần hoàn nhau thai dẫn đến tình trạng thiếu oxy cung cấp cho thai. Giảm dòng máu đến tử cung thường gây ra nhịp giảm muộn hơn là sự trao đổi oxy kém.

- Giảm lưu lượng máu tử cung nhau:

- + Nhau bong non, cơn co cường tính
- + Tụt huyết áp ở tư thế nằm ngửa, sau gây tê tủy sống, gây tê ngoài màng cứng.
- + Bệnh lý bánh nhau: đái tháo đường, cao huyết áp, bệnh thận.

- Suy thai:

- + Thai chậm tăng trưởng trong tử cung
- + Non tháng
- + Bất đồng nhóm máu Rhesus

Nhịp giảm muộn thường kèm với tình trạng thiếu oxy, toan máu và tụt huyết áp.

Mức độ của thiếu oxy và sự xuất hiện nhịp giảm muộn liên quan với số cơn co, cường độ cơn co và thời gian gò.

Có sự liên quan giữa độ rộng của nhịp giảm muộn và mức độ thiếu oxy, nhưng không phải luôn luôn vậy.

Nhịp giảm muộn có thể kèm với mất dao động nội tại và/ hoặc tăng nhịp TTCB.

**Xử trí: Cải thiện tuần hoàn TC - nhau - thai:**

- Thay đổi tư thế
- Truyền dịch: lactacringer
- Thở oxy
- Ngưng Oxytocin (nếu có)
- Chuẩn bị lấy thai ra sớm (mổ hoặc sanh ngả âm đạo nếu đủ điều kiện)

## 3. Nhịp giảm bất định:

**Đặc điểm:**

- Nhịp giảm đột ngột không liên quan với cơn co.
- Hình dạng không hằng định.
- Thường có nhịp tăng đi trước và sau nhịp giảm (hình ảnh gù vai).

**Yếu tố tiên lượng của nhịp giảm bất định:**

- Nhịp tăng bù trừ
- Mức độ nhịp giảm
- Dao động nội tại
- Khả năng hồi phục

**Nguyên nhân:**

- Thiếu ối: thường bắt đầu khi có chuyển dạ hay vỡ ối
- Sự xuống của thai nhi: khi CTC mở 8- 10cm.
- Sa dây rốn
- Nguyên nhân hiếm gặp khác: dây rốn thắt nút, dây rốn ngắn, sa dây rốn ẩn.

**4. Nhịp giảm kéo dài****Đặc điểm:**

Nhịp giảm kéo dài  $\geq 2$  phút

Nhịp giảm kéo dài trên 4- 5 phút thường có nhịp nhanh sau đó và mất biên độ dao động.

**Nguyên nhân:**

Chèn ép dây rốn

Sa dây rốn ẩn

Tụt huyết áp ở tư thế nằm ngửa hay gây tê tủy sống. tê ngoài màng cứng

Cơn co cường tính: nhau bong non, sử dụng oxytocin

Mẹ thiếu oxy: co giật, suy hô hấp thứ phát sau tê tủy sống cao, sử dụng quá liều Magnesium Sulfate

**KẾT LUẬN**

Phân tích biểu đồ CTG theo đúng trình tự và đầy đủ, đặt trong một bối cảnh lâm sàng cụ thể, chính là lý giải một cách đúng đắn vấn đề lượng giá sức khỏe thai nhi trước và trong chuyển dạ.

# ĐIỀU TRỊ THÙNG TỬ CUNG KHI HÚT THAI – NẠO SINH THIẾT

## I. ĐỊNH NGHĨA:

Là tổn thương đến lớp cơ tử cung ± phúc mạc tử cung do đưa dụng cụ vào buồng tử trong khi làm thủ thuật hút thai, đặt hoặc lấy vòng, nạo sinh thiết...

## II. YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY THÙNG TỬ CUNG TRONG THỦ THUẬT:

1. Người làm thủ thuật thiếu kinh nghiệm
2. Tư thế tử cung quá gập (trước hay sau)
3. Tử cung có sẹo mổ cũ
3. Tử cung ở những người sau sanh hay mãn kinh
4. Các bệnh lý khác ở CTC và TC: hẹp CTC, ung thư thân TC

## III. CÁC HẬU QUẢ CHÍNH DO THÙNG TỬ CUNG:

### 1. Xuất huyết

### 2. Tổn thương các cơ quan ổ bụng: ruột, mạc nối... có thể dẫn đến viêm phúc mạc

Các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của những hậu quả trên do thủng tử cung trong thủ thuật:

- Kích thước lỗ thủng
- Vị trí lỗ thủng
- Các tổn thương các tạng xung quanh
- Thủng trên tử cung mang thai hay không mang thai
- Lòng tử cung sạch ở thời điểm thủng
- Thời điểm thủng được chẩn đoán

## VI. CHẨN ĐOÁN:

- Bệnh nhân đột ngột đau bụng dữ dội khi đang làm thủ thuật
- Khám:

- + Bệnh nhân hốt hoảng, da xanh niêm nhợt
- + Mạch nhanh, huyết áp tụt ( nếu có choáng )
- + Ấn đau vùng hạ bì và có thể có phản ứng phúc mạc hay dấu hiệu kích

thích phúc mạc

- + Đo buồng tử cung thấy thước đo lút sâu và không cảm giác chạm đáy TC
- + Hút hay gắp ra mạc nối lớn

## CLS

- Công thức máu, nhóm máu, Rh
- Định lượng Ferbinogen, pt%, Aptt
- Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluco,Creatinin
- Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- HIV,Giang mai, HbsAg
- Siêu âm kiểm tra.

## V. XỬ TRÍ:

Trong quá trình làm thủ thuật, nếu có nghi ngờ làm thủng tử cung:

1. Ngưng làm thủ thuật ngay lập tức

2. Hồi sức:

a. Xác định tổng trạng bệnh nhân: lấy mạch , huyết áp. Đánh giá tình trạng choáng

b. Lấy ngay đường truyền tĩnh mạch: Lactat Ringer hay Natri Chlorua 9%o 500 ml truyền TM XXXg/p

c. Dùng thuốc co hồi tử cung, kháng sinh và thuốc điều trị choáng ( nếu BN có choáng )

3. Hội chẩn

4. Hoàn tất hồ sơ bệnh án, ghi rõ diễn tiến thủ thuật

5. Tùy tình trạng có giải quyết phù hợp: chỉ định điều trị nội hay lên phòng Mổ để mổ thám sát hay vá lỗ thủng ( nếu có ) chỉ định điều trị ngoại khoa.

### Lưu ý:

Trong những trường hợp bệnh nhân có kèm choáng: nên điều trị choáng tích cực, và chỉ chuyển bệnh nhân khi tình trạng đã ổn định.

Khi bàn giao với khoa khác, phải rõ ràng, và cụ thể việc theo dõi bệnh nhân được chặt chẽ và sát sao hơn

**\*Chỉ định điều trị nội:** Thủng tử cung tại viện

- Thủng tử cung ở thì đo, nếu ở thì nong thì que nong không quá số 7

- Sau khi thủng phải đảm bảo buồng tử cung sạch ( mô nhau thai sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng )

- Phải theo dõi sát tại viện: Mạch, Huyết áp, nhiệt độ, tổng trạng và công thức bạch cầu mỗi ngày.

# HÚT THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG ĐẾN HẾT 12 TUẦN

Phá thai bằng phương pháp hút chân không là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách dùng bơm hút chân không để hút thai trong tử cung từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12

## 1. Chỉ định:

Phá thai từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12 (theo siêu âm).

## 2. Chống chỉ định:

Không có chống chỉ định tuyệt đối tuy nhiên cần thận trọng đối với trường hợp đang viêm cấp tính đường sinh dục cần được điều trị.

## CLS

- Công thức máu, nhóm máu, Rh
- Định lượng Ferbinogen, pt%, Aptt
- Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluko,Creatinin
- Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- HIV,Giang mai, HbsAg
- Siêu âm kiểm tra

## **Chú ý: Thận trọng trong những trường hợp sau:**

- + U xơ tử cung to.
- + Vết mổ ở tử cung.
- + Sau đẻ dưới 6 tháng.
- + Dị dạng đường sinh dục.
- + Các bệnh lý nội - ngoại khoa.

## 3. Qui trình kỹ thuật:

### 3.1. Chuẩn bị khách hàng:

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản khoa. Nếu có bệnh nội khoa (tim mạch, tăng huyết áp...), dị dạng đường sinh dục thì thực hiện thủ thuật này bởi người có kinh nghiệm và kỹ thuật chuyên môn cao, có thể thực hiện tại phòng mổ.
- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa xác định có thai và loại trừ các trường hợp cần trì hoãn.
- Siêu âm.

- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ).
- Thai từ 9 - 12 tuần nên chuẩn bị cổ tử cung bằng cách cho ngậm dưới lưỡi 400µg Misoprostol 3 giờ trước khi làm thủ thuật.

### **3.2. Qui trình kỹ thuật:**

- Cho uống thuốc giảm đau và kháng sinh 30 phút trước khi làm thủ thuật.
- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung.
- Thay găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông.
- Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.
- Kẹp cổ tử cung.
- Gây tê cạnh cổ tử cung.
- Đo buồng tử cung bằng ống hút.
- Nong cổ tử cung (nếu cần).
- Hút thai.
- Kiểm tra chất hút.
- Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành.
- Có thể đặt DCTC ngay sau khi hút thai nếu đảm bảo buồng tử cung sạch, không có chống chỉ định và khách hàng lựa chọn biện pháp này.
- Xử lý dụng cụ và chất thải.

### **4. Theo dõi và chăm sóc:**

#### **4.1. Ngay sau thủ thuật:**

- Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật.
- Kê đơn kháng sinh.
- Tư vấn sau thủ thuật.
- Hẹn khám lại sau 2 tuần.

#### **4.2. Khám lại sau 2 tuần:**

Đánh giá hiệu quả điều trị bằng khám lâm sàng và siêu âm:

- Sảy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.
- Sốt nhau: có thể tiếp tục dùng Misoprostol liều 400 µg x 2 lần trong ngày trong 3 ngày (uống hay ngậm dưới lưỡi) hoặc hút buồng tử cung ngay.
- Sốt thai, thai lưu: hút buồng tử cung.
- Thai tiếp tục phát triển: tùy tuổi thai mà tư vấn biện pháp phá thai thích hợp .

- Ứ máu trong buồng tử cung: hút sạch buồng tử cung hoặc điều trị nội khoa khi không có nhiễm khuẩn và lượng máu ít.

#### 4. Tai biến và xử trí

4.1. *Tai biến sớm*: choáng, chảy máu, thủng tử cung, rách cổ tử cung.

4.2. *Tai biến muộn*: nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau, dính buồng tử cung.

##### ✚ Cách xử trí một số tai biến:

##### - Chảy máu nhiều:

*Xử trí*: cho bệnh nhân nhập viện

+ Khi không ảnh hưởng đến tổng trạng:

Nếu thấy sẩy thai đang tiến triển, nhau thập thò ở cổ tử cung thì tiến hành hút hay nạo gấp buồng tử cung lấy thai ra và dùng thuốc tăng co hồi tử cung: Oxytocin, Misoprostol...

Nếu ứ dịch lòng tử cung nhiều thì hút buồng tử cung cầm máu.

+ Khi ảnh hưởng tổng trạng: vừa hồi sức tích cực vừa thực hiện thủ thuật trên.

##### - Rong huyết kéo dài, mệt mỏi, có triệu chứng mất máu cấp:

+ Khám và siêu âm kiểm tra.

+ Khi không ảnh hưởng tổng trạng: hút kiểm tra nếu nghi ngờ còn tổ chức nhau.

+ Khi có ảnh hưởng tổng trạng: nhập viện.

##### - Nhiễm khuẩn: rất hiếm xảy ra

Triệu chứng: sốt/ ớn lạnh, dịch tử cung có mùi hôi, đau bụng hay vùng chậu, ra máu âm đạo kéo dài hoặc thấm giọt, tử cung di động đau. Xét nghiệm: BC, CRP tăng.

*Xử trí*: Nếu sót nhau: hút lại.

Kháng sinh: kháng sinh phổ rộng



## KHÁM THAI

### Lịch khám thai

- 3 tháng đầu ( tính từ ngày đầu kinh cuối đến 13 tuần 6 ngày).
  - + Khám lần đầu: sau trễ kinh 2-3 tuần.
  - + Khám lần 2: lúc thai 11-13 tuần 6 ngày để đo độ mờ da gáy.
- 3 tháng giữa ( tính từ tuần 14 đến 28 tuần 6 ngày): 1 tháng khám 1 lần.
- 3 tháng cuối: (tính từ tuần 29 đến tuần 40) tái khám
  - +Tuần 29-32 : khám 1 lần
  - + Tuần 33-35 : 2 tuần khám 1 lần
  - + Tuần 36-40 : 1 tuần khám 1 lần

### Lưu ý:

- Lịch khám thai sẽ thay đổi khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, ra nước, ra huyết..)
- Hướng dẫn thai phụ về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và chích ngừa uốn ván rốn.
- Bổ sung sắt, canxi và các vi chất khác
  - + Cung cấp sắt và acid folic suốt thai kỳ.
  - + Sắt 30-60mg/ ngày uống lúc bụng đói
  - + Acid folic 400mcg - 1000mcg/ ngày.
  - + Cung cấp Canxi 1000mg – 1500mg / ngày.

### I. Khám thai trong 3 tháng đầu ( Từ khi có thai đến 13 tuần 6 ngày )

#### Mục đích

- Xác định có thai – tình trạng thai.
- Xác định tuổi thai- tính ngày dự sinh.
- Đánh giá sức khỏe của mẹ: bệnh lý nội, ngoại khoa và thai ngén.

Các việc phải làm

#### 1. Hỏi bệnh

- Tiền căn bản thân
  - + Sản – phụ khoa, PARA
  - + Nội – ngoại khoa.
- Tiền căn gia đình
- Về lần mang thai này.

2. Khám tổng quát: cân nặng – mạch, huyết áp – tim phổi.

3. Khám sản khoa: khám âm đạo, đo bề cao tử cung, đặt mỏ vịt lần khám đầu tiên.

4. Cận lâm sàng

- Máu ( Khi xác định có tim thai qua siêu âm).

+ Huyết đồ. HbsAg, VDRL, HIV, đường huyết khi đói.

+ Nhóm máu, Rhesus.

+ Rubella: IgG. ( với tiền sử sẩy thai liên tiếp thử thêm: CMV, Toxoplasmosis).

+ Double test : sau khi đo độ mờ da gáy ( thai 12 tuần ).

- Nước tiểu : 10 thông số.

- Siêu âm ( lần 1 ): bắt buộc để xác định

+ Tuổi thai.

+ Thai trong hay ngoài tử cung.

+ Tình trạng thai: Thai trứng, đa thai, dọa sẩy thai, thai lưu...

- Siêu âm đo độ mờ da gáy ( thai 12 tuần ).

Tiêm VAT : 2 lần cách nhau 1 tháng

Lịch tiêm VAT/ thai phụ

- VAT 1; càng sớm càng tốt.

- VAT 2: cách VAT 1 tối thiểu 1 tháng (  $\geq 30$  ngày) và trước sinh 1 tháng.

- VAT 3: ở thai kỳ sau, cách VAT 2 tối thiểu 6 tháng (  $\geq 180$  ngày).

- VAT 4: ở thai kỳ sau, cách VAT 3 tối thiểu 1 năm.

- VAT 5: Ở thai kỳ sau, cách VAT 4 tối thiểu 1 năm .

- tiêm phòng VAT 2 mũi cho những thai phụ chưa tiêm ngừa lần nào hoặc từ bé có tiêm chủng bạch hầu, ho gà, uốn ván.

- Với những phụ nữ đã tiêm đủ 5 mũi VAT, nếu mũi tiêm cuối cùng  $> 10$  năm, thì cần nhắc lại 1 mũi

## **II. Khám thai trong 3 tháng giữa ( Từ 15-28 tuần)**

### **CÁC VIỆC CẦN LÀM**

1. Theo dõi sự phát triển của thai: trọng lượng mẹ, bề cao tử cung, nghe tim thai.

2. Phát hiện những bất thường của thai kỳ: đa ối, đa thai, nhau tiền đạo, tiền sản giật...

3. Khám tiền sản cho những thai phụ có nguy cơ cao hoặc siêu âm phát hiện bất thường.

4. Phát hiện các bất thường của mẹ:

- + Hở eo tử cung: Dựa vào tiền căn, lâm sàng và siêu âm.
- + Tiền sản giật: HA cao, Protein niệu.
- + Dọa sẩy thai to hoặc dọa sinh non.

5. Hướng dẫn về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và chích ngừa uốn ván rốn.

6. hướng dẫn các sản phụ tham dự lớp “Chăm sóc sức khỏe bà mẹ” ( phòng tư vấn bệnh viện sản , trước phòng khám sản)

### **CẬN LÂM SÀNG**

1. Nghiệm pháp dung nạp đường ở tuổi thai từ 24-28 tuần tầm soát đái tháo đường thai kỳ.

( Chỉ định: béo phì, tăng cân nhanh, gia đình trực hệ đái tháo đường, tiền căn bản thân: sinh con to, thai dị tật hoặc thai lưu lớn không rõ nguyên nhân, đường niệu (+), đường huyết lúc đói > 109mg/dL).

2. Triple test: thực hiện ở tuổi thai 14-21 tuần, đối với những trường hợp chưa thực hiện sàng lọc trong 3 tháng đầu thai kỳ.

3. Tổng phân tích nước tiểu (mỗi lần khám)

4. Siêu âm: Siêu âm hình thái học (hoặc 3D, 4D) tối thiểu 1 lần ở tuổi thai 20-25 tuần khảo sát hình thái thai nhi, tuổi thai, sự phát triển thai, nhau, ối.

### **III. Khám thai vào 3 tháng cuối ( Từ 29-40 tuần)**

#### **CÁC VIỆC CẦN LÀM**

1. Ngoài những lần khám tương tự 3 tháng giữa thai kỳ, từ tuần 36 trở đi cần xác định thêm

- Ngôi thai
- Ước lượng cân thai.
- Khung chậu
- Tiên lượng sinh thường hay sinh khó

2. Hướng dẫn sản phụ

- Đếm cử động thai

Lưu ý các triệu chứng bất thường

- Ra huyết âm đạo.
- Ra nước ối
- Đau bụng từng cơn
- Phù, nhức đầu, chóng mặt.
- Chuẩn bị đồ đạc cho mẹ và trẻ sơ sinh khi đi sinh

3. Tư vấn thai phụ phù hợp với tình trạng thai.

4. Phân loại thai kỳ nguy cơ cao.

### **CẬN LÂM SÀNG**

1. Tổng phân tích nước tiểu ( mỗi lần khám).

2. siêu âm

- Siêu âm tối thiểu 1 lần lúc thai 32 tuần để xác định ngôi thai, lượng ối, vị trí nhau, đánh giá sự phát triển thai nhi. Có thể lặp lại mỗi 4 tuần.

- Siêu âm màu (thai  $\geq$  28 tuần) khi nghi ngờ thai chậm phát triển: mẹ tăng cân chậm, BCTC không tăng, các số đo sinh học thai nhi không tăng sau 2 tuần, mẹ cao huyết áp có thể lặp lại sau mỗi 2 tuần

3. Non stress test : thực hiện khi có chỉ định:

4. Quang kích chậu: khám khung chậu nghi ngờ.

5. MRI khi có chỉ định

### **Một số lưu ý chung**

1. Sau mỗi lần khám đều phải có chẩn đoán rõ ràng

2. Có thể siêu âm nhiều lần hơn nếu cần

3. Những XN chuyên biệt được chỉ định theo y lệnh BS: bệnh tim, bệnh thận, tuyến giáp.

4. Khâu eo tử cung: từ 14-18 tuần

5. Hội chẩn viện đối với những trường hợp có u buồng trứng ( tuổi thai 15 tuần trở lên, siêu âm màu, có các XN AFP,  $\beta$  HCG, và CA 125)

# PHÁ THAI BẰNG THUỐC TỪ TUẦN 13 ĐẾN HẾT TUẦN 22

Sử dụng Misoprostol đơn thuần hoặc sử dụng Mifepriston kết hợp với Misoprostol để phá thai từ tuần 13 đến hết tuần 22.

**Điều kiện áp dụng:** *Thực hiện tại bệnh viện.*

## 1. Chỉ định:

Thai từ tuần thứ 13 (tương đương với chiều dài đầu mông 52 mm) đến hết tuần thứ 22 (tương đương với đường kính lưỡng đỉnh 52 mm).

## 2. Chống chỉ định:

### 2.1. Tuyệt đối:

- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tiểu đường, tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch và tiền sử tắc mạch.
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu (nặng và trung bình).
- Dị ứng Mifepriston hay Misoprostol.
- Có sẹo mổ ở tử cung.

### 2.2. Tương đối.

- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần được điều trị).
- Dị dạng sinh dục.
- Cận lâm sàng

## CLS

- Công thức máu, nhóm máu, Rh
- Định lượng Ferbinogen, pt%, Aptt
- Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluco,Creatinin
- Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- HIV, Giang mai, HbsAg
- Siêu âm kiểm tra

### **3. Qui trình kỹ thuật:**

#### **3.1. Chuẩn bị khách hàng :**

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản phụ khoa và các bệnh LTQĐTD.
- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa loại trừ chống chỉ định.
- Siêu âm để xác định tuổi thai.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, đông máu cơ bản hoặc máu chảy, máu đông.
- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hay mẹ hoặc người giám hộ).

#### **4.2. Tư vấn:**

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Các nguy cơ, tai biến và biến chứng có thể xảy ra khi phá thai.
- Các phương pháp phá thai phù hợp với tuổi thai hiện có: phá thai bằng thuốc, nong- nạo gấp thai.
- Qui trình phá thai bằng thuốc.
- Tự theo dõi và chăm sóc sau phá thai.
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay.
- Khả năng có thai lại sau phá thai. Các dấu hiệu thai nghén sớm để nhận biết để tránh phá thai.
- Thông tin về các BPTT, hướng dẫn chọn lựa BPTT thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.
- Trả lời những câu hỏi của khách hàng và giải quyết những vấn đề lo lắng.
- Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

#### **4.3. Thực hiện phá thai:**

##### *4.3.1. Các phác đồ sử dụng thuốc:*

##### **Phác đồ Misoprostol đơn thuần.**

- Đặt vào túi cùng sau âm đạo 200 µg Misoprostol.

+Cứ 6 giờ  
dùng 1 viên cho  
thai từ 18 tuần  
trở lên (không  
quá 3 lần/ngày).

+Cứ 4 giờ  
dùng 1 viên cho  
thai dưới 18 tuần  
(không quá 5  
lần/ngày).

- Nếu không thành công, có thể dùng thêm Misoprostol với liều tương tự ở các ngày tiếp theo. Tổng số ngày sử dụng Misoprostol không quá 3 ngày liên tục (một đợt dùng thuốc).

- Nếu không thành công sau một đợt dùng thuốc thì dùng lại đợt thứ hai sau một tuần.

#### **Phác đồ kết hợp Mifepriston và Misoprostol.**

- Uống 200mg Mifepriston.

- Sau khi dùng Mifepriston từ 36 đến 48 giờ, đặt túi cùng sau âm đạo 200µg Misoprostol:

+Cứ 6 giờ  
dùng 1 viên cho  
thai từ 18 tuần  
trở lên (không  
quá 3 lần/ngày).

+Cứ 4 giờ  
dùng 1 viên cho  
thai dưới 18 tuần  
(không quá 5  
lần/ngày).

- Nếu không thành công, có thể dùng thêm Misoprostol với liều tương tự ở các ngày tiếp theo. Tổng số ngày sử dụng Misoprostol không quá 3 ngày liên tục (một đợt dùng thuốc).

- Nếu không thành công sau một đợt dùng thuốc thì dùng lại đợt thứ hai sau một tuần.

#### **4.3.2. Chăm sóc trong thủ thuật.**

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng (cơn co tử cung) cứ 4 giờ/lần, khi bắt đầu có cơn co tử cung mạnh cứ 2 giờ/lần.

- Thăm âm đạo đánh giá cổ tử cung trước mỗi lần dùng thuốc.

- Cho uống thuốc giảm đau.

- Sau khi sẩy thai và rau: dùng thuốc tăng co tử cung. **Chỉ định kiểm soát tử cung bằng dụng cụ (nếu cần).** Cho uống kháng sinh trước khi kiểm soát tử cung.

#### **4.4. Tai biến và xử trí.**

- Tai biến: chảy máu, rách cổ tử cung, sót rau, vỡ tử cung, choáng, nhiễm khuẩn.

- Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến.

#### **4.5. Theo dõi và chăm sóc.**

- Sau khi thai ra, theo dõi ra máu âm đạo, co hồi tử cung trong vòng 4 giờ.
- Kháng sinh.
- Tư vấn sau thủ thuật.
- Hẹn khám lại sau 2 tuần: khám lâm sàng và siêu âm.



# PHÁ THAI NỘI KHOA ĐẾN HẾT TUẦN THỨ 9

Là phương pháp chấm dứt thai kỳ trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp Mifepriston và Misoprostol gây sẩy thai đối với các thai đến hết 9 tuần (63 ngày) kể từ ngày đầu kỳ kinh cuối.

## **Điều kiện áp dụng:**

Khách hàng cần ở gần Bệnh viện (khoảng cách từ nơi ở đến Bệnh viện không quá 60 phút đường xe).

### **1. Chỉ định:**

Thai trong tử cung với tuổi thai đến hết 9 tuần (theo siêu âm).

### **2. Chống chỉ định:**

#### 2.1. Tuyệt đối:

- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Điều trị Corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch hoặc có tiền sử tắc mạch.
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu nặng.
- Dị ứng Mifepriston hay Misoprostol.

#### 2.2. Tương đối:

- Đang cho con bú.
- Đang đặt dụng cụ tử cung (có thể lấy DCTC trước phá thai bằng thuốc).
- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần được điều trị).

## **CLS**

- Công thức máu, nhóm máu, Rh
- Định lượng Ferbinogen, pt%, Aptt
- Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluco,Creatinin
- Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- HIV,Giang mai, HbsAg
- Siêu âm kiểm tra

### **3. Qui trình kỹ thuật**

#### **3.1. Thai đến hết 49 ngày:**

- Uống 200 mg Mifepriston tại cơ sở y tế và theo dõi sau uống 15 phút.

- Uống hoặc ngậm dưới lưỡi 400 mcg Misoprostol sau khi dùng Mifepriston từ 36 đến 48 giờ, có thể uống tại cơ sở y tế hay tại nhà.

#### **3.2. Thai từ 50 đến hết 63 ngày:**

- Uống 200 mg Mifepriston.

- Ngậm dưới lưỡi 800 mcg Misoprostol (nếu khách hàng nôn nhiều có thể đặt túi cùng sau) sau khi dùng Mifepriston từ 36 đến 48 giờ tại bệnh viện.

### **4. Theo dõi và chăm sóc:**

#### **4.1. Theo dõi trong những giờ đầu sau uống thuốc:**

- Dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ một lần trong 3 giờ đầu (nếu cần).

- Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng (có thể dùng thuốc giảm đau nếu cần) và các triệu chứng tác dụng phụ: nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt.

#### **5.2. Khám lại sau 2 tuần: *Đánh giá hiệu quả điều trị:***

- Sẩy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.

- Sốt nhau: có thể tiếp tục dùng Misoprostol liều 400 mcg 2 lần trong ngày trong 3 ngày (uống hay ngậm dưới lưỡi) hoặc hút buồng tử cung ngay.

- Sốt thai, thai lưu: hút buồng tử cung.

- Thai tiếp tục phát triển: có thể hút thai hoặc tiếp tục phá thai bằng thuốc nếu khách hàng mong muốn.

- Ứ máu trong buồng tử cung: hút sạch buồng tử cung hoặc điều trị nội khoa khi không có nhiễm khuẩn và lượng máu ít.

### **5. Tai biến và xử trí**

Tai biến: chảy máu nhiều, rong huyết kéo dài, nhiễm khuẩn, sốt thai, sốt rau.

## Sơ đồ

### Quy trình phá thai nội khoa dưới 9 tuần

**Ngày 1:** Uống 200mg Mifepristone



**36-48 giờ sau**

- *Thai dưới 7 tuần:* Uống hay ngậm dưới lưỡi 2 viên Misoprostol (400µg) tại nhà.
- *Thai từ 7 đến 9 tuần:* Uống hay ngậm dưới lưỡi 4 viên Misoprostol (800µg) tại bệnh viện



**Tái khám sau 14 ngày**



- Sảy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.
- Sốt nhau: có thể tiếp tục dùng Misoprostol liều 400 mcg 2 lần trong ngày trong 3 ngày (uống hay ngậm dưới lưỡi) hoặc hút buồng tử cung ngay.
- Sốt thai, thai lưu: hút buồng tử cung.
- Thai tiếp tục phát triển: có thể hút thai hoặc tiếp tục phá thai bằng thuốc nếu khách hàng mong muốn.
- Ứ máu trong buồng tử cung: hút sạch buồng tử cung hoặc điều trị nội khoa khi không có nhiễm khuẩn và lượng máu ít.

# PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ THAI PHỤ RHESUS ÂM

**Một thai kỳ với mẹ Rhesus âm cần chuẩn bị phòng cho:**

- Bệnh lý tán huyết ở thai kỳ sau.
- Tình trạng BHSS có truyền máu cho mẹ ở lần sinh này.
- Tình trạng tán huyết bé sau sanh.

**I. Tiêm phòng Anti-D Immunoglobulin dự phòng bệnh lý tán huyết cho kỳ thai sau:**

**1. Thai phụ đến khám thai lần đầu tiên cần thử nhóm máu và hệ Rhesus.**

- Đối với những thai phụ có Rhesus âm:
  - + Xét nghiệm yếu tố Rh cho người chồng ( bố của bé ). Nếu chồng cũng Rh âm thì không cần tiêm Anti-D.
  - + Nếu chồng Rh dương hay không xác định được nhóm máu của chồng thì thai phụ cần được XN kháng thể Anti-D.
- Xét nghiệm tìm kháng thể Anti-D: khoảng tuần lễ thứ: 20 – 28
- Có Anti-D: Sau sinh bé cần được gọi dưỡng nhi để đề phòng thiếu máu tán huyết cho bé và thai phụ cần được theo dõi sát thai kỳ.
- Nếu thai phụ có Rh âm không có kháng thể Anti-D nên được dự phòng Anti-D Immunoglobulin.

**2. Đối với những thai phụ có Rhesus âm mang thai lần đầu thuộc đối tượng tiêm Anti-D ( chống Rh dương hoặc thai phụ không có kháng thể Anti-D ):**

- Trước tuần lễ 28 thai kỳ không xử trí gì khác ngoài việc khám thai theo quy trình. Chỉ tiêm Anti-D Immunoglobulin trong những trường hợp có nguy cơ truyền máu thai nhi-mẹ như sau:
  - + Kết thúc thai kỳ: Nội hay ngoại khoa.
  - + Thai ngoài tử cung.
  - + Hút nạo buồng tử cung sau sẩy thai.
  - + Sẩy thai sau 12 tuần ( đối với sẩy thai tự phát trước 12 tuần không kèm theo hút nạo thì không cần sử dụng Anti-D ).
  - + Thai chết trong tử cung.
  - + Dọa sẩy thai sau 12 tuần.
  - + Thủ thuật xâm lấn trước sinh như chọc ối, CVS, lấy mẫu máu thai.
  - + Xuất huyết trước chuyển dạ...

- + Chấn thương bụng kín.
  - Tiêm một mũi Anti-D trong vòng 72 giờ sau sự kiện xảy ra.
- Đối với những trường hợp thai kỳ tiến triển tiếp tục thì cần tiêm nhắc lại mỗi 6 tuần 1 mũi Anti-D 1g cho đến sau sanh, mũi cuối cùng tiêm trong vòng 72 giờ sau sanh.
- + Tuần 28 thai kỳ: tiêm 1 liều Anti-D 1g
  - + 34 tuần nhắc lại
  - + Trong vòng 72 giờ sau sinh nhắc lại ( sau khi lấy máu XN kleihauer )
  - Tiêm trong trường hợp mẹ truyền máu có Rh dương trong 72 giờ được truyền máu.
  - Liều: tiêm bắp ( cơ Delta ) 1000 – 1250 UI ( 200 – 250 mg ) Anti-D 1g mỗi lần tiêm.

## **II. Dự phòng cho mẹ trong cuộc sinh, chuẩn bị máu hiếm:**

- Trong cuộc chuyển dạ không thể lường trước được tai biến có thể xảy ra hay không nếu BHSS việc truyền máu khác nhóm (truyền máu Rhesus dương cho người Rhesus âm ) sẽ gây nguy hiểm. Vì vậy việc chuẩn bị máu cùng nhóm và cùng yếu tố Rhesus là điều cần thiết.
- Tư vấn thai phụ về nguy cơ BHSS và việc truyền máu khác nhóm.
- Cho thai phụ nhập viện trước ngày dự sanh là 10 ngày để chuẩn bị máu hiếm 2 đơn vị, nếu không sự dụng cũng sẽ không được hoàn trả tiền máu.

## **III. Chuẩn bị cho bé sau sanh:**

- Ngay sau sanh: lấy máu rốn của thai nhi ( từ những bà mẹ có Rhesus âm ) làm những xét nghiệm: nhóm máu ABO-Rh, định lượng Hb, bilirubin và test combs của bé.
- Bé cần được gọi dưỡng nhi để đề phòng theo dõi tình trạng thiếu máu tán huyết.

# VIÊM ĐƯỜNG SINH DỤC

## I. VIÊM ĐƯỜNG SINH DỤC DO THIẾU NỘI TIẾT

Thường là do thiếu estrogen ở phụ nữ tuổi mãn kinh làm cho niêm mạc âm đạo bị mất lớp bề mặt và trung gian trở nên rất mỏng , dễ tổn thương và nhiễm trùng .

### 1. Triệu chứng :

- Thường là viêm không đặc hiệu , khí hư ít , có mũ có thể lẫn máu .
- Cảm giác đau trần , tức hạ vị , nóng rát âm hộ , âm đạo .
- Niêm mạc âm đạo nhợt nhạt , có thể viêm đỏ với nhiều chấm xuất huyết đỏ  
Đau âm hộ , âm đạo khi thăm khám.
- Có những rối loạn về đường tiểu như tiểu lắt nhắt tiểu buốt .
- Soi tươi dịch âm đạo thấy tế bào trung gian .

### CLS:

- estradiol
- proreline
- soi cổ tử cung
- phết tế bào âm đạo
- soi tươi khí hư

### 2. Điều trị :

- Cream estrogen bôi âm đạo , hoặc
  - Estriol đặt âm đạo ( 0,5 mg 1 viên / đêm × 20 đêm)
  - Cream Promestriene bôi âm hộ , âm đạo: 1 lần / ngày × 2 tuần
- Nếu có bội nhiễm sử dụng kháng sinh thích hợp .

## II. VIÊM ĐƯỜNG SINH DỤC DO HẠ CAM

Bệnh hạ cam là một BLQĐSD do vi khuẩn Haemophilus , là vi khuẩn gram âm , yếm khí , ưa máu

### 1. Chẩn đoán : dựa vào lâm sàng và CLS

#### 1.1. Triệu chứng :

- Tổn thương là vết loét mềm ở sinh dục xuất hiện 3-5 ngày sau khi lây bệnh .
- Trái với giang mai loét không đau và tự lành sau một thời gian , bệnh hạ cam các vết loét tồn tại nhiều tháng .
- Săng là một sản phẩm bao quanh bằng hồng ban . Sau đó sản phẩm vỡ rồi vỡ ra thành vết loét tròn , kích thước 1-2 cm . Bờ vết loét rất rõ , bờ có thể tróc Bờ đôi với 2

viên : trong vàng , ngoài đỏ . Bề mặt vết loét có mũ màu vàng . Nếu rửa sạch mũ sẽ thấy đáy không bằng phẳng , lõm chồm , có những chồi thịt. Săng nằm trên vùng da phù nề mềm , đau nên gọi là hạ cam mềm .

- Hạch : được coi là biến chứng của bệnh . Gặp 50 % trường hợp . Hạch một bên bẹn sưng to , đỏ và đau . Ít gặp ở nữ .
- Vết loét thường thấy ở môi lớn , môi nhỏ , âm vật , tiền đình âm đạo . Vết loét trong âm đạo không đau mà chỉ có mũ chảy ra .

#### 1.2. Xét nghiệm :

- Nhuộm gram hoặc giêm sa : trực khuẩn gam âm , ngắn xếp thành chuỗi song song như đàn cá bơi hoặc dải dài như đường tàu .
- Nuôi cấy khó khăn .
- Cần chẩn đoán phân biệt với bệnh giang mai và Herpes sinh dục .

**2. Điều trị :** chuyển điều trị theo chuyên khoa

### III. VIÊM ĐƯỜNG SINH DỤC DO HERPES

#### **Tác nhân :**

- Herpes simples virus ( HSV ) type 2 , đôi khi có kèm type 1 .
- HSV có ái lực với tổ chức da niêm mạc sinh dục , chui vào hạch bạch huyết vùng chậu , ẩn nấp trong đó và gây tác dụng lâu dài . Thời gian ủ bệnh : 3 – 5 ngày .

**1. Chẩn đoán :** dựa vào triệu chứng lâm sàng là chính , XN CLS ít thực hiện

Triệu chứng :

- Nhiễm HSV lần đầu tiên có thể có tổn thương tại chỗ và toàn thân ( vùng sinh dục , hậu môn , môi lưỡi họng ...).
- Sang thương là những bóng nước , nổi lên từng đốm sau đó vỡ ra thành một vết loét rộng , nông , đau đớn kéo dài 2 – 3 tuần .
- Khí hư đục như mũ .
- Hạch bẹn ( + ) , một hoặc 2 bên đau .
- Sốt , đau cơ .
- Những đợt tái phát : giống tổn thương ban đầu nhưng ngắn hơn , ít triệu chứng toàn thân thường xuất hiện sau tình trạng stress .

Cận lâm sàng :

- Cấy virus .
- Thể vùi trong tế bào ( phết tế bào ) .
- Kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang ( mẫu ở đáy vết loét ) .
- Phản ứng huyết thanh : tăng gấp 4 lần ( 2 – 3 tuần )

2. **Điều trị** : Giai đoạn cấp và tái phát , dùng một trong các thuốc sau :

- Acyclovir ( Zovirax ) 400 mg

uống 3 lần / ngày × 7 ngày ( lần đầu ) , × 5 ngày ( tái phát )

- Acyclovir 200 mg

uống 5 lần / ngày × 7 ngày ( lần đầu ) , × 5 ngày ( tái phát )

- Famcyclovir 250 mg uống 3 lần / ngày × 7 ngày ( lần đầu ) , × 5 ngày ( tái phát )

- Valacyclovir 1g uống 2 lần / ngày × 7 ngày ( lần đầu ) , × 5 ngày ( tái phát )

- Kháng sinh chống bội nhiễm .

- Giảm đau , vệ sinh tại chỗ .

**Lưu ý** :

- Các thuốc điều trị Herpes hiện nay không có khả năng diệt virus mà chỉ làm giảm triệu chứng bệnh và giảm thời gian bị bệnh .

- Người bệnh có nguy cơ nhiễm HIV rất cao cho thai nhi ( đặc biệt trong giai đoạn chuyển dạ )

- Khả năng lây cho bạn tình là rất cao trong suốt cuộc đời nên tư vấn phòng lây nhiễm ( an toàn tình dục , sử dụng bao cao su đúng cách và thường xuyên ) là rất quan trọng .

- Không điều trị trong 3 tháng đầu thai kỳ .

- Khi thai đủ trưởng thành nên mổ lấy thai , không nên sinh ngã âm đạo nhằm tránh nguy cơ lây nhiễm cho con

#### IV. VIÊM ĐƯỜNG SINH DỤC DO LỘ TUYẾN

1. Triệu chứng : thường ít triệu chứng

- Khí hư do các tác nhân gây viêm âm đạo đặc hiệu . Ngoài ra khí hư nhiều còn do các tế bào tuyến luân tiết chất nhầy là triệu chứng người bệnh thường than phiền.

- Ra huyết thường hiếm gặp , khi bị viêm nhiễm nặng , sau giao hợp .

2. Chẩn đoán :

**Lộ tuyến** :

- Niêm mạc tuyến cổ trong lan ra cổ ngoài cổ tử cung ( khi khép 1 phần mở vệt vẫn còn thấy tế bào tuyến )

- Lộ tuyến bẩm sinh : gặp ở bé gái hay phụ nữ trẻ tuổi .

- Lộ tuyến mắc phải : do viêm nhiễm , chấn thương , nội tiết .

**Lộn tuyến** :

#### V. VIÊM ĐƯỜNG SINH DỤC DO NẤM



- 75% phụ nữ bị viêm âm đạo do nấm 1 lần trong đời
- 45 % phụ nữ bị viêm âm đạo , âm hộ do nấm  $\geq 2$  lần / năm

▪ **Nguyên nhân** : nấm Candida Albicans

▪ **Yếu tố thuận lợi** :

- Dùng kháng sinh phổ rộng , kéo dài .
- Gia tăng glycogen âm đạo : thai kỳ , tiểu đường , thuốc ngừa thai chứa estrogen liều cao.
- Suy giảm miễn dịch .
- Môi trường âm đạo ẩm , ướt .

1. Triệu chứng :

- Ngứa âm hộ , âm đạo .
- Đôi khi có cảm giác nóng , tiểu rát , giao hợp đau.
- Âm hộ và niêm mạc âm đạo viêm đỏ .
- Huyết trắng đục , đặc , lợn cợn thành mảng giống như sữa đông , vôi vữa .

2. Chẩn đoán :

- PH âm đạo  $\leq 4,5$  .
- Soi tươi có sợi tơ nấm hoặc bào tử nấm

3. Điều trị:

3.1. Điều trị cho người độc thân :

-Thuốc uống đặc trị :

- Fluconazol : 150 mg uống 1 liều duy nhất hoặc :
- Itraconazole : 200mg (u) / ngày  $\times 3$  ngày , hoặc :
- Nystatin : 500000 UI : 2v (u)  $\times 2$  lần / ngày  $\times 7$  ngày

-Thuốc bôi âm hộ : khi có viêm âm hộ bôi Ketoconazole

-Thuốc rửa âm hộ : Dung dịch Bicarbonat

3.2. Điều trị cho người có gia đình: ( Thuốc uống , đặt âm đạo , thoa ngoài da )

- Nystatin 100.000 đv đặt âm đạo 1 viên / ngày  $\times 14$  ngày , hoặc
- Miconazol hay clotrimazol 100 mg đặt âm đạo 1 lần / ngày  $\times 6$  ngày , hoặc
- Miconazol hay clotrimazol 200 mg đặt âm đạo 1 lần / ngày  $\times 3$  ngày , hoặc
- Clotrimazol 500 mg đặt âm đạo 1 viên duy nhất , hoặc
- Fluconazol 150 mg uống 1 viên duy nhất .
- Bôi thuốc kháng nấm ngoài da (vùng âm hộ) 7 ngày

### ✚ **Chú ý :**

Chỉ điều trị cho người bạn tình khi:

- Có triệu chứng viêm ngứa quy đầu.
- Có nấm trong nước tiểu.
- Trường hợp người phụ nữ bị tái phát nhiều lần.
- Sử dụng thuốc đặt khi bệnh nhân có than phiền về triệu chứng tại chỗ

## VI. VIÊM ĐƯỜNG SINH DỤC DO TRICHOMONAS VAGINALIS

Là một loại trùng roi lây qua giao hợp.

### 1. Triệu chứng:

- Huyết trắng nhiều , màu vàng hay xanh lờng có bọt có mùi tanh.
- Có thể ngứa, tiểu rát.
- Trường hợp nặng: có dấu hiệu trái dâu tây: âm đạo và cổ tử cung có những điểm xuất huyết nhỏ lấm tấm.

### 2. Chẩn đoán :

- PH  $\geq$  4,5 .
- Soi tươi : trùng roi di động và nhiều bạch cầu.

### 3. Điều trị :

- Metronidazol 2g uống 1 liều duy nhất , hoặc
- Metronidazol 500 mg  $\times$ 2 lần / ngày  $\times$ 7 ngày
- Thuốc rửa âm hộ: hỗn hợp acid Boric và đồng.

### ✚ **Chú ý :** luôn luôn điều trị cả bạn tình

- Metronidazol 2 g uống 1 liều duy nhất.
- Không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ.
- Sử dụng thuốc đặt khi bệnh nhân có than phiền về triệu chứng tại chỗ.
- Sau đợt điều trị hẹn bệnh nhân tái khám và XN lại huyết trắng

## VII. VIÊM ĐƯỜNG SINH DỤC DO GIANG MAI

- ✚ Là bệnh lây qua đường tình dục, đứng thứ 2 sau AIDS.
- ✚ Do xoắn khuẩn: Treponema pallium.
- ✚ Sau khi bị nhiễm, bệnh trở thành một bệnh toàn thân và vi khuẩn có thể qua nhau lây cho con.

- 1. Lâm sàng:** Thời gian ủ bệnh 2-3 tuần lễ , xuất hiện 1 vết sẩn đỏ 0,5-2 cm, bị loét vài ngày sau tạo thành săng giang mai.
  - Dựa vào đặc tính của săng giang mai, vị trí săng thường ở âm hộ, âm đạo, CTC.

### **6 đặc tính Săng giang mai theo Alfrednier**

1. Vết loét tròn hay bầu dục, đường kính 0,5- 2 cm.
2. Giới hạn rõ và đều đặn, thường không có bờ.
3. Đáy sạch, trơn, bóng láng, màu đỏ như thịt tươi.
4. Bóp không đau.
5. Nền cứng chắc như bìa hộp.
6. Hạch kèm theo: hạch bẹn 2 bên, cứng, không đau.

✿ Nếu có bội nhiễm săng đau .

### **2. Xét nghiệm :**

- Cổ điển: VDRL phản ứng cố định bổ thể BW với kháng nguyên phospholipid
- Hiện đại:
  - Săng xuất hiện < 5 ngày: phản ứng miễn dịch huỳnh quang FTA.
  - Săng xuất hiện < 7 ngày: phản ứng ngưng kết hồng cầu TPHA.
  - Săng xuất hiện > 14 ngày: VDRL.

### **3. Chẩn đoán :** dựa vào lâm sàng và CLS.

### **4. Phòng bệnh và điều trị ;**

#### **4.1. Phòng bệnh :**

##### **✚ Phòng bệnh cá nhân :**

- Trong giao hợp: nên dùng bao cao su.
- Khi cần chích thuốc dùng kim tiêm 1 lần rồi bỏ , truyền máu phải thử VDRL và HIV.

##### **✚ Phòng bệnh tập thể :**

- Giáo dục nam nữ thanh niên về tác hại của bệnh.
- Chống tệ nạn mại dâm.
- Xây dựng mạng lưới y tế : phát hiện và điều trị.
- Thử máu trước khi kết hôn.
- Khám thai

#### **4.2. Điều trị :** chuyển điều trị theo chuyên khoa .

4.2.1. Giang mai sớm : nguyên phát, thứ phát, hoặc tiềm ẩn có thời gian bệnh không quá 2 năm .

- Benzathine benzylpenicillin 2,4 triệu đv (TB) liều duy nhất . Hoặc :
- Procaine benzylpenicillin 1,2 triệu đv (TB) / ngày × 10 ngày . Hoặc
- Doxycyclin 100mg (u) × 2 lần / ngày × 15 ngày

4.2.2. Giang mai muộn tiềm ẩn :

- Benzathine benzylpenicillin 2,4 triệu đv (TB) / 1 lần / tuần × 3 tuần, Hoặc :
- Procaine benzylpenicillin 1,2 triệu đv (TB) / ngày × 20 ngày, Hoặc:
- Doxycyclin 100mg (u) × 2 lần / ngày × 30 ngày

# BĂNG HUYẾT SAU SANH

## 1. Định nghĩa

Máu mất  $\geq 500\text{mL}/24$  giờ sau sanh,  $> 1000\text{mL}$  sau MLT

Mất máu ảnh hưởng tới tổng trạng

Haematocrit giảm  $> 10\%$  so với trước khi sinh

Lưu ý những trường hợp thiếu máu mất 300ml

Phân loại: Nguyên phát ( $<24$  giờ đầu), thứ phát (sau 24 giờ)

## 2. Nguyên nhân

- Chảy máu từ vị trí nhau bám:

*Đờ TC - Chất lượng cơ TC kém*

*TC co thắt  $\rightarrow$  không số nhau*

*Bất thường bánh nhau*

*Can thiệp: lộn TC*

- Tổn thương đường sinh dục

- Rối loạn đông máu

## 3. Chẩn đoán

- Đo lượng máu mất

- Dấu hiệu mất máu cấp tính: Thay đổi tổng trạng, sinh hiệu

- TC tăng thể tích

## CLS:

- Công thức máu, nhóm máu, Rh

- Định lượng Fibrinogen, pt%, Aptt

- Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Glucose,Creatinin

- Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số

- HIV,Giang mai, HbsAg

- Siêu âm kiểm tra bụng tổng quát

## 4. Nguyên tắc xử trí

- Hồi sức chống choáng

- Thuốc co hồi cơ tử cung
- Tìm nguyên nhân và xử trí theo nguyên nhân
- Dự phòng BHSS: Carbetocin (Duratocin 100mcg/1ml) IV liều duy nhất sau mổ lấy thai; sau sanh đường âm đạo

#### 4.1. Hồi sức chống choáng

1. Nhanh chóng huy động, nhờ người giúp đỡ
2. Kiểm tra sinh hiệu mỗi 15 phút: M, HA, Nhịp thở, Nhiệt độ
3. Đặt sp nằm nghiêng
4. Ngửi oxy qua sond mũi 6 – 10 lít/phút
5. Đắp ấm
6. Kê chân cao
7. Thiết lập 2 đường truyền TM: Lactat Ringer, hoặc NatriChlorua (2/3 lượng máu mất)  
Lấy mẫu máu XN và làm XN co cục máu  
Thuốc giảm đau – an thần hỗ trợ thủ thuật
8. Truyền máu Máu cùng nhóm,
9. Thuốc co cơ TC
10. kháng sinh

#### 4.2. Điều trị theo nguyên nhân

- **Nhau chưa bong:** Làm NP bong nhau
- **Nhau đã bong:**

Nguyên nhân thường do: Đờ TC, Sang chấn đường sinh dục, RLĐM

##### ▪ **Nhau bong → Chèn ép TC bằng 2 tay**

1. Rửa tay vô khuẩn
2. Đeo găng
3. Sát khuẩn AH, TSM
4. Đưa bàn tay 1 vào АД và nắm lại
5. Đặt nắm tay 1 vào cùng đồ trước, ấn vào thành trước TC
6. Đặt tay 2 bên ngoài thành bụng ấn vào thành sau TC
7. Duy trì sức ép tới khi máu ngừng chảy và TC co hồi tốt

##### ▪ **Chèn ép động mạch chủ bụng**

1. Một tay nắm chặt lại đặt ngay trên rốn và hơi chéch sang trái
2. Ấn xuống ép lên ĐM chủ bụng qua thành bụng

3. Dùng tay còn lại (hoặc người khác) sờ bắt động mạch bên kiểm tra hiệu quả của ép ĐM chủ bụng
4. Duy trì sức ép tới khi máu ngừng chảy

Nếu những can thiệp trên được áp dụng mà không có đáp ứng về sinh hiệu và/hoặc còn chảy máu trên lâm sàng → **can thiệp ngoại khoa**

▪ **Các phương pháp Can thiệp Ngoại khoa:**

1. Kéo căng gập góc nhánh ĐMTC/ngả AĐ
  2. Khâu ĐM CTC 2 bên/ngả AĐ
  3. Chèn ép bằng bóng: Foley / Codom catheter
  4. Thắt ĐMTC
  5. Mũi khâu B – Lynch
  6. Cắt Tử cung
- Thắt động mạch tử cung mặt trước
    - Mở phúc mạc đoạn dưới (Cân nhắc vì có thể làm chảy máu thêm)
    - Đường rạch ngang đoạn dưới thấp hoặc ngay sau MLT thì sử dụng đường rạch ngang của phúc mạc đoạn dưới
  - Thắt động mạch tử cung mặt sau
    - Lấy TC ra ngoài kéo ngược về phía dưới
    - Nhìn qua dây chằng rộng với ánh sáng ngược chiều có thể thấy rõ nhánh ĐMTC phối hợp sờ bằng tay
    - Dùng chỉ Chromic 0 khâu cả 1 phần cơ TC và nhánh thân của động mạch TC
  - Mũi may B - Lynch

**Kỹ thuật**

1. Người bệnh được gây mê, thông tiểu, nằm tư thế phụ khoa để có thể thấy được âm đạo và đánh giá chảy máu
2. Mở bụng theo đường Pfannenstiel hoặc theo đường mổ cũ.
3. Sau khi đẩy BQ, mở ngang đoạn dưới tử cung vào buồng TC, lấy máu cục, lau sạch buồng TC
  - Dùng loại kim tròn cầm tay 70mm chỉ Chromic 2 đâm cơ TC tại vị trí:
    - 3cm ngay dưới mép dưới vết mổ TC và
    - 3cm cách bờ ngoài bên phải TC: Đưa kim chỉ Chromic 2 vào buồng tử cung đâm cơ TC ra ngoài mép trên vết mổ TC tại vị trí:

- ❑ 3cm ngay trên mép trên vết mổ TC và
- ❑ 4cm cách bờ ngoài bên phải TC

Chỉ Chromic 2 được kéo vòng qua đáy tử cung tại vị trí cách góc phải TC 3-4cm.

4. Chỉ được căng dọc theo mặt sau khoang TC đến khoảng mức ngang với vết mổ cơ TC mặt trước.
5. Chỉ được kéo tương đối căng nhờ người phụ mổ. Đâm kim qua thành sau TC ngang mức mặt trước vào buồng TC.
6. Đâm kim từ lòng TC ra mặt sau và kéo căng dọc ra mặt trước rồi làm đối xứng với bên phải
7. Hai đầu chỉ được siết căng với sự hỗ trợ của ép TC bằng 2 tay để tránh tổn thương cơ TC và giữ cho cơ TC co hồi dưới sức ép. Khi ép phải xem có kiểm soát được máu chảy qua âm đạo không
8. Nếu chảy máu được kiểm soát tốt, phẫu thuật viên cột nơ đôi và thêm 3 nơ nữa để giữ sức căng.
9. Sau đó may lại vết mổ ngang đoạn dưới TC

**Cắt TC:** Chỉ áp dụng khi có xuất huyết nặng và kéo dài sau khi điều trị thuốc và sử dụng các thủ thuật cầm máu khác thất bại

Đánh giá và xử trí ban đầu	Triệu chứng chính	Nguyên nhân	Điều trị trực tiếp	Nếu chảy máu vẫn tiếp tục	Nếu chảy máu vẫn tiếp tục	Nếu chảy máu vẫn tiếp tục
<p><u>Xử trí ban đầu:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gọi giúp đỡ</li> <li>2. Đánh giá hồi sức (hô hấp, tuần hoàn,...)</li> <li>3. Cho bệnh nhân thở oxy</li> <li>4. Lập đường truyền TM</li> <li>5. Truyền dung dịch điện giải đẳng trương.</li> <li>6. Theo dõi M, HA, nhịp thở.</li> </ol>	Tử cung mềm nhão, không gò	Đờ tử cung	<p>Xoa bóp tử cung</p> <p>Cho thuốc co hồi tử cung</p> <p>Thuốc đầu tay:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oxytocin 2-4 ống pha trong chai 500ml dịch điện giải chảy XL giọt/ phút và hai ống TB khi chưa</li> </ol>	<p>Chèn tử cung</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chèn tử cung bằng hai tay</li> <li>2. Chèn buồng tử cung bằng bóng (nên sử dụng Sonde(foley số 30-32)/24g</li> <li>3. Tranexamic acid 1g TM chậm</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mở bụng thật các động mạch (Động mạch tử cung, động mạch hạ vị)</li> <li>2. May ép buồng tử cung ( mũi may B-Lynch)</li> </ol>	Cắt tử cung (bán phần hoặc toàn bộ). Nếu vẫn còn chảy máu (trong ổ bụng, mồm cắt) sau cắt tử cung, cân nhắc sử dụng chèn gạc ổ bụng hoặc các biện pháp khác.



<p>7. Thông tiểu và theo dõi lượng nước tiểu.</p> <p>8. Tìm nguyên nhân</p> <p>9. Truyền máu</p>			<p>thiết lập đường truyền dù đã chích 2 ống dự phòng.</p> <p>Tiếp tục truyền Oxytocin (2-4 ống trong 500ml dịch điện giải chảy XL giọt/phút) cho đến khi ngưng chảy máu (cho mọi trường hợp). Nếu không có Oxytocin hoặc chảy máu vẫn tiếp tục.(hoặc Duratocin 100mcg IV không lập lại)</p> <p>2.Ergometrine 0,2mg TB</p> <p>Lặp lại Ergometrine 0,2mg TB sau 15 phút (nếu cần). Nếu có chỉ định có thể cho 0,2mg TB mỗi 4 giờ không vượt quá 1mg.</p>	<p>(hơn 1 phút), nếu chảy máu vẫn tiếp tục, lặp lại Tranexamic acid 1g sau 30 phút.</p>	<p>3. Thuyên tắc ĐM tử cung (nếu có điều kiện)</p>	
--	--	--	--	---	--	--



	xuất hiện trong quá trình chảy máu.	<p>Vỡ tử cung (hoàn toàn hoặc dưới phúc mạc)</p> <p>Lộn tử cung</p> <p>Rối loạn đông máu</p>	<p>đạo, tăng sinh môn, xẻ khối máu tụ và may cầm máu.</p> <p>Mở bụng</p> <p>1. May phục hồi (chỗ vỡ)</p> <p>2. Cắt tử cung</p> <p>1. Phục hồi tử cung bằng tay ngay (nếu dễ dàng)</p> <p>2. Phục hồi tử cung tại phòng mổ bằng gây mê nội khí quản.</p> <p>Điều trị bằng các chế phẩm máu phù hợp.</p>	<p>Tranexami c acid (cách dùng như trên)</p> <p>Mở bụng</p> <p>1. Phục hồi tử cung bằng phẫu thuật</p> <p>2. Cắt tử cung</p>		
--	-------------------------------------	--	--	--	--	--

# XỬ TRÍ DỌA SẢY THAI

## 1. Dọa sảy thai

Phôi thai còn sống, chưa bị bong ra khỏi niêm mạc tử cung trước tuần lễ thứ 22.

### - **Cơ năng:**

+ Ra máu âm đạo là triệu chứng chủ yếu. Ra máu đỏ hoặc máu đen, lượng ít, có thể kéo dài nhiều ngày, máu thường lẫn với dịch nhầy. Đó là một dấu hiệu báo động về một quá trình thai nghén diễn ra không bình thường.

+ Sản phụ có cảm giác tức, nặng bụng dưới hoặc đau lưng.

### - **Thực thể:**

+ Khám ngoài ít có giá trị vì tử cung và phần thai đang còn nhỏ nên khó phát hiện triệu chứng.

+ Đặt mỏ vịt luôn luôn cần thiết để phát hiện chảy máu từ buồng tử cung và loại trừ nguyên nhân chảy máu từ các tổn thương ở cổ tử cung, âm đạo.

+ Khám âm đạo: Cổ tử cung dài, đóng kín, thân tử cung mềm, to tương ứng với tuổi thai.

### - **CLS:**

+ Công thức máu, nhóm máu, Rh

+ Định lượng Ferbinogen, pt%, Aptt

+ Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluco,Creatinin

+ Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số

+ HIV,Giang mai, HbsAg

+ Siêu âm kiểm tra thai

### - **Siêu âm:** Rất cần thiết để đánh giá nguyên nhân chảy máu

+ Có hiện tượng bóc tách một phần nhỏ của bánh rau hay màng rau, bờ túi ối đều và rõ, có âm vang của phôi, có tim thai hoặc không

## 2. ĐIỀU TRỊ

- Nghỉ ngơi tuyệt đối, ăn nhẹ chống táo bón.

- Bổ sung sinh tố, nhất là Vitamin E, có thể sử dụng acid folic 300 mg/ngày và Vitamin B6.

- Thuốc giảm co

- Điều trị nội tiết: Progesteron tự nhiên nhằm giảm co bóp tử cung là chính:

+ Progesteron 25mg 1Ax2 TB/ngày

+ Utrogestan 100 mg liều lượng tùy từng trường hợp trung bình uống 1v x2 l/ngàycó thể cho tới 400 mg/ngày.

+ Hoặc Utrogestan 200mg nhét âm đạo 1vx2l/ ngày

- Sử dụng kháng sinh khi nghi ngờ có nhiễm khuẩn.

- Tránh giao hợp cho đến 2 tuần sau khi ngưng ra máu

## XỬ TRÍ THAI TRỨNG

**1. Thai trứng toàn phần:** toàn bộ các gai nhau đều thoái hóa thành các bọc trứng

### Chẩn đoán

- Siêu âm hình ảnh bảo tuyết hay hình ảnh chùm nho
- Định lượng  $\beta$ HCG/ máu
- Thấy mô trứng qua quan sát bằng mắt thường mẫu mô lấy ra từ tử cung
- Giải phẫu bệnh xác nhận là thai trứng toàn phần

**2. Thai trứng bán phần:** bên cạnh những bọc trứng còn có các mô nhau bình thường hoặc có cả phôi thai nhi ( chết teo đét)

### Chẩn đoán:

#### - CLS:

- + Công thức máu, nhóm máu, Rh
- + Định lượng Ferbinogen, pt%, Aptt
- + Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluco,Creatinin
- + Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- + HIV,Giang mai, HbsAg
- + Siêu âm
- Siêu âm :bánh nhau to hơn bình thường,có hình ảnh nang nước trong nhau thai,có túi thai có hoặc không có thai nhi
- Định lượng  $\beta$ HCG/ máu
- Thấy mô trứng và nhau thai khi quan sát đại thể bằng mắt thường mẫu mô lấy từ tử cung ra
- Giải phẫu bệnh xác nhận là thai trứng bán phần

**3. Những yếu tố tiên lượng thai trứng có nguy cơ diễn tiến thành u nguyên bào nuôi.**

Bảng điểm phân loại thai trứng có nguy cơ diễn tiến thành UNBN (WHO-1983)

	0	1	2	3
Loại	Bán phần	Toàn phần	Lập lại	
Kích thước TC so với tuổi thai (theo	= hay < 1	> 1	>2	>3

tháng)				
hCG (IU/L)	<50.000	>50.000 <100.000	>100.000	> 1 triệu
Nang hoàng tuyến (cm)		<6	>6	>10
Tuổi (năm)		<20	>40	>50
Yếu tố kết hợp	Không có	> 1 yếu tố		

- Yếu tố kết hợp: nghén nhiều, tiền sản giật, cường giáp, rối loạn đông máu rải rác trong lòng mạch, tắc mạch do nguyên bào nuôi.

- Nếu số điểm <4: nguy cơ thấp

- Nếu số điểm > 4 : nguy cơ cao

Chẩn đoán của thai trứng thường có nguy cơ kèm theo. VD: Thai trứng toàn phần nguy cơ cao, hay thai trứng bán phần nguy cơ thấp.

#### 4. Điều trị thai trứng.

Nguyên tắc điều trị: cần xử trí ngay sau khi đã có chẩn đoán bệnh.

##### a. Làm các xét nghiệm cần thiết

- Huyết đồ, nhóm máu, Rh
- Chức năng gan, thận, tuyến giáp
- Điện giải
- X quang tim phổi thẳng
- Tổng phân tích nước tiểu

##### b. Chuẩn bị người bệnh

- Tư vấn tình trạng bệnh cho người bệnh và thân nhân: loại bệnh, phương pháp điều trị
- Khám chuyên khoa các bệnh đi kèm: Khám nội tiết nếu có cường giáp, khám tim mạch nếu có cao HA mãn, v.v..
- Truyền máu: nếu có thiếu máu nặng

##### c. Hút nạo buồng tử cung

- Tiền mê hay gây tê cho người bệnh. Truyền tĩnh mạch Glucose 5% hay Lactat Ringer hay Natriclorua 9%.
- Nếu cổ tử cung đóng, nong cổ tử cung đến số 8-12, hút thai trứng bằng ống Karman 1 van hay 2 van. Hút sạch buồng tử cung.

- Sử dụng thuốc co hồi tử cung: truyền tĩnh mạch dung dịch có pha Oxytocin
- Lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm mô học (GPB): mô trứng, mô nhau.
- Sử dụng kháng sinh: Doxycyclin 100mg 1 viên x 2 lần/ngày (5 ngày) hay Cephalexin 500mg 1 viên x 3 lần/ngày (5 ngày).
- Theo dõi sau hút nạo buồng tử cung: Tổng trạng, M, HA, co hồi tử cung, huyết âm đạo, đau bụng.

#### d. Cắt tử cung

- Nếu bệnh nhân  $\geq 40$  tuổi, đủ con, có chẩn đoán thai trứng nguy cơ cao.
- Băng huyết hay không kiểm soát được tình trạng chảy máu nặng từ tử cung.

#### e. Hóa trị với thai trứng nguy cơ cao: phác đồ đơn hóa trị, 1 đợt:

- + Metrotrexate 0,4mg/kg, tiêm bắp trong 5 ngày.
- + Methotrexate và Folinic Acid (MTX-FA)
  - \* Methotrexate 1,0 mg/kg cách mỗi ngày với 4 liều
  - \* Folinic Acid (Leucovorin) 0,1mg/kg. Leucovorin dùng trong 24 giờ sau mỗi liều Methotrexate.

#### f. Các tác dụng phụ của hóa trị

- \* Nhiễm độc về huyết học và tủy xương: giảm BC, giảm 3 dòng, thiếu máu
  - Nếu BC  $< 3000/mm^3$ , BC đa nhân trung tính  $< 1500/mm^3$ , tiểu cầu  $< 100000/mm^3$ ; ngừng điều trị hóa chất tạm thời.
  - BC giảm: dùng thuốc nâng BC (Neupogen)
  - Truyền máu: HC lắng, tiểu cầu
- \* Nhiễm độc với đường tiêu hóa: viêm niêm mạc miệng, viêm dạ dày, viêm ruột hoại tử.
  - Nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch, hay ăn thức ăn lỏng nhiều bữa ăn nhỏ trong ngày
  - Kháng sinh, vitamin
  - Truyền dịch và bù điện giải nếu cần
- \* Nhiễm độc với da: rụng tóc và tăng dị ứng mẫn cảm
  - Sử dụng kháng Histamin và Corticoid nếu có dị ứng
- \* Nhiễm độc với gan: tăng men gan
  - Ngừng hóa trị nếu men gan tăng  $> 100$
  - Thuốc bảo vệ tế bào gan: Fortec

#### g. Theo dõi sau điều trị tại viện

- hCG/máu mỗi 2 tuần, cho đến khi hCG/máu  $< 5mIU/ml$  3 lần



- Sự co hồi tử cung, kích thích nang hoàng tuyến
- Tình trạng ra huyết âm đạo, kinh nguyệt

h. Tiêu chuẩn xuất viện

- hCG/máu < 5mIU/ml 3 lần
- TC + 2PP bình thường
- Không xuất hiện di căn

i. Các biện pháp tránh thai sử dụng trong thời gian theo dõi sau thai trứng (xem các phác đồ ngừa thai)

- Thuốc viên tránh thai uống dạng phối hợp nếu không có chống chỉ định sử dụng thuốc
- Bao cao su
- Triệt sản

j. Theo dõi sau khi xuất viện và vấn đề có thai lại sau điều trị thai trứng

- hCG/máu một tháng một lần trong sáu tháng, sau đó 2 tháng một lần trong 6 tháng tiếp theo, và 3 tháng 1 lần trong vòng 12 tháng.
- Thời gian theo dõi tối thiểu với thai trứng nguy cơ thấp là 6 tháng và thai trứng nguy cơ cao là 12 tháng.
- Sau thời gian theo dõi, người bệnh được có thai trở lại. Khi có dấu hiệu mang thai, cần đi khám thai ngay, chú ý vấn đề siêu âm và hCG/máu để phòng bị thai trứng lặp lại.

# RỐI LOẠN

## TIỀN MÃN KINH VÀ MÃN KINH

### I. Tiền mãn kinh:

#### 1. Định nghĩa:

- Là giai đoạn kéo dài 2-5 năm trước khi mãn kinh
- Đây là giai đoạn đặc trưng của sự suy giảm hoặc thiếu Progesteron, FSH và LH tăng
- hậu quả của những chu kỳ không rụng trứng và cơ chế phản hồi ngược âm đưa đến tình trạng cường estrogen tương đối

#### 2. Lâm sàng :

- Tăng tính thấm thành mạch : Đau vú, dễ phù.
- Chất nhớt CTC trong và lỏng suốt chu kỳ.
- Tăng phân bào ở mô vú và nội mạc TC -> tổn thương dị dưỡng hoặc tăng sinh nội mạc TC
- RLKN: chu kỳ ngắn hoặc thưa, rong kinh, rong huyết, cường kinh.
- Hội chứng tiền mãn kinh: tăng cân, chướng bụng, chần bụng dưới, đau vú, lo âu, căng thẳng, bất an. . .

#### 3. Cận lâm sàng :

Đo lường nội tiết không có ý nghĩa .

#### 4. Điều trị :

Có nhu cầu ngừa thai bằng thuốc: thuốc ngừa thai.

Không có nhu cầu ngừa thai bằng thuốc : điều trị bằng Progesteron.

- Thuốc ngừa thai thế hệ mới 20mg ethinyl estradiol và 1mg desogestrel thích hợp cho những trường hợp có triệu chứng lâm sàng nặng. Có thể sử dụng thuốc ngừa thai cho đến khi mãn kinh ở những phụ nữ không có nguy cơ tim mạch, nhưng tối đa là đến 50 tuổi phải đổi sang nội tiết thay thế.

-Progestins : Được dùng trong 10 ngày mỗi tháng để gây ra kinh khi ngưng thuốc.

### II. Mãn kinh

#### 1. Định nghĩa

Mất kinh liên tiếp 12 tháng.

CLS: xét nghiệm estradiol máu

## **2. Lâm sàng**

- Xảy ra êm đềm hoặc có xáo trộn: bốc hỏa, chóng mặt, nhức đầu, rối loạn tâm lý, mệt mỏi, tê đầu chi, tăng cân.
- Hoặc không xuất huyết TC sau khi ngưng điều trị progestogen ở những trường hợp RLTMK.

## **3. Điều trị:**

ĐT các triệu chứng than phiền.

### **3.1. Chỉ định**

Triệu chứng vận mạch nhẹ:

- + Thay đổi lối sống : tập thể dục, yoga, thư giãn.
- + Điều trị nội tiết.
- + Vitamin E, thuốc bổ.
- + Khẩu phần ăn có đậu nành và chế phẩm estrogen thực vật
- + Khẩu phần ăn cá ít thịt, nhiều rau quả tươi

### **3.2. chống chỉ định tuyệt đối**

- K. sinh dục phụ thuộc estrogen: vú, NMTC
- Thuyên tắc mạch đang diễn tiến
- Bệnh lý gan, nhất là gan mật đang diễn tiến

### **3.3. Chống chỉ định tương đối**

- RL mãn tính chức năng gan.
- Cao HA không kiểm soát
- Tiền căn tắc mạch
- Tiểu porphyrine cấp từng hồi.
- Tiểu đường không kiểm soát được.

### **3.4. Tác dụng phụ của estrogen thay thế**

- Xuất huyết âm đạo
- Tăng cân, giữ nước, buồn nôn, đau vú, thay đổi tính khí
- Tăng sinh NMTC, K.NMTC, xuất huyết AD9 bất thường
- K vú : estrogen trị liệu làm bộc lộ K vú chưa biểu hiện -> tăng xuất độ K vú

### **3.5. Thời gian sử dụng**

- HRT nên dùng ở liều thấp nhất và thời gian ngắn nhất có thể trong điều trị trước mãn kinh, nên bắt đầu điều trị sớm trước mãn kinh thật sự.
- Không nên dùng sau 60 tuổi.

### **3.6. Lựa chọn thuốc**

- Chọn thành phần estrogen : Nên chọn loại tự nhiên
- Nên bổ sung progestin > 10 ngày / tháng

### **3.7. Các loại HRT trên thị trường VN**

- CLIMEN: 21v 2mg estradiol valerate  
1 mg cyproteron acetate
- CYCLO-PROGYNOVA : 21v 2mg estradiol valerate  
0.5mg norgestrel
- LIVIAL : 28v 2.5mg tibolone
- PAUSOGEST: 28v 2mg estradiol hemihydrate  
1mg norethisteron acetate
- PROGYLUTON : 11v estradiol valeta  
10v 2mg estradiol valeta  
0.5mg norgestrel
- PROGYNOVA 28v 2mg estradiol valeta

## PHÁT HIỆN SỚM UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

Theo khuyến cáo của các tổ chức ung thư quốc tế đã nhấn mạnh rằng :Tất cả phụ nữ đã có sinh hoạt tình dục hoặc đến 18 tuổi nên được kiểm tra bằng XN tế bào CTC hàng năm và khám vùng chậu. Sau khi người đó đã có 3 lần liên tiếp hoặc hơn có kết quả xét nghiệm bình thường, khoảng cách theo dõi tế bào CTC có thể thưa hơn theo chỉ định của bác sĩ.

### I. Tần số thực hiện phết tế bào :

-Xét nghiệm lần đầu tiên	<b>18 tuổi hoặc có quan hệ tình dục</b>
- XN lần đầu (- ) kèm nguy cơ cao:	<b>Hằng năm</b>
+ Quan hệ tình dục khi tuổi nhỏ	
+ Nhiều bạn tình	
+ Bạn tình nam nguy cơ cao	
+ Nhiễm HPV	
+ Hút thuốc lá	
+ Nhiễm trùng tái phát nhiều lần	
+ Đa sản	
- XN lần đầu (-) nguy cơ thấp :	<b>XN (-) liên tiếp 3 năm có thể</b>
Một vợ một chồng	<b>cách thưa / 3 năm</b>
Không hút thuốc lá	
Phòng XN có uy tính	
- Sau khi cắt tử cung do bệnh lành tính	<b>Mỗi năm</b>
- Sau điều trị CIN và K xâm lấn	<b>Mỗi 3 tháng trong 2 năm</b>
	<b>Mỗi tháng trong 3 năm tiếp theo</b>
	<b>Sau đó mỗi năm / lần</b>

## XỬ TRÍ THAI LƯU ĐẾN HẾT 12 TUẦN

Thai chết lưu là thai đã chết trong tử cung mà không được tống xuất ra ngoài ngay.

### 1. Triệu chứng lâm sàng:

- Bệnh nhân có đã các dấu hiệu có thai: Chậm kinh, nghén, bụng to dần, hCG dương tính, siêu âm thấy các phần thai và hoạt động của tim thai.

- Ra máu âm đạo tự nhiên, ít một, máu đỏ sẫm hay nâu đen, không kèm theo đau bụng. Đây là một dấu hiệu phổ biến của thai chết trong 3 tháng đầu thai kỳ.

- Vú tiết sữa non.

- Tử cung không lớn lên, ngược lại tử cung sẽ nhỏ lại và nhỏ hơn tuổi thai

### - CLS:

+ Công thức máu, nhóm máu, Rh

+ Định lượng Fibrinogen, pt%, Aptt

+ Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluco,Creatinin

+ Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số

+ HIV,Giang mai, HbsAg

+ Siêu âm kiểm tra: là thăm dò có giá trị chẩn đoán sớm và chính xác.

Những hình ảnh siêu âm thai ngừng tiến triển sớm gồm:

✓ Đường kính trung bình của túi thai 20mm siêu âm qua ngả bụng hay từ 8-10mm qua ngả âm đạo mà chưa thấy túi noãn hoàng.

✓ Trứng trống: kích thước trung bình của túi thai > 25mm (siêu âm ngả bụng) hay > 18mm (ngả âm đạo) nhưng không có hình ảnh phôi bên trong.

✓ Túi phôi có bờ không đều, méo mó, có hình ảnh giọt nước hoặc không phát triển thêm qua thời gian theo dõi.

✓ Túi thai có hình ảnh phôi > 5mm nhưng không có hoạt động của tim thai.

- hCG trong máu mỗi 24g giảm dần sau khi thai ngừng tiến triển.

- Định lượng fibrinogen để đánh giá ảnh hưởng của thai ngừng tiến triển sớm lên quá trình đông máu. Đây là một xét nghiệm không thể thiếu trước khi tiến hành can thiệp. Bình thường lượng fibrinogen trong máu khoảng 2- 4 g/l. Ở những bệnh nhân thai ngừng tiến triển sớm nồng độ fibrinogen có thể giảm. Fibrinogen giảm khi thời gian lưu của thai tử cung trên 4 tuần và rối loạn đông máu có thể gặp ở 25%. Nguy cơ đông máu nội mạc lan tỏa và tán huyết có thể gặp khi nồng độ fibrinogen nhỏ hơn 2g/l.

### 3. XỬ TRÍ

### 3.1. Nội khoa

Phác đồ sử dụng Misoprostol:

- Misoprostol: 600 $\mu$ g (3 viên) đặt âm đạo.
- Misoprostol: lặp lại liều thứ hai 400 $\mu$ g (2 viên) ngậm dưới lưỡi, nếu sau 4 giờ không ra thai.

### 3.2. Ngoại khoa:

- Sát trùng âm hộ (kèm I)
- Sát trùng CTC, âm đạo (kèm II)
- Gây tê mép trước CTC (vị trí 12g với 1ml Lidocain 1%)
- Kẹp CTC bằng kèm Pozzi
- Gây tê cạnh CTC với 4ml Lidocain 1% ở vị trí 4g và 7g hay 5g và 8g
- Nong CTC bằng ống hút nhựa (nếu trường hợp khó có thể sử dụng bộ nong bằng kim loại Hegar hay Pratt)
- Chọn ống hút thích hợp với tuổi thai
- Hút thai (bằng máy hay bằng tay), đánh giá hút sạch buồng tử cung
- Mở kèm Pozzi, lau sạch CTC và âm đạo
- Kiểm tra mô và tổ chức sau hút thai, gửi giải phẫu bệnh mô nhau.
- Hướng dẫn sau thủ thuật
- Hẹn ngày tái khám và các dấu hiệu bất thường cần tái khám ngay
- Lấy kết quả GPB
- Hướng dẫn ngừa thai, tránh mang thai ngoài ý muốn

# XỬ TRÍ

## RONG KINH RONG HUYẾT

### 1. Rong kinh, rong huyết tuổi trẻ

Thường quen gọi là rong kinh dậy thì vì thông thường hay gặp ở tuổi dậy thì.

#### 1.1. Nguyên nhân

Trước kia người ta cho rằng cường estrogen (tồn tại nang noãn) làm cho niêm mạc tử cung quá sản tuyến nang. Ngày nay, người ta thấy estrogen có thể thấp, bình thường hoặc cao. Cơ bản là do FSH và LH không đầy đủ để kích thích buồng trứng, nguyên do từ rối loạn hoạt động của vùng dưới đồi. Thường là giai đoạn hoàng thể kém, không phóng noãn, không có giai đoạn hoàng thể.

#### - CLS:

- + Công thức máu, nhóm máu, Rh
- + Định lượng Ferbinogen, pt%, Aptt
- + Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluco,Creatinin
- + Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- + HIV, Giang mai, HbsAg
- + Siêu âm kiểm tra

#### 1.2. Triệu chứng

Kinh nguyệt kéo dài, thường là huyết tươi xảy ra sau một vòng kinh dài (chậm kinh).

Toàn trạng thiếu máu.

Khám thực thể nhiều khi tử cung to mềm, cổ tử cung hé mở (phân biệt sảy thai)

#### 1.3. Điều trị

Bước đầu tiên là loại trừ những nguyên nhân ác tính, các bệnh về máu nhất là ở những người con gái trong lần thấy kinh đầu tiên đã bị rong kinh, sau đó mới đặt vấn đề điều trị cầm máu.

Nạo bằng hormon: tiêm progesteron hoặc uống progestagen 20mg/ ngày. Thông thường 4 - 5 ngày cầm máu. Ngừng thuốc 2 - 3 ngày ra huyết trở lại làm bong triệt để niêm mạc tử cung. Thời gian và lượng máu khi ra huyết trở lại tương tự như huyết kinh của người bình thường.

Đề phòng rong kinh trong vòng kinh sau cho tiếp vòng kinh nhân tạo, có thể cho progestagen đơn thuần vào nửa sau dự kiến của vòng kinh, có thể cho kết hợp estrogen với progestagen như kiểu viên thuốc tránh thai.

Có thể cho thuốc kích thích phóng noãn như clomifen.



Kết hợp với các thuốc cầm máu, thuốc co hồi tử cung (oxytocin, ergotamin).

Trong những trường hợp rất hạn hữu, điều trị bằng mọi biện pháp không kết quả mới phải nạo buồng tử cung bằng dụng cụ.

Để cầm máu nhanh có thể dùng loại estrogen phức hợp sulfat tan trong nước premarin 25mg, tiêm tĩnh mạch, có thể cầm máu trong vòng nửa giờ.

## **2. Rong kinh, rong huyết tiền mãn kinh**

- Trong tất cả những trường hợp rối loạn kinh nguyệt tiền mãn kinh đều phải nghi ngờ có nguyên nhân ác tính

- Rong kinh tiền mãn kinh, sinh thiết niêm mạc tử cung phần lớn có hình ảnh phát triển. Hình ảnh quá sản tuyến nang gấp nhiều gấp 10 lần so với lứa tuổi 20 - 45.

- Trong giai đoạn sau mãn kinh hay gặp hình ảnh niêm mạc tử cung teo, niêm mạc tử cung không hoạt động.

- Điều trị triệu chứng tốt nhất là nạo niêm mạc tử cung, có 3 lợi ích;

+ Cầm máu nhanh (đỡ mất máu).

+ Giải phẫu bệnh lý (loại trừ ác tính).

+ Xác định rõ ràng tình trạng quá sản niêm mạc tử cung (điều trị hormon tiếp theo).

Ngày nạo được tính là ngày đầu tiên của kỳ kinh tới. Thông thường cho progestagen từ ngày thứ 16, mỗi ngày 10mg, uống trong 10 ngày, uống trong 3 vòng kinh liền.

## **3. Rong kinh, rong huyết tuổi sinh đẻ (18 - 45 tuổi)**

### **3.1. Cường kinh (kinh nhiều)**

So với hành kinh bình thường, lượng huyết ra nhiều. Thường kèm với rong kinh.

- Nguyên nhân

Phần lớn do tổn thương thực thể ở tử cung, u xơ tử cung, polype tử cung, lạc nội mạc tử cung tại cơ tử cung làm tử cung không co bóp được, niêm mạc tử cung khó tái tạo nên khó cầm máu. Cũng có thể do tử cung kém phát triển.

Cường kinh cơ năng ít gặp hơn.

- Điều trị

+ Trẻ tuổi:

Tử cung co bóp kém: Thuốc co tử cung.

Tử cung kém phát triển: vòng kinh nhân tạo hoặc cho viên thuốc tránh thai nữa sau chu kỳ kinh.

+ Lớn tuổi:

Nếu có tổn thương thực thể nhỏ chưa có chỉ định phẫu thuật có thể chỉ định progestagen vài ngày trước khi hành kinh. Cũng có thể cho progestagen liều cao (mất kinh 3 - 4 tháng liền).

Trên 40 tuổi điều trị thuốc không hiệu quả nên mổ cắt tử cung.

### **3.2. Rong kinh do chảy máu trước kinh**

- Nguyên nhân

Có thể do tổn thương thực thể như viêm niêm mạc tử cung, polype buồng tử cung. Nhưng có thể do giai đoạn hoàng thể ngắn vì hoàng thể teo sớm estrogen và progesteron giảm nhanh.

- Điều trị

Trên 35 tuổi: nạo niêm mạc tử cung.

Thuốc: progestagen hoặc viên thuốc tránh thai nửa sau vòng kinh.

### **3.3. Rong kinh do chảy máu sau kinh**

- Nguyên nhân

Thực thể: không hiếm (viêm niêm mạc tử cung, u xơ tử cung, polype buồng tử cung, u ác tính trong buồng tử cung).

Cơ năng: Có thể do niêm mạc tử cung có những vùng bong chậm hoặc có những vùng tái tạo chậm.

- Điều trị

Trước hết phải loại trừ nguyên nhân thực thể.

Nếu do hoàng thể kéo dài thì cho progestagen hoặc estrogen kết hợp với progestagen vào các ngày 20 - 25 của vòng kinh. Sau khi ngưng thuốc vài ngày, niêm mạc tử cung sẽ bong gọn và không rong kinh.

Nếu do niêm mạc tử cung tái tạo chậm có thể cho Ethinyl - estradiol 0,05mg mỗi ngày 1 - 2 viên trong các ngày 3 - 8 của vòng kinh.

### **3.4. Rong kinh do quá sản tuyến nang niêm mạc tử cung**

Kinh chậm, ra nhiều huyết và kéo dài. Niêm mạc tử cung dày, có những nhú nhỏ dài hoặc hình dạng polype trông mượt như nhung.

- Nguyên nhân

Estrogen tác dụng kéo dài gây nên hình ảnh hang lỗ chỗ của niêm mạc tử cung.

- Điều trị

+ Nạo niêm mạc buồng tử cung (50% khỏi trong một thời gian dài)

+ Thuốc: Progestagen 10mg/ngày trong 10 ngày, kể từ ngày thứ 16 của vòng kinh trong 3 tháng.

+ Mổ cắt tử cung ở phụ nữ trên 40 tuổi.

# CHĂM SÓC HẬU PHẪU CHUNG

## 1. Ngày thứ 1: (24g đầu sau mổ):

1. Các dấu hiệu sinh tồn: M, T, HA, NT/6 lần /ngày
2. Tri giác: tỉnh 2 chi dần cử động được
3. Co hồi tử cung: đo BCTC, mật độ (cứng, mềm)
4. khám bụng: mỗi 4-6 giờ/lần
  - Bụng : mềm, phình
  - Vết mổ thành bụng : tím, nề , đau.
5. Sản dịch : sậm , giảm dần
6. Nước tiểu : lượng nước tiểu ,màu sắc , mỗi 4-6g/l
7. Ống dẫn lưu: Rút sau hết dịch, hoặc theo chỉ định của phẫu thuật viên
8. Rửa âm đạo bằng dung dịch betadine 5% pha loãng
- 9 Cận lâm sàng : tùy tình trạng lâm sàng cho XN : huyết đồ , siêu âm . . .

## 2. Ngày thứ 2 trở đi:

- Dấu hiệu sinh tồn : theo dõi 2 lần / ngày
- Vết mổ :
  - + Sạch : không thay băng
  - + Dịch thấm băng: thay băng, băng kín lại.

## 3. Chế độ ăn và chăm sóc :

- Ngày thứ 1:(24g đầu sau mổ):
  - + Dịch truyền:2000ml Nacl 0,9%, glucose 5%, lactacringer
  - + Chế độ ăn :
    - . Tê tủy sống : cho ăn uống sớm , ăn loãng , dễ tiêu, chia nhiều lần trong ngày
    - . Mê : nhịn ăn
  - + Chăm sóc cấp 2
- Ngày 2 :
  - + Dịch truyền : tùy tình trạng bệnh nhân # 2000ml/24h
  - + Chế độ ăn: ăn uống sớm , ăn loãng , dễ tiêu, chia nhiều lần trong ngày
  - + Chăm sóc cấp II : tập vận động

- Ngày 3 trở đi : nếu bn không diễn biến gì khác thường, phẫu thuật viên không dặn gì thêm

\* Ngưng truyền dịch

\* Chế độ ăn : ăn uống bình thường , dễ tiêu.

\* Chăm sóc cấp III : đi lại bình thường

\* Cắt chỉ :

+ Vết mổ lần đầu : ngày 5

+ Vết mổ lần 2 : ngày 7 hoặc tùy tình trạng bệnh nhân

#### **4. Kháng sinh trị liệu và giảm đau**

- Kháng sinh: phổ rộng trước mổ 30 phút và kéo dài 6-7 ngày, chuyển kháng sinh uống khi tình trạng bệnh ổn có thể chuyển ngày thứ 4 sau mổ .

Trong trường hợp mổ có nguy cơ nhiễm trùng hoặc nhiễm trùng có thể dùng kháng sinh mạnh và phối hợp 2-3 kháng sinh

- Giảm đau: loai kông chống chỉ định mẹ cho con bú, truyền, đặt hậu môn

#### **5. Tiêu chuẩn xuất viện**

\* Dấu hiệu sinh tồn ổn

\* Vết mổ : khô, mềm

\* Co tử cung tốt, không đau

\* Khám âm đạo : CTC hờ, Sản dịch : ít, không đục, không hôi, Hai hố chậu và cùng đồ mềm

\* Huyết đồ kiểm tra bình thường

#### **6. Dặn dò khi xuất viện**

Bệnh nhân nên trở lại bệnh viện ngay khi có các dấu hiệu sau :

\* Sốt

\* Đau bụng

\* Vết mổ sưng ,đỏ , đau nhiều hơn

\* Sản dịch: đục , hôi.

Rút sond tiểu:mổ lấy thai 48g, mổ GEU 24g, mổ u buồng trứng 24g, mổ u xơ tử cung 72g, cắt tử cung ngã âm đạo 72g, mổ nội soi cắt tử cung 72g( tùy chỉ định của phẫu thuật viên)

## **BỆNH TIM VÀ THAI NGHÉN**

## I. CÁC TRƯỜNG HỢP TIM BỆNH LÝ TRONG THAI KỲ

### 1. Những bệnh tim thường gặp

- Hẹp van hai lá: bệnh lý thường gặp nhất (66%), có nhiều biến chứng tim - sản. Gần như tất cả các bệnh nhân hẹp van hai lá đều mắc thấp tim. Những thay đổi huyết động trong thai kỳ có thể gây xung huyết phổi ở những bệnh nhân này.
- Hở van hai lá: cũng thường do bệnh thấp chiếm 34% trong bệnh lý van 2 lá. Thai phụ bị hở van hai lá chịu đựng thai kỳ tốt hơn hẹp van 2 lá.
- Các bệnh hở van tim khác: như hở van 3 lá, hở van động mạch phổi, hở van động mạch chủ thường kết hợp với bệnh lý van 2 lá.
- Hẹp van động mạch chủ: Những bệnh nhân bị bệnh này không có khả năng duy trì cung lượng tim bình thường.

### 2. Các bệnh tim bẩm sinh

- Thông liên nhĩ: Đây là dạng thường gặp
- Thông liên thất: ít gặp hơn. Thông liên thất nhẹ và trung bình vẫn có khả năng mang thai bình thường. Tuy nhiên, những trường hợp có tổn thương thông liên thất nặng có thể tạo ra shunt phải-trái khi tăng áp động mạch phổi. Sự đảo shunt này được gọi là hội chứng Eisenmenger, hội chứng này có liên quan tới tỷ lệ tử vong mẹ cao (30-50%).
- Còn ống động mạch: Ít gặp, trường hợp ống thông nhỏ vẫn có thể đáp ứng tốt với thai kỳ.
- Tứ chứng Fallot: là bệnh tim có tím hay gặp ở tuổi trưởng thành. Bệnh nhân này kém chịu đựng các thay đổi huyết động đột ngột do chuyển dạ và thay đổi tư thế. Thai nhi thường bị nhẹ cân, sinh non nhưng lại có trưởng thành phổi sớm so với tuổi thai do đáp ứng tình trạng thiếu oxy mãn.

### 3. Các bệnh tim khác

- Viêm cơ tim, suy tim do thiếu vitamin B1.
- Bệnh lý cơ tim (cardiomyopathy): có thể do nghiện rượu, cường catécholamin, nghiện cocain, xơ cứng bì...
- Bệnh cơ tim chu sinh (peripartum cardiomyopathy): Là các suy tim xảy ra ở những tháng cuối thai kỳ hay trong vòng 6 tháng sau đẻ mà không phát hiện được nguyên nhân hay bệnh tim trước đó. Người ta nhận thấy thai nghén dễ làm bệnh lý cơ tim xuất hiện nhưng cơ chế chưa rõ. Bệnh này hay gặp sau đẻ, tỷ lệ 1/1300 - 1/4000 cuộc đẻ.

## II. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Rất nhiều thay đổi sinh lý của thời kỳ thai nghén có xu hướng làm cho việc chẩn đoán bệnh tim trở nên khó khăn hơn.

**- CLS:**

- + Công thức máu, nhóm máu, Rh
- + Định lượng Ferbinogen, pt%, Aptt
- + Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluco,Creatinin
- + Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- + HIV, Giang mai, HbsAg
- + Siêu âm bụng
- + Monitorin theo dõi tim thai
- + Điện tâm đồ
- + Siêu âm tim
- + XQ tim phổi

### **1. Các triệu chứng và dấu hiệu**

- Khó thở và khó thở khi nằm, có thể xuất hiện sớm từ tháng thứ 5 của thai kỳ, và nặng dần lên theo tuổi thai.

- Ho ra máu.

- Cảm giác tức ngực, mệt ngực, ngất khi gắng sức do tim bị chèn ép, thay đổi trực.

- Tím tái, ngón tay dùi trống, khum mặt kính đồng hồ

- Tĩnh mạch cổ nổi.

- Nhịp tim thường nhanh, có thể có ngoại tâm thu hoặc các loạn nhịp khác.

- Nghe tim phát hiện được các tiếng bệnh lý: Rung tâm trương, thổi tâm thu lớn hơn 3/6, tiếng thứ hai tách đôi...

- Nghe phổi có thể nghe được ran ẩm, hoặc các dấu hiệu tiên triệu của phù phổi cấp và phù phổi cấp.

- Xquang có bóng tim to, bè ngang và cơ hoành bị đẩy cao lên

- Điện tim có biểu hiện suy tim (dày thất phải, dày thất trái) hoặc loạn nhịp.

### **2. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tim**

Năm 1958 Burwell và Mercalfe đã đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Có tiếng rung tâm trương, tiếng thổi tâm thu liên tục hoặc thổi tiên tâm thu.

- Tiếng thổi tâm thu ( $\geq 3/6$ ), đặc biệt có kèm theo rung miu.

- Các triệu chứng bệnh tim rõ ràng.

- Loạn nhịp tim nặng, block.

Nếu thai phụ có một trong bốn triệu chứng trên là có bệnh tim.

3. Phân độ suy tim theo chức năng (Hội Tim học NewYork)

Độ 1: Hoạt động thể lực không bị hạn chế (chưa suy tim) Độ 2: Hoạt động thể lực giảm nhẹ Triệu chứng cơ năng xuất hiện khi gắng sức	Tiên lượng còn tốt
Độ 3: Hoạt động thể lực giảm. Triệu chứng cơ năng xuất hiện khi gắng sức nhẹ. Độ 4: Triệu chứng cơ năng xuất hiện ngay cả khi nghỉ ngơi	Tiên lượng dè dặt

### III. NHỮNG BIẾN CHỨNG

#### 1. Phù phổi cấp

Xem bài phù phổi cấp trong thai nghén

#### 2. Loạn nhịp tim

##### 2.1. Loạn nhịp đều

Là các thay đổi về tần số tim/phút, có hai loại thay đổi về tần số: nhịp tim nhanh và nhịp tim chậm.

- Nhịp tim nhanh:

- + 80 – 120 lần/phút nhịp nhanh từ nút Keith - Flack
- + 120 – 140 lần/phút nhịp nhanh do rung nhĩ
- + > 140 lần/phút thường là cơn nhịp nhanh kịch phát

- Nhịp tim chậm:

- + Nhịp tim từ 40 -60 lần/phút
- + Nhịp tim từ 40 - 20 lần/phút

Chẩn đoán loạn nhịp kiểu này không khó chỉ cần bắt mạch.

##### 2.2. Loạn nhịp không đều

Thường hay gặp là ngoại tâm thu, bệnh nhân có cảm giác hụt hẫng, tim như ngừng đập, bắt mạch thấy nhịp không đều có khi mất nhịp. Nếu ngoại tâm thu > 5% là bệnh lý, nếu có ngoại tâm thu nhịp đôi (kép) nhiều là có nguy cơ cao.

##### 2.3. Loạn nhịp hoàn toàn

Thường xảy ra trên bệnh nhân có bệnh tim hoặc suy tim. Tim đập không đều cả thời gian và biên độ, thường do rung nhĩ, xung động từ nhĩ không xuống đến thất, sóng P mất được thay bằng sóng f, nhịp thất không đều: khoảng R-R dài ngắn khác nhau không theo qui luật.

Nguyên nhân thường do thiếu máu cơ tim, thấp tim, nhiễm độc hormon giáp, viêm cơ tim, nhiễm khuẩn...

#### **2.4. Tắc mạch do huyết khối**

Tai biến viêm tắc mạch trong lúc mang thai là một trong các nguyên nhân hàng đầu của tử vong mẹ. Tỷ lệ biến chứng này 3-5%, Trong đó 25% xảy ra trong thai kỳ, 75% trong thời kỳ hậu sản. Trên lâm sàng thường gặp viêm tắc tĩnh mạch chi dưới, ngoài ra cũng có thể gặp huyết khối ở mạch vành, não, phổi và mạc treo ruột.

Triệu chứng viêm tắc tĩnh mạch chi dưới:

- + Sốt.
- + Có biểu hiện thừng tĩnh mạch nông, đau và viêm.
- + Đau ở bắp chân, chân bị viêm tắc sưng to. Đau tăng lên khi sờ vào tĩnh mạch đùi ở vùng tam giác đùi.
- + Siêu âm Doppler chi dưới thấy hình ảnh giãn tĩnh mạch và giảm lưu lượng máu.

#### **2.5. Suy tim**

Triệu chứng lâm sàng thường biểu hiện với:

- + Mệt mỏi, khó thở, mạch nhanh  $\geq 110$  lần/phút.
- + Đau tức ngực hoặc cơn đau thắt ngực thoáng qua.
- + Tĩnh mạch cổ nổi, gan lớn, phản hồi gan-TM cổ dương tính (suy tim phải)

### **IV. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ**

#### **1. Trong thời kỳ mang thai**

- Không để tăng cân quá mức: nên ăn kiêng với chế độ ăn ít muối ( $\leq 2g/ngày$ ).
- Tránh hoạt động thể lực, nghỉ ngơi nằm nghiêng trái ít nhất 1 giờ/ngày.
- Tránh thiếu máu.
- Quản lý thai nghén chặt chẽ với sự phối hợp giữa Sản khoa và Nội tim mạch.

#### **2. Xử trí nội khoa**

Chủ yếu là dự phòng và điều trị các tai biến.

- Theo dõi sát ngay từ khi có thai, phát hiện các biến chứng để điều trị kịp thời.
- Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, ăn uống hợp lý.
- Tư vấn cho bệnh nhân các dấu hiệu nguy hiểm.
- Điều trị nội khoa bao gồm: Trợ tim, lợi tiểu, an thần, chống huyết khối và dự phòng nhiễm trùng.

#### **3. Xử trí sản khoa**



### **3.1. Trong khi có thai**

- Chưa suy tim

+ Con so: có thể giữ thai để đẻ nếu thai phụ được theo dõi và chăm sóc nội khoa kỹ. Nên cho thai phụ vào viện trước đẻ 1 tháng

+ Con rạ: nên đình chỉ thai nghén. Nếu thai đã gần đủ tháng, sức khỏe của mẹ cho phép thì giữ thai đến đủ tháng, có thể cho đẻ có hỗ trợ thủ thuật hoặc mổ lấy thai nếu có chỉ định

- Đã có suy tim

+ Con so: cần cân nhắc kỹ và thống nhất giữa sản khoa và nội tim mạch.

Suy tim độ I, II: Thai nhỏ dưới 6 tháng nên đình chỉ thai nghén; nếu thai trên 6 tháng, thai phụ có yêu cầu và có khả năng điều trị thì nên chiếu cố nguyện vọng của họ. Trong quá trình điều trị phải đánh giá kết quả điều trị. Khi không đáp ứng điều trị phải đình chỉ thai nghén.

Suy tim độ III, IV: Phải đình chỉ thai nghén dù ở tuổi thai nào. Tuy nhiên phải lựa chọn phương pháp, thời điểm thích hợp nhất. Cần có sự hỗ trợ của bác sĩ nội tim mạch

+ Con rạ: nên đình chỉ thai nghén bằng các biện pháp an toàn và triệt để. Nếu thai gần đủ tháng cũng có thể điều trị thêm một thời gian ngắn đến đủ tháng rồi mổ lấy thai chủ động.

- Trong khi tiến hành các biện pháp trên chú ý các vấn đề sau :

+ Giảm đau tốt để đề phòng ngừng tim do đau hoặc do phản xạ.

+ Ngăn ngừa thuyên tắc mạch do huyết khối xảy ra sau thủ thuật, sau mổ

+ Đảm bảo vô khuẩn và sử dụng kháng sinh để ngăn ngừa nhiễm trùng trong và sau đình chỉ thai nghén.

+ Hạn chế chảy máu đến mức thấp nhất để giảm lượng dịch truyền khi hồi sức, đề phòng quá tải để đưa đến suy tim và phù phổi cấp.

### **3.2. Khi chuyển dạ**

Ở người có bệnh tim việc đẻ đường dưới có lợi do hạn chế được các nguy cơ của mẹ liên quan đến phẫu thuật và hậu phẫu. Trong chuyển dạ có nguy cơ xảy ra mất bù đột ngột, nên cuộc đẻ phải diễn ra ở nơi có các bác sĩ tim mạch, gây mê, sản khoa, nhi khoa phối hợp.

- Khi đang chuyển dạ: Sản phụ nên được dùng thuốc trợ tim, an thần, thở oxy, nằm nghiêng trái. Nếu phải điều chỉnh cơn co bằng oxytocin nên dùng oxytocin 10 đơn vị pha trong 500ml glucoza 5% để tránh quá tải cho tim.

- Khi sổ thai: Lấy thai bằng Forcep nếu đủ điều kiện để tránh gắng sức cho sản phụ. Cần chú ý chống rối loạn huyết động sau khi sổ thai bằng cách chèn túi cát lên bụng bệnh nhân và hạ thấp 2 chân ngay sau đẻ.

- Nếu phải mổ lấy thai nên mổ lấy thai chủ động tốt hơn khi đã chuyển dạ để tránh các thay đổi huyết động tăng lên khi gây mê và chuyển dạ .

- Thời kỳ sơ rau: Tôn trọng sinh lý sơ rau, chỉ can thiệp khi cần thiết, cần kiểm tra kỹ bánh rau để phát hiện sót rau.

### **3.3. Thời kỳ hậu sản**

Trong thời kỳ này còn tồn tại các thay đổi huyết động, nguy cơ nhiễm khuẩn và tắc mạch.

- Điều trị kháng sinh có hệ thống, tối thiểu là 1 tuần.

- Chú ý dự phòng huyết khối: hướng dẫn sản phụ ngồi dậy và vận động sớm. Chỉ định heparin trọng lượng phân tử thấp trong 15 ngày cho những người có nguy cơ cao.

- Cho con bú: có thể cho con bú nếu sản phụ chưa có suy tim mất bù, vẫn theo dõi các tai biến tim sản, nếu xuất hiện các dấu hiệu bất thường phải ngưng cho con bú.

- Nếu phải cắt sữa nên dùng Parlodel (Bromocriptine).

## **V.TƯ VẤN TRONG BỆNH TIM VÀ THAI NGHÉN**

- Giải thích tầm quan trọng của việc theo dõi sát quá trình thai nghén.

- Trao đổi với BN sự cần thiết của việc phải sinh trong bệnh viện chuyên khoa

- Nêu các dấu hiệu nguy hiểm, biến chứng trong thai kỳ và khi chuyển dạ để thai phụ biết và cảnh giác.

+ Sau sinh cần tư vấn các biện pháp tránh thai và kế hoạch hoá gia đình. Tránh thai ở người bệnh tim gồm có các biện pháp sau:

+ Thuốc tránh thai: Progestatif liều thấp, liên tục.

+ Bao cao su

+ Xuất tinh ngoài âm đạo, màng ngăn âm đạo, thuốc diệt tinh trùng...

+ Thất vò tử cung nên được đặt ra khi:

\* Nếu thai nghén sẽ làm bệnh tim nặng thêm.

\* Nếu bệnh tim nặng không thể cải thiện bằng điều trị nội khoa, ngoại khoa hoặc chống chỉ định có thai lại (suy tim độ III, IV). Cần thảo luận chỉ định này với vợ chồng bệnh nhân, bác sĩ tim mạch. Nếu phải thất vò tử cung nên làm xa cuộc để tránh các nguy cơ viêm tắc tĩnh mạch.

+ Có thể đặt vấn đề thất ống dẫn tinh cho người chồng để tránh nguy cơ của phẫu thuật cho người vợ.

# THIẾU MÁU VÀ THAI NGHÉN

Thiếu máu trong thai nghén chiếm từ 10 - 15% thiếu máu nặng chiếm 1/5 trường hợp tổng số thiếu máu trong thai kỳ. Bệnh lý thiếu máu sẽ làm tăng tỷ lệ tử vong mẹ và thai nhi (có thể suy thai, đẻ non...)

## 1. SỰ THAY ĐỔI HUYẾT HỌC LÚC MANG THAI

Trong cơ thể của sản phụ mang thai, luôn có sự tăng thể tích huyết tương, thường tăng trong khoảng từ 30 - 50% lúc cuối thời kỳ thai nghén. Thường có sự tăng nhiều thể tích huyết tương hơn là huyết cầu (đặc biệt là hồng cầu) dẫn đến sự giảm hematocrit, chính vì vậy không thể dựa vào yếu tố hematocrit để chẩn đoán tình trạng thiếu máu.

## 2. ĐỊNH NGHĨA THIẾU MÁU TRONG THAI NGHÉN

Người ta định nghĩa thiếu máu trong thai nghén khi tỷ lệ hemoglobin (Hb) < 10g/100ml và được gọi là thiếu máu nặng nếu Hb < 8g/100ml máu.

## 3. NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ THUẬN LỢI GÂY NÊN THIẾU MÁU TRONG THAI NGHÉN

- Đẻ nhiều lần.
- Cho con bú kéo dài.
- Đa thai.
- Chảy máu kéo dài trước lúc có thai (rong kinh...)
- Chế độ ăn uống nghèo dinh dưỡng.

Về góc độ dịch tễ học thì các phụ nữ Bắc Phi có đầy đủ các yếu tố thuận lợi nói trên.

Ngoài ra, một yếu tố thuận lợi khác là nhiễm khuẩn đường tiết niệu (đặc biệt là nhiễm khuẩn mãn tính đường tiết niệu cũng thường gây nên thiếu máu).

## 5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

- Da, niêm mạc nhợt nhạt.
- Suy nhược cơ thể.
- Nhịp tim nhanh, khó thở, ù tai, chóng mặt.
- Có thể viêm lưỡi (3 tháng cuối thai kỳ)
- Vàng da nhẹ: có thể do thiếu Folat

## 6. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

- CLS:
  - + Công thức máu, nhóm máu, Rh
  - + Định lượng Ferritinogen, pt%, Aptt
  - + Chức năng gan (AST, ALT), Ure, Gluco, Creatinin

- + Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- + HIV, Giang mai, HbsAg
- + Siêu âm
- + Monitorin theo dõi tim thai
- Xét nghiệm công thức máu: hồng cầu giảm.
- Hemoglobin (Hb) giảm < 10g/100ml máu.
- Xét nghiệm tủy đồ: hồng cầu nhỏ, hồng cầu to, hồng cầu bình thường tùy theo loại thiếu máu.
- Xét nghiệm sắt huyết thanh, Acide folic, Folat đều giảm.

## 7. TIÊN LƯỢNG

Thiếu máu trong thai nghén có thể dẫn đến:

- Nguy cơ đẻ non, suy dinh dưỡng thai nhi.
- Tăng thể tích bánh rau.
- Nếu chảy máu thêm trong thai kỳ, lúc chuyển dạ, sau đẻ... thì tình trạng sản phụ nặng hơn so với sản phụ bình thường.
- Tình trạng thiếu Oxygen làm mẹ mệt, nhịp tim nhanh lên.
- Trong giai đoạn hậu sản, thiếu máu thường làm tăng nguy cơ nhiễm trùng hậu sản (viêm tắc tĩnh mạch)

## 8. ĐIỀU TRỊ

- Nếu tỷ lệ Hb > 8g/100ml cho sản phụ dùng (sắt) Fe với liều 200mg mỗi ngày là đủ, không cần truyền máu cho sản phụ. Có thể dùng các loại như Encifer 10ml /...pha 100ml NACL 9%0 truyền 2 lần/ tuần , Ferrous sulfate: dùng liên tục trong thời kỳ mang thai và cả trong 6 tháng đầu sau đẻ. .

- Nếu tỷ lệ Hb < 8g/100ml có thể truyền máu thêm cho sản phụ. Nên truyền máu trước tuần lễ thứ 36 hay trong điều trị dọa đẻ non, phối hợp điều trị thêm sắt tối thiểu một tháng để đề phòng mất bù máu lúc đẻ và sau sổ rau.

- Điều trị dự phòng ở tuyến dưới trong quản lý thai nghén bằng cách cho sản phụ dùng sắt suốt thai kỳ (đặc biệt nhóm sản phụ có nguy cơ thiếu máu). Cho sử dụng sắt dự phòng Ferrous sulfate 100mg mỗi ngày. Ngoài sắt cần sử dụng phối hợp acide folic, Folat

## 9. PHÒNG BỆNH

Cần phát hiện nguy cơ thiếu máu trong thai nghén bằng cách cho xét nghiệm:

- Công thức máu: ở tháng thứ tư của thai nghén .
- Xét nghiệm Hemoglobin để điều trị nếu Hb < 10g/100ml.

- Nếu khám phát hiện có hạch, giảm bạch cầu, giảm bạch cầu đa nhân trung tính, bệnh bạch cầu cấp, u lympho bào, xuất huyết giảm tiểu cầu di truyền... cần mời thêm chuyên khoa huyết học truyền máu để cùng hội chẩn và điều trị.

# SA SINH DỤC

## 1. Định nghĩa

Sa sinh dục là hiện tượng tử cung sa xuống thấp trong âm đạo hoặc sa hẳn ra ngoài âm hộ, thường kèm theo sa thành trước âm đạo và bàng quang hoặc thành sau âm đạo và trực tràng.

Sa sinh dục là một bệnh khá phổ biến ở phụ nữ Việt Nam, nhất là phụ nữ làm việc nặng, sinh đẻ nhiều, để không an toàn trong lứa tuổi 40-50 tuổi trở lên. Người chưa đẻ lần nào cũng có thể sa sinh dục nhưng ít gặp hơn và chỉ sa cổ tử cung đơn thuần.

Bệnh không nguy hiểm đến tính mạng nhưng ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt, lao động

### - CLS:

- + Công thức máu, nhóm máu, Rh
- + Định lượng Ferbinogen, pt%, Aptt
- + Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluko,Creatinin
- + Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- + HIV,Giang mai, HbsAg
- + Siêu âm bụng tổng quát

## 2. CƠ CHẾ BỆNH SINH

### 2.1. Do sự thay đổi tư thế tử cung

Bình thường tư thế tử cung trong hố chậu là gập trước, đổ trước - thân tử cung gập với cổ tử cung một góc 120°. Cổ tử cung gập với trục âm đạo một góc 90°.

Các trường hợp tử cung đổ sau, hay tử cung trung gian là yếu tố làm dễ sa sinh dục.

### 2.2. Do tổ chức cơ

Cơ hoành chậu và cơ nâng hậu môn là các tổ chức quan trọng nhất để giữ cho tử cung khỏi sa. Các trường hợp rách cơ vòng hậu môn, màng cơ giãn mỏng, nhân trung tâm của tầng sinh môn bị phá hủy, dẫn đến sa thành âm đạo, sa tử cung.

### 2.3. Do tổ chức liên kết và dây chằng

Đó là do giãn các dây chằng tử cung - cùng, dây chằng tròn, dây chằng rộng. Các trường hợp giãn dây chằng đều gây sa sinh dục.

Tổ chức liên kết dưới phúc mạc và trên cơ nâng hậu môn kết hợp thành những vách ràng buộc các tạng với thành chậu, đáy chậu. Khi các tổ chức này bị tổn thương hoặc lỏng lẻo cũng góp phần vào sa sinh dục.

### **3. NGUYÊN NHÂN**

#### **3.1. Chưa đẻ**

Đẻ nhiều, đẻ dày, đẻ không an toàn, không đúng kỹ thuật, rách tầng sinh môn không khâu.

#### **3.2. Lao động quá nặng**

Lao động quá nặng hay quá sớm sau đẻ làm áp lực ổ bụng tăng lên khi các tổ chức còn yếu, chưa trở lại bình thường.

#### **3.3. Rối loạn dinh dưỡng**

Thường gặp những người bị bệnh mãn tính, suy dinh dưỡng, lớn tuổi.

#### **3.4. Cơ địa**

Ngoài ra còn do cơ địa bẩm sinh ở phụ nữ chưa đẻ lần nào, ở phụ nữ có sự thay đổi giải phẫu và chức năng của cơ quan sinh dục. Các trường hợp này thường sa cổ tử cung đơn thuần.

### **4. GIẢI PHẪU BỆNH VÀ PHÂN LOẠI**

#### **4.1. Thể bệnh**

##### **4.1.1. Sa sinh dục ở người chưa đẻ**

Ở những người chưa đẻ thường là sa cổ tử cung đơn thuần. Cổ tử cung dài, sa ra ngoài âm hộ nhưng thành âm đạo không sa.

##### **4.1.2. Sa sinh dục ở người đẻ nhiều lần**

Trước tiên là sa thành trước hoặc sa thành sau âm đạo sau đó kéo tử cung sa theo.

#### **4.2. Phân độ**

##### **4.2.1. Sa độ I**

- Sa thành trước âm đạo (kèm theo sa bàng quang)
- Sa thành sau (kèm theo sa trực tràng)
- Cổ tử cung ở thấp nhưng còn ở trong âm đạo, ngang với hai gai toạ, chưa nhìn thấy ở ngoài âm hộ.

##### **4.2.2. Sa độ II**

- Sa thành trước âm đạo (kèm theo sa bàng quang)
- Sa thành sau âm đạo (kèm theo sa trực tràng)
- Cổ tử cung thò âm hộ

##### **4.2.3. Sa độ III**

- Sa thành trước âm đạo (kèm theo sa bàng quang)

- Sa thành sau âm đạo (kèm theo sa trực tràng)
- Tử cung sa hẳn ra ngoài âm hộ

## 5. TRIỆU CHỨNG

Đặc điểm của bệnh là tiến triển rất chậm có thể từ 5-20 năm sau mỗi lần đẻ, lao động nặng trường diễn, sức khoẻ yếu, mức độ sa sinh dục lại tiến triển thêm.

### 5.1. Cơ năng

Triệu chứng cơ năng rất nghèo nàn. Tuỳ thuộc từng người sa nhiều hay ít, sa lâu hay mới sa, sa đơn thuần hay phối hợp.

Triệu chứng thường là khó chịu, nặng bụng dưới, đái rất, đái són, đái không tự chủ, có khi đại tiện khó. Triệu chứng trên chỉ xuất hiện khi bệnh sa lâu, mức độ cao.

### 5.2. Thực thể

Thường gặp 3 độ như trên, nếu sa độ II hay độ III bệnh nhân có thể thấy một khối sa ra ngoài âm hộ.

Cổ tử cung thường viêm loét do sa ra ngoài, cọ sát và do thiếu năng nội tiết  
Chẩn đoán dễ.

Cần chẩn đoán phân biệt:

- Lộn lòng tử cung.
- Cổ tử cung dài, phì đại đơn thuần ở những phụ nữ còn trẻ, chưa đẻ.
- Polyp cổ tử cung.
- Khối u âm đạo.

## 6. ĐIỀU TRỊ

### 6.1. Điều trị nội khoa

Ở những bệnh nhân già yếu, mắc các bệnh mãn tính, không có điều kiện phẫu thuật.

Vệ sinh hằng ngày, hạn chế lao động, có thể dùng các thuốc đông y nhưng kết quả không được như mong muốn.

Có 3 khả năng áp dụng:

- Phục hồi chức năng, đặc biệt là ở tầng sinh môn: Hướng dẫn các bài tập cơ cơ để phục hồi các cơ nâng ở vùng đáy chậu. Phương pháp này có thể làm mất các triệu chứng cơ năng và lùi lại thời gian phẫu thuật. Nếu phải phẫu thuật, thì việc phục hồi trương lực cơ đáy chậu cũng làm hạn chế tái phát sau mổ.

- Vòng nâng đặt trong âm đạo.

- Estrogen (ovestin, colpotropin): Đôi khi có tác dụng tốt với một số trường hợp có triệu chứng cơ năng như đau bàng quang, giao hợp đau, có tác dụng tốt để chuẩn bị phẫu thuật.



## 6.2. Điều trị ngoại khoa

Là phương pháp chủ yếu trong điều trị sa sinh dục. Có nhiều phương pháp phẫu thuật trong điều trị sa sinh dục. Mục đích phẫu thuật nhằm phục hồi hệ thống nâng đỡ tử cung, nâng bàng quang, làm lại thành trước, thành sau âm đạo, khâu cơ nâng hậu môn và tái tạo tầng sinh môn. Phẫu thuật sa sinh dục chủ yếu bằng đường âm đạo hơn là đường bụng. Ngoài cắt tử cung đơn thuần, nó còn tái tạo lại các thành âm đạo, vì vậy phẫu thuật trong sa sinh dục còn mang tính chất thẩm mỹ. Đây là ưu điểm chủ yếu mà phẫu thuật đường bụng không thể thực hiện được.

Các yếu tố có liên quan đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật:

- Tuổi và khả năng sinh đẻ sau khi phẫu thuật.
- Khả năng sinh lý tình dục
- Thể trạng chung của bệnh nhân
- Mức độ sa sinh dục

Có nhiều phương pháp phẫu thuật sa sinh dục. Ba phương pháp thông dụng là:

### 6.2.1. Phương pháp Manchester

Chỉ định chủ yếu cho phụ nữ còn trẻ, muốn có con và sa độ II. Phẫu thuật này cũng có thể áp dụng cho những bệnh nhân già sa sinh dục độ III mà không chịu được một cuộc phẫu thuật lớn.

Các bước phẫu thuật chính:

- Cắt cụt cổ tử cung .
- Khâu ngắn dây chằng Mackenrodt
- Khâu nâng bàng quang
- Làm lại thành trước.
- Phục hồi cổ tử cung bằng các mũi Sturmdorft
- Làm lại thành sau âm đạo

### 6.2.2. Phương pháp Crossen

Chỉ định: sa sinh dục độ III.

Phẫu thuật Crossen chỉ được tiến hành khi cổ tử cung không bị viêm loét.

- Cắt tử cung hoàn toàn theo đường âm đạo. Buộc chéo các dây chằng Mackenrodt và dây chằng tròn bên kia để treo mỏm cắt khâu vào nhau thành cái võng chắc, chống sa ruột.

- Khâu nâng bàng quang.
- Làm lại thành trước,
- Khâu cơ nâng hậu môn, làm lại thành sau âm đạo.

### **6.2.3. Phương pháp Lefort**

Đây là phương pháp đơn giản áp dụng cho người già, không còn quan hệ sinh lý, âm đạo cổ tử cung không viêm nhiễm.

Kỹ thuật: khâu kín âm đạo

Ngoài ra, người ta có thể chỉ làm lại thành trước âm đạo, nâng bàng quang, hoặc làm lại thành sau âm đạo và nâng trực tràng.

Nếu áp dụng phương pháp này ở phụ nữ vẫn còn tử cung, cần phải để hai rãnh nhỏ trong âm đạo để thoát dịch trong tử cung ra. Nếu khâu kín toàn bộ có thể gây tình trạng áp xe tử cung, tiểu khung.

## **7. PHÒNG BỆNH**

- Không nên đẻ nhiều, đẻ sớm, đẻ dày. Nên đẻ ở nhà hộ sinh hoặc cơ sở y tế đủ điều kiện.
- Không để chuyển dạ kéo dài, không rặn đẻ quá lâu. Thực hiện các thủ thuật phải đảm bảo đủ điều kiện, đúng chỉ định và đúng kỹ thuật.
- Các tổn thương đường sinh dục phải được phục hồi đúng kỹ thuật.
- Sau đẻ không nên lao động quá sớm và quá nặng.
- Tránh tình trạng táo bón.

## CÁC PHƯƠNG PHÁP GÂY CHUYỂN DẠ

Gây chuyển dạ hoặc khởi phát chuyển dạ là sự tác động của thầy thuốc làm cho cuộc chuyển dạ bắt đầu không phải cuộc chuyển dạ tự nhiên để chấm dứt thai kỳ.

### 1. Chỉ định

- Ối đã vỡ nhưng chưa chuyển dạ, màng ối vỡ nhưng chưa có cơn co tử cung hoặc cơn co yếu, cạn ối.
- Thai quá ngày sinh.
- Bệnh lý của mẹ như: tăng huyết áp, tiền sản giật, ung thư cần đình chỉ thai nghén, bệnh tim nhưng chưa suy tim mà ối bị vỡ non, bệnh chất tạo keo.
- Nhiễm khuẩn ối.
- Thai có dị tật bẩm sinh nặng có chỉ định đình chỉ thai nghén.
- Thai chết lưu trong tử cung.
- Thai chậm phát triển trong tử cung.

### 2. Chống chỉ định.

- Test không đủ kích và đủ kích có biểu hiện bệnh lý.
- Bất tương xứng thai - khung chậu.
- Ngôi bất thường không có chỉ định đẻ đường dưới.
- Rau tiền đạo.
- Sẹo mổ cũ trên tử cung.
- Sa dây rốn (thai sống).
- Herpes sinh dục.
- Các bệnh lý mạn tính nghiêm trọng của mẹ như suy tim, tiền sản giật nặng, sản giật... có thể chỉ định phẫu thuật lấy thai.

Bảng chỉ số Bishop

Điểm	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Đánh giá				
Độ mở cổ tử cung (cm)	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Độ xóa cổ tử cung (%)	0 - 30	40 - 50	60 - 70	≥ 80
Độ lọt của thai	-3	-2	-1 - 0	+1 - +2
Mật độ cổ tử cung	Cứng	Vừa	Mềm	
Hướng cổ tử cung	Sau	Trung gian	trước	

#### 4. Các phương pháp gây chuyển dạ.

##### 4.1. Bóc tách màng ối.

- Khám âm đạo, đưa ngón tay vào giữa màng ối và cổ tử cung, đầu ngón tay phải áp sát cổ tử cung để tách màng ối ra khỏi thành cổ tử cung và đoạn dưới tử cung.

##### 4.2. Bấm ối.

- Bấm ối chỉ thực hiện được khi cổ tử cung đã mở, bằng cách dùng 1 kim chọc dò dài hoặc 1 cành Kocher để gây thủng màng ối, sau đó dùng ngón tay xé rộng màng ối. Có thể bấm ối đơn thuần hoặc kết hợp với truyền oxytocin.
- Đánh giá số lượng và màu sắc dịch ối.
- Theo dõi nhịp tim thai trước và ngay sau khi bấm ối.

##### 4.3. Bóng Foley.

- Đưa một thông Foley qua lỗ trong cổ tử cung. Bơm 10 ml huyết thanh mặn 0,9% làm phồng bóng cao su tạo áp lực giúp cho cổ tử cung xóa và mở. Khi cổ tử cung mở được 3 cm, thông sẽ tự tuột ra ngoài và cuộc chuyển dạ được khởi phát. Có thể kết hợp với truyền tĩnh mạch oxytocin nếu cần.

##### 4.5. Bấm ối kết hợp với truyền oxytocin (chỉ được tiến hành tại cơ sở có phẫu thuật.)

###### 4.5.1. Các bước tiến hành.

- Cho 5 đv oxytocin pha vào 500 ml dung dịch glucose 5 %, truyền nhỏ giọt tĩnh mạch chậm, liều lượng lúc đầu 5 - 8 giọt/phút cho đến khi xuất hiện cơn co tử cung.
- Bấm ối, xé rộng màng ối.
- Theo dõi và điều chỉnh số giọt để đạt được số cơn co phù hợp với sự tiến triển của chuyển dạ.

- Ngoài ra, tùy tình hình của cuộc đẻ chỉ huy nếu cơn co mau cho oxytocin chảy chậm hoặc có thể phối hợp với những thuốc giảm co có tác dụng làm mềm cổ tử cung.
- Cuộc đẻ chỉ huy được coi là có kết quả khi cơn co đều đặn, tim thai tốt, ngôi lọt và cổ tử cung mở hết, có thể cho đẻ đường dưới và lấy ra một thai nhi khỏe mạnh.

**Lưu ý:** Đối với những thuốc có thể kìm hãm trung tâm hô hấp của thai nhi, chỉ nên dùng khi cổ tử cung đã mở 5 - 6 cm, thai có khả năng lọt và sổ trong một thời gian ngắn.

#### 4.5.2. Theo dõi và xử trí tai biến.

Theo dõi: tim thai, cơn co tử cung, độ mở cổ tử cung, độ lọt của ngôi để có thái độ xử trí kịp thời.

- Nếu thai suy, phải ngừng đẻ chỉ huy, phẫu thuật để cứu thai.
- Nếu cơn co tử cung quá thưa, nhẹ, tăng số giọt truyền. Nếu quá mạnh, mau thì giảm lưu lượng truyền và có thể sử dụng giảm co tử cung.
- Nếu cuộc đẻ chỉ huy kéo dài quá 6 giờ mà không tiến triển tốt thì phải phẫu thuật lấy thai.
- Tai biến có thể gặp là thai suy hoặc tử vong do theo dõi không tốt, can thiệp muộn.
- Có thể vỡ tử cung do truyền oxytocin gây cơn co mau, mạnh: phải phẫu thuật để cứu mẹ và con.

# CHỈ ĐỊNH

## SỬ DỤNG MÁU VÀ CHẾ PHẨM CỦA MÁU

Truyền máu là một phương pháp điều trị hiệu quả trong rất nhiều chuyên khoa. An toàn truyền máu đóng vai trò then chốt trong truyền máu. Hoạt động truyền máu chỉ có giá trị khi chúng ta thực hiện tốt an toàn truyền máu. An toàn truyền máu là một quy trình khép kín gồm nhiều giai đoạn trong đó truyền máu lâm sàng đứng ở vị trí cuối cùng nhưng rất quan trọng.

### Chỉ định sử dụng máu và các chế phẩm máu :

#### 1. Khối Hồng cầu

Mỗi đơn vị khối HC chuẩn có khả năng làm tăng lượng Hb lên thêm 10g/L hoặc tăng Hct lên thêm 3%.

##### Chỉ định:

- Điều trị trong hầu hết các trường hợp
- Thiếu máu mãn Hb < 7-10g/l
- Mất máu mà không giảm thể tích
- Sử dụng chung với dung dịch tinh thể hay cao phân tử khi mất máu cấp

#### 2. Tiểu cầu đậm đặc

Tiểu cầu được chỉ định truyền cho những bệnh nhân bị chảy máu do giảm số lượng hoặc chất lượng tiểu cầu. Đóp ứng 1-3g sau truyền

Khối TC được chỉ định mang tính chất dự phòng khi số lượng TC  $\leq 10$  G/L ( hoặc  $\leq 20$  G/L nếu có thêm các yếu tố nguy cơ khác như sốt cao, có các rối loạn đông máu...) và bệnh nhân không có hội chứng xuất huyết. Trong các trường hợp phẫu thuật, để đề phòng nguy cơ chảy máu, khối TC được chỉ định khi số lượng TC  $\leq 50$  G/L

Không nên chỉ định truyền khối TC trong các trường hợp sau:

- Triệu chứng chảy máu không phải do giảm TC về số lượng hoặc chất lượng.
- TC giảm do bị phá hủy bởi các nguyên nhân miễn dịch như bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch (ITP) xuất huyết giảm TC có huyết khối (TTP), hội chứng tan máu và tăng urê máu (HUS)...đồng thời bệnh nhân không có các triệu chứng chảy máu nặng đe dọa tử vong.
- Cần lưu ý các trường hợp TC giảm giả tạo do pha loãng máu khi bệnh nhân được truyền máu với số lượng lớn ( $>1,5$  thể tích máu của cơ thể hoặc  $>10$  đơn vị máu) trong một thời gian ngắn (24 giờ).

1 đơn vị tiểu cầu có khả năng nâng số lượng TC lên thêm 20 - 40G/L đối với một người nặng 60 – 70 Kg. Liều thông thường của người lớn là khoảng 2 – 3 đơn vị, điều chỉnh tùy

theo lâm sàng và xét nghiệm số lượng tiểu cầu. Trong trường hợp điều trị dự phòng, nên truyền trước mỗi 1 – 2 ngày vì tiểu cầu truyền vào chỉ sống trong cơ thể khoảng 3 – 4 ngày

### **Chỉ định**

- Không nên đơn thuần dựa vào số lượng TC
- Chỉ định bắt buộc: Giảm TC nặng và nếu xuất huyết đáng kể
- Chỉ định phần lớn dựa vào lâm sàng
- Phòng ngừa xuất huyết nặng gây tử vong: TC <20x10<sup>9</sup>/L
- Phòng ngừa trong phẫu thuật: TC <50x10<sup>9</sup>/L
- còn chảy máu: TC <75x10<sup>9</sup>/L

### **3. Huyết tương tươi đông lạnh (HTTĐL)**

Thành phần chủ yếu gồm albumin, immunoglobulin và các yếu tố đông máu. Mỗi ml HTTĐL chứa 1 đơn vị quốc tế mỗi yếu tố đông máu.

Huyết tương tươi đông lạnh (HTTĐL) là nguồn cung cấp các protein huyết tương thiếu hụt, HTTĐL được chỉ định trong các trường hợp:

- Thiếu hụt các yếu tố đông máu như yếu tố VIII hoặc IX và thực tế lâm sàng không có dung dịch cô đặc các yếu tố này.
- Thiếu hụt đồng thời nhiều yếu tố đông máu gây chảy máu: đông máu rải rác trong lòng mạch, xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối, bệnh gan...
- Thiếu hụt các yếu tố đông máu không gây chảy máu nhưng cần can thiệp phẫu thuật.
- Đang điều trị thuốc chống đông máu thuộc nhóm kháng vitamin K xuất hiện biến chứng chảy máu.
- Truyền máu số lượng lớn (>10 đơn vị trong 24h) gây rối loạn đông máu-chảy máu.

Không chỉ định truyền HTTĐL khi các rối loạn đông máu có thể điều trị hiệu quả hơn bằng các phương pháp điều trị đặc hiệu như vitamin K, tủa lạnh yếu tố VIII, dung dịch cô đặc yếu tố VIII, IX....Không dùng HTTĐL với mục đích chống tình trạng giảm thể tích tuần hoàn khi có các dung dịch truyền khác như dung dịch mặn ngọt hoặc dung dịch keo

Liều khởi đầu có thể khoảng 12 – 15 ml/kg cân nặng

Tính chất : Các yếu tố đông máu, Abumine, Immunoglobuline, Yếu tố VIII 70%

### **Chỉ định**

- Thay thế cho sự thiếu hụt YT đông máu: như suy gan, Thiếu vitamin K nặng
- Rối loạn đông máu do pha loãng máu
- DIC: fibrinogen < 100mg/dl

#### 4. Tủa lạnh ( yếu tố VIII)

Mỗi đơn vị tủa lạnh yếu tố VIII ( 15 – 20ml) chứa 150 – 200 mg fibrinogen, 80 – 120 UI yếu tố VIII, 40 – 70% yếu tố VIII:vWF và 20 – 40% yếu tố XIII, fibronectin.

Tủa lạnh yếu tố VIII được chỉ định điều trị:

- Các bệnh hemophili A, bệnh Willebrand khi không có các dung dịch cô đặc các yếu tố này.
- Các trường hợp thiếu hụt sợi huyết như tình trạng tiêu sợi huyết, đông máu rải rác trong lòng mạch...
- Bệnh thiếu yếu tố XIII

Liều lượng tủa lạnh yếu tố VIII đối với bệnh nhân hemophili A, Willebrand được tính theo công thức sau:

$$\text{Số đơn vị tủa lạnh cần truyền} = \frac{\text{Vht} \times \text{lượng VIII cần tăng(\%)}}{\text{lượng VIII trung bình trong mỗi đơn vị tủa lạnh}}$$

Vht = thể tích HT của cơ thể(ml) = 4% x trọng lượng cơ thể x 1000

Lượng VIII cần tăng = Lượng VIII dự định đạt tới – lượng VIII ban đầu

#### Chỉ định

- Thiếu yếu tố VIII
- Thiếu nhiều yếu tố đông máu: DIC
- Giảm fibrinogen
- Không cần chọn thuận hợp ABO

#### Albumin

- Được điều chế từ huyết tương từ nhiều người cho
- Thành phần :
  1. Albumin 5 %, 20 %, 25%
  2. PPF ( plasma protein fraction ) : albumin 5%
- Chỉ định :
  1. Điều trị thay thế do thiếu hụt albumin : sử dụng albumin 5%
  2. Điều trị phụ không lợi tiểu giảm ở bệnh nhõn protein : hội chứng thận hư và cổ chướng sử dụng albumin 20% và lợi tiểu



- Chống chỉ định :  
Không sử dụng thay thế cho dd tinh thể, không chỉ định như điều trị dinh dưỡng.
- Lưu ý : sử dụng albumin 20% có thể là nguyên nhân tăng cấp tính thể tích trong lòng mạch biến chứng OAP.
- Liều lượng :  $V_p(\text{bn}) \times (\text{albumin đạt} - \text{albumin hiện cú}) \times \text{lần} / \text{ngày}$

# SUY THAI CẤP

## 1. Các dấu hiệu của thai suy

### - CLS:

- + Công thức máu, nhóm máu, Rh
- + Định lượng Ferbinogen, pt%, Aptt
- + Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluco,Creatinin
- + Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- + HIV,Giang mai, HbsAg
- + Siêu âm
- + Monitorin theo dõi tim thai

### 1.1. Nhịp tim thai.

- Nhịp tim thai không đều, hoặc nhanh trên 160 lần/phút hoặc chậm dưới 120 lần/phút (đếm bằng ống nghe tim thai, đếm cả 1 phút, đếm trước và ngay sau cơn co tử cung) khi nghe tim thai ở các lần khác nhau.
- Bằng Monitor sản khoa: nhịp tim thai không đều: nhanh trên 160 lần/ phút hoặc chậm dưới 120 lần/ phút, nhịp tim thai phẳng, DIP II liên tục hoặc DIP III hoặc DIP I sâu, liên tục là dấu hiệu của suy thai

### 1.2. Nước ối.

- Có lẫn phân su (khi vỡ ối thấy màu nước ối xanh hoặc vàng bẩn).
- Thiếu ối (trên siêu âm hoặc khi bấm ối)

## 2. Xử trí.

- Hồi sức thai:

+ Cho thở oxygen 6 lít/phút.

+ Nằm nghiêng trái.

+ Giảm cơn co nếu có chỉ định.

+ Nếu đang truyền oxytocin thì ngừng truyền.

- Đánh giá lại tình trạng thai nhi, nếu tình trạng suy thai không cải thiện:

+ Đủ điều kiện : CTC mở trọn và đầu lọt thấp thì lấy thai bằng forceps.

+ Phẫu thuật lấy thai trong những trường hợp :

Thai suy cấp hồi sức không hiệu quả.

Nhịp tim thai phẳng hay có DIP II liên tục.

Thai suy, cơn co tử cung tăng nghi có bất xứng đầu chậu

Thai suy nghi ngờ dây rốn quấn cổ.

Tiền lượng cuộc chuyển dạ còn kéo dài hay thai quá ngày hay thai suy dinh dưỡng trong tử cung.

## XỬ TRÍ ĐA ỒI

### 1. ĐỊNH NGHĨA:

Ở thai đủ tháng, nếu buồng ối chứa trên 2000ml nước ối thì gọi là đa ối.

### 2. TRIỆU CHỨNG:

#### 2.1. ĐA ỒI MÃN

Chiếm 95% các trường hợp đa ối, thường xảy ra vào 3 tháng cuối thai kỳ, lượng ối phát triển không nhiều, tiến triển từ từ, ít gây ảnh hưởng đến tổng trạng mẹ.

- *Cơ năng*: thai phụ đến khám trong 3 tháng cuối thai kỳ vì trằn bụng dưới nhiều, khó chịu lúc đi đứng, bụng căng cứng, tim đập nhanh, khó thở, đau vùng thắt lưng.
- *Thực thể*:
  - + Tử cung rất to so với tuổi thai, căng, có dấu hiệu sóng võ.
  - + Khó sờ nắn các phần thai.
  - + Khó nghe được tim thai.
  - + Thăm âm đạo: đoạn dưới tử cung căng cứng, cổ tử cung hé mở, màng ối căng phồng.
- **CLS**:
  - + Công thức máu, nhóm máu, Rh
  - + Định lượng Ferbinogen, pt%, Aptt
  - + Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluco,Creatinin
  - + Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
  - + HIV,Giang mai, HbsAg

- + Monitorin theo dõi tim thai
- + Siêu âm: chẩn đoán số lượng thai, định lượng nước ối (chỉ số ối > 24 hay độ sâu khoang ối lớn nhất > 8cm), khảo sát chi tiết hình dạng thai.
- + Xét nghiệm tổng quát giúp tìm một số bệnh lý của người mẹ: giang mai, tiểu đường, bất đồng nhóm máu...

## 2.2. ĐA ỒI CẤP

Thường xảy ra sớm ở 3 tháng giữa thai kỳ ( tuần 16 – 20 của thai kỳ) thường là dấu hiệu một bệnh lý của trứng hoặc dị dạng thai.

## 3. XỬ TRÍ:

*Trong lúc mang thai:*

- Đa ối nhẹ, vừa thường ít khi điều trị.
- Nhập viện khi: thai phụ có khó thở, đau bụng hay đi lại khó khăn.
- Đa ối cấp: chấm dứt thai kỳ khi thai có dị dạng hay khi các triệu chứng lâm sàng nặng lên.

*Chuyển dạ:*

- Nếu cơn co tử cung rối loạn: tia ối giúp giảm áp lực trong buồng ối. Ới vỡ tự nhiên, có thể gây sa dây rốn hoặc ngôi thai bất thường.
- Mổ lấy thai khi có chỉ định sản khoa.
- Sau sinh, dự phòng băng huyết sau sinh do đờ tử cung.

## **XỬ TRÍ SẢY THAI ĐANG TIẾN TRIỂN**

### **I.CHẨN ĐOÁN:**

**1.Bệnh sử:** Xác định ngày kinh chót.

- Tiền sử sản phụ khoa: Số con đã có. Tuổi con nhỏ nhất - Số lần , sảy thai hút thai.
- Tiền căn mổ lấy thai, bóc nhân xơ tử cung
- Tiền căn bệnh nội ngoại khoa: Bệnh lý tim mạch, Cường giáp...

**2.Khám:**

- Xác định vị thế tử cung, xác định tuổi thai
- Đánh giá tình trạng sảy thai: độ mở CTC, huyết âm đạo, gò TC

**CLS:**

- Công thức máu, nhóm máu, Rh
- Định lượng Ferbinogen, pt%, Aptt
- Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluco,Creatinin
- Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- HIV,Giang mai, HbsAg
- Siêu âm kiểm tra thai
- Monitorin theo dõi tim thai

### **II.TƯ VẤN**

- Tư vấn trước và sau hút thai

- Tư vấn các biện pháp tránh thai sau khi hút thai
- Tư vấn khả năng sinh sản sau thủ thuật ( Thời gian có thể mang lại là từ 10-14 ngày sau hút thai. Tốt nhất nên có thai lại ít nhất 3-6 tháng sau sẩy thai )

**KHÁCH HÀNG ĐƯỢC GIẢI THÍCH RÕ RÀNG** các nguy cơ của hút thai và tự nguyện ký tên vào tờ cam kết hút thai theo yêu cầu

**UỐNG THUỐC GIẢM ĐAU** trước khi làm thủ thuật đối với những trường hợp vô cảm bằng tê cạnh cổ TC (Paracetamol 1g hoặc Ibuprofen 400 mg uống 30 phút trước khi làm thủ thuật)

### **III. QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Sát trùng âm hộ (kèm I). Sát trùng âm đạo, CTC (Kèm II)
- Gây tê mép trước CTC (Vị trí 12g với 1 ml Lidocain 1%)
- Kẹp CTC bằng kèm Pozzi
- Gây tê cạnh CTC với 4 ml Lidocain 1% ở vị trí 4 hoặc 5 g và 7 hoặc 8g
- Nong CTC bằng ống hút nhựa ( nếu trường hợp khó có thể sử dụng bộ nong bằng kim loại Hégar hay Pratt). Tuy nhiên CTC thường mở và không phải nong trong những trường hợp sẩy thai đang tiến triển
- Chọn ống hút thích hợp với tuổi thai
- Hút thai ( bằng bơm hút chân không hay bơm điện ), đánh giá hút sạch buồng tử cung
- Mở kèm Pozzi, lau sạch CTC và âm đạo
- Kiểm tra mô và tổ chức hút thai
- Chuyển khách hàng sang buồng hồi phục

### **IV. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT:**

- Theo dõi sinh hiệu, huyết âm đạo, đau bụng dưới
- Hướng dẫn sử dụng toa thuốc và cách chăm sóc sau thủ thuật
- Hẹn ngày tái khám và các dấu hiệu bất thường cần tái khám ngay
- Hướng dẫn ngừa thai tránh mang thai ngoài ý muốn

## XỬ TRÍ THIỂU ỚI

### 4. ĐỊNH NGHĨA:

Thiểu ối khi thể tích nước ối đo được dưới 250ml, đồng thời màng đệm và màng ối phải còn nguyên vẹn.

### 5. TRIỆU CHỨNG:

- Bề cao tử cung nhỏ hơn tuổi thai, tử cung mềm và mất dấu bập bênh thai.
- Hỏi bệnh có thể giúp tìm bệnh lý của mẹ gây thiếu ối.
- Siêu âm: chỉ số ối < 5 ( chỉ số ối 5- 8 là tình trạng nước ối ít hơn bình thường) hay độ sâu khoang ối lớn nhất < 10mm (10- 20mm là lượng nước ối ít hơn bình thường). Siêu âm còn có thể giúp phát hiện các bất thường hình thái thai nhi.

### CLS

- Công thức máu, nhóm máu, Rh
- Định lượng Fibrinogen, pt%, Aptt
- Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Glucose,Creatinin
- Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- HIV,Giang mai, HbsAg
- Siêu âm kiểm tra thai
- Monitorin theo dõi tim thai

### 6. XỬ TRÍ:

Cần loại trừ tình trạng ối vỡ non, Vô ối cần chấm dứt thai kỳ ngay.

#### Hướng xử trí tùy thuộc:

- Tuổi thai.



- Nguyên nhân gây thiếu ối của mẹ hoặc thai: Bất thường nhiễm sắc thể, dị tật thai nhi (đặc biệt chức năng thận của thai).
- Tình trạng thai chậm phát triển trong tử cung: sự phát triển của thai, thể tích nước ối, nhịp tim thai, động học tuần hoàn tử cung nhau, tuần hoàn nhau- thai, tuần hoàn não thai nhi (siêu âm Doppler).
- Tình trạng suy thai trong tử cung.

## **CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT NỘI SOI**

### **1. CHỈ ĐỊNH NỘI SOI Ổ BỤNG**

#### **1.1. Chỉ định:**

- Bilan chẩn đoán hiếm muộn
- Thai ngoài tử cung chưa có dấu hiệu choáng
- Khối u cạnh tử cung
- U xơ tử cung # thai 12 tuần
- Dị vật trong ổ bụng (vòng tránh thai ...)
- Triệt sản
- Second look sau phẫu thuật và hóa trị liệu ung thư buồng trứng
- Chẩn đoán và xử trí ung thư cổ tử cung

#### **CLS**

- Công thức máu, nhóm máu, Rh
- Định lượng Ferbinogen, pt%, Aptt
- Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluco,Creatinin
- Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- HIV,Giang mai, HbsAg
- Siêu âm kiểm tra

#### **1.2. Chống chỉ định:**

- Tất cả các chống chỉ định của gây mê trong PT nội soi

- Béo phì
- Khối u to gần chạm rốn
- TNTC có choáng, thai ở đoạn kẽ
- Nghi ung thư buồng trứng
- Ổ bụng có sẹo mổ cũ dính nhiều, VMC 2 lần, mổ viêm phúc mạc cũ, VMC lấy thai

## **2. CHỈ ĐỊNH NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG**

### **2.1. Chỉ định:**

- Bilan chẩn đoán hiếm muộn
- Xuất huyết tử cung bất thường (rong kinh, rong huyết không đáp ứng điều trị nội...)
- U xơ tử cung dưới niêm
- Polyp lòng tử cung, polyp kênh cổ tử cung
- Tăng sinh nội mạc tử cung không đáp ứng điều trị nội
- Dị dạng tử cung
- Dính buồng tử cung
- Dị vật buồng tử cung (sốt nhau, sót xương thai, vòng ...)
- IVF thất bại nhiều lần
- Second look sau dính lòng tử cung, sau cắt đốt NXTC dưới niêm

### **2.2. Chống chỉ định:**

- Có thai
- Viêm âm đạo, cổ tử cung
- Chảy máu lòng tử cung nhiều
- Nhân xơ tử cung dưới niêm quá to > 6cm

# CHOÁNG SẢN KHOA

## I. Định nghĩa

Choáng sản khoa là một tình trạng choáng do các nguyên nhân sản khoa gây nên mà thường gặp là do mất máu và nhiễm khuẩn (vỡ tử cung, rách phức tạp phần mềm đường sinh dục dưới ...).

## II. Nguyên nhân

### 1. Do mất máu:

- Nhau tiền đạo
- Nhau cài răng lược bán phần
- Nhau bong non
- Chảy máu sau đẻ: vỡ tử cung, sang chấn đường sinh dục dưới, đờ tử cung gây băng huyết.
- Sảy thai băng huyết
- Chảy máu sau nạo do sót nhau
- Chữa ngoài tử cung vỡ

### 2. Do nhiễm khuẩn

- Phá thai phạm pháp
- Nhiễm khuẩn hậu sản: nhiễm khuẩn huyết, viêm phúc mạc sau mổ đẻ ...

### 3. Do tâm lý, phản xạ, đau đớn

- Không giải thích trước khi thăm khám vùng sinh dục, tầng sinh môn
- Không dùng thuốc giảm đau hoặc thuốc giảm đau chưa có tác dụng đã khám, can thiệp .

### **III. Biểu hiện**

#### **1. Choáng do mất máu**

- Toàn trạng: mệt mỏi, vật vã, da xanh tái, vã mồ hôi, chân tay lạnh, thờ ơ.
- Nhịp thở nhanh nông: > 30 lần/ phút
- Mạch quay nhanh nhỏ (> 110 lần/ phút), khó bắt.
- Huyết áp tụt (Huyết áp tâm thu < 90 mmHg), có khi không đo được.
- Thiếu niệu hoặc vô niệu (< 400ml/ 24 giờ).
- Xét nghiệm máu biểu hiện tình trạng thiếu máu nặng.

#### **2. Choáng do nhiễm khuẩn, nhiễm độc**

- Mệt mỏi, lơ mơ, vật vã, vẻ mặt nhiễm trùng, nhiễm độc
- Sốt cao, có khi rét run do độc tố của vi khuẩn, có khi hạ nhiệt độ.
- Mạch quay nhanh nhỏ, khó bắt.
- Huyết áp tụt hoặc không đo được.
- Nhịp thở nhanh.
- Da xanh, vàng, đôi khi có những đám xuất huyết dưới da.
- Thiếu niệu hoặc đôi khi vô niệu.
- Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng cao, công thức bạch cầu biến động.
- Cấy máu khi bệnh nhân rét run có thể thấy vi khuẩn mọc.

#### **3. Choáng do tâm lý, phản xạ, đau đớn**

- Toàn trạng: da xanh, vã mồ hôi
- Mạch quay nhỏ, khó bắt
- Huyết áp tụt hoặc không đo được
- Nhịp thở nhanh nông
- Xét nghiệm máu bình thường, bạch cầu không tăng.

### **CLS**

- Công thức máu, nhóm máu, Rh
- Định lượng Ferbinogen, pt%, Aptt
- Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluco,Creatinin
- Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- HIV,Giang mai, HbsAg
- Siêu âm kiểm tra

#### **IV. Thái độ xử trí tích cực ban đầu**

- Cần duy động tất cả nguồn lực chống choáng cho bệnh nhân đồng thời phải mời BS GMPT xuống hỗ trợ.
- Cần theo dõi sát 15 phút/ 1 lần các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Đặt bệnh nhân nằm tư thế đầu thấp, thông thoáng đường thở, hút dịch và đờm rãi nếu tiết dịch nhiều.
- Thiết lập đường truyền dịch, có khi phải thiết lập nhiều đường truyền dịch cùng một lúc. Dung dịch truyền là Natri clorua 0,9%, Ringer lactat.
- Xác định sơ bộ nguyên nhân gây sốc.
- Tư vấn cho gia đình về tình trạng bệnh nhân.

#### **V. Xử trí theo nguyên nhân**

##### **1. Choáng do mất máu**

- Bằng mọi biện pháp phải cầm máu tạm thời.
- Bồi phụ lượng máu đã mất, phải đánh giá lượng máu mất, xét nghiệm công thức máu, lượng huyết sắc tố và Hematocrit.
- Cung cấp đủ oxy
- Trợ tim: truyền Dopamin tĩnh mạch.
- Chống toan huyết
- Chống rối loạn đông máu bằng tiêm Transamin 0,5g TM hoặc Fibrinogen hoặc máu tươi.
- Cho kháng sinh chống nhiễm khuẩn.
- Điều trị nguyên nhân chảy máu
  - + Nhau tiền đạo, nhau bong non: mổ lấy thai, khâu cầm máu. Nếu không cầm máu thì thắt động mạch tử cung, thắt động mạch hạ vị hay cắt tử cung bán phần.
  - + Đờ tử cung: sử dụng thuốc tăng co, kích thích cơ học vào tử cung; nếu không kết quả thì thắt động mạch tử cung, động mạch hạ vị hoặc cắt tử cung.
  - + Nhau cài răng lược: bóc nhau, nếu không được thì cắt tử cung.
  - + Tổn thương đường sinh dục: khâu phục hồi những chỗ rách.

##### **2. Choáng do nhiễm khuẩn, nhiễm độc**

- Đảm bảo thông khí, Chống toan huyết
- Truyền máu, dịch. Trợ tim, tăng lưu lượng tuần hoàn
- Điều trị kháng sinh: theo nguyên tắc là dùng kháng sinh phổ rộng, kết hợp kháng sinh và dựa vào kháng sinh đồ
- Hydrocortison 100mg TM

- Điều trị nguyên nhân nhiễm khuẩn: Cắt tử cung + Dẫn lưu ổ bụng + Dẫn lưu ổ mủ (nếu có)

### **3. Choáng do tâm lý, phản xạ, đau đớn**

- Đảm bảo thông khí: thở oxy
- Trợ tim, tăng lưu lượng tuần hoàn
- Cần điều trị theo nguyên nhân: giải thích, giảm đau kết hợp chống sốc

## **DỰ PHÒNG DỌA VỠ TỬ CUNG, VỠ TỬ CUNG**

### **1. Bước 1 : Phân loại bệnh :**

Khi thai phụ đến phòng sanh, sẽ được làm bệnh án, khai thác tiền sử nội ngoại và sản khoa, sẽ được thăm khám để phân loại bệnh.

#### **Nguy cơ dọa vỡ tử cung, vỡ tử cung:**

1. Đa sản.
2. Nghi ngờ bất xứng đầu chậu : con to, khung chậu hẹp.
3. Ngôi bất thường.
4. Có khối u tiền đạo.
5. Có vết mổ lấy thai ở lần sanh trước hoặc do những phẫu thuật trên cơ tử cung : bóc nhân xơ, tạo hình tử cung, vá lỗ thủng tử cung ...
6. Do tuyến trước chuyển đến vì chuyển dạ kéo dài, can thiệp thủ thuật thất bại, rặn không chuyển... có sử dụng thuốc tăng co.
7. Đang sử dụng thuốc tăng co.
8. Đang dùng thủ thuật hủy thai : Willette, bracton – hicks.
9. Đang dùng thủ thuật : Nội xoay thai, đại kéo thai, sanh giác hút, sanh kèm.

### **2. Bước 2 : Kế hoạch chăm sóc trước sanh.**

#### **2.1. Phân điều dưỡng**

- Ghi nhận dấu hiệu sinh tồn, thể trạng : Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Bắt cơn co tử cung, theo dõi cơn co: 1 giờ 1 lần.
- Làm các xét nghiệm: Công thức máu, Hemoglobin, Hematocrit, nhóm máu.
- Ghi vào bệnh án: Sanh khó.
- Báo bác sĩ

## 2.2. Phần Bác sĩ

- Thăm khám toàn diện, thăm khám sản khoa, xác định lại nguy cơ sanh khó.
- Kiểm tra lại các xét nghiệm, bổ sung các xét nghiệm cần thiết.
- Cho y bệnh xử trí phụ thuộc vào từng loại bệnh gây đẻ khó, chụp kích quang chậu, siêu âm ... cho thuốc giảm co.
- Khi sử dụng thủ thuật phải đúng chỉ định, đủ điều kiện đảm bảo kỹ thuật. Kiểm tra lại sự toàn vẹn của Tử cung, cổ tử cung sau thủ thuật.

## 3. CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ DỌA VỠ TỬ CUNG

Vấn đề quan trọng nhất là phát hiện, chẩn đoán được giai đoạn này để xử trí kịp thời, thì mới tránh được vỡ tử cung.

### Dấu hiệu dọa vỡ tử cung:

- Dấu hiệu vòng Band – Frommel
- Cơ co tử cung cường tính.
- Tử cung biến dạng, hình thắt bầu eo : Xuất hiện vòng băng giữa đoạn dưới tử cung và thân tử cung. Vòng băng này dâng lên cao từ từ, từ trên vệ đến ngang rốn, khi đến rốn thì có thể vỡ tử cung.
- Hai dây chằng tròn căng như hai sợi dây đàn.
- Thăm khám âm đạo: Phát hiện được những nguyên nhân gây đẻ khó dẫn đến dọa vỡ tử cung.

## 3.2. XỬ TRÍ

### 3.2.1. Phần điều dưỡng

- Bắt, ghi nhận cơn co tử cung
- Tắt dịch truyền tăng co nếu đang tăng co.
- Đo huyết áp, đếm mạch, nghe tim thai.
- Đặt monitor theo dõi cơn co tử cung nếu có máy Monitor sản khoa.
- Báo ngay BS., Báo phòng mổ khẩn cấp khi có y lệnh của Bác sĩ.

### 3.2.2. Phần Bác sĩ

- Xác định ngay dấu hiệu dọa vỡ tử cung.
- Xử dụng thuốc giảm co mạnh : Dolargan, Buscopan...
- Tìm nguyên nhân gây dọa vỡ tử cung và xử trí theo nguyên nhân.
- Nếu là nguyên nhân gây đẻ khó thì phải can thiệp bằng mổ cấp cứu lấy thai qua ngã bụng.

## 4. CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ VỠ TỬ CUNG

### 4.1. Chẩn đoán:

- Cơ co tử cung không còn, thai phụ có tình trạng choáng: mạch nhanh, huyết áp giảm, tay chân lạnh, vã mồ hôi ...
- Tử cung không còn hình dạng bình thường và chia thành 2 khối: 1 khối là tử cung thu nhỏ lại nằm một bên ổ bụng, 1 khối là thai nhi bị tống xuất vào trong ổ bụng có thể sờ được tay chân thai nhi nằm ngay sát dưới thành bụng.
- Tìm thai không còn.
- Khám âm đạo: Nếu là ngôi dọc: Không thấy phần thai hoặc phần thai rất cao. Nếu là ngôi ngang : vai xuống thấp.

Khi cho tay vào buồng tử cung có thể sờ thấy chỗ vỡ ở đoạn dưới tử cung, đưa tay sâu hơn có thể nắm được các quai ruột hoặc ngón tay chạm thành bụng.

**Chú ý:** chỉ được thăm khám bằng động tác này khi đã gây mê cho thai phụ vì có thể sẽ làm cho thai phụ choáng nặng hơn do rất đau.

- Thông tiểu : nước tiểu lẫn máu.

### 4.2. Xử trí

#### 4.2.1. Phần điều dưỡng: nên có 3 nữ hộ sinh phối hợp chặt chẽ

- Đo huyết áp, mạch, theo dõi tổng trạng, nhịp tim, cho thai phụ thở oxy 5 L/phút.
- Thực hiện ngay hai đường truyền tĩnh mạch bằng kim luôn, kim to, với các dung dịch cao phân tử, hoặc dịch mặn, Lactate Ringer thực hiện chỉ dẫn.
- Xin máu, báo ngay bác sĩ, báo phòng mổ.

#### 4.2.2. Phần bác sĩ

- Hồi sức chống choáng, nâng huyết áp bằng Hydrocortison 100 – 200mg tiêm TM chậm, Clorua Calcium: 0,5 – 1 g tiêm TM chậm.
- Truyền máu, cho y lệnh chuyển ngay phòng mổ, mổ cấp cứu tùy tình trạng tổn thương tử cung để xử trí.



## HỒI SỨC SƠ SINH

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Sinh ngạt là tình trạng thất bại trong việc khởi động và duy trì hô hấp lúc mới sinh dẫn đến hậu quả thiếu oxy máu, toan chuyển hoá, có thể gây tử vong sơ sinh hoặc để lại nhiều di chứng về sau.

Theo WHO có khoảng 3% trong tổng số 120 triệu trẻ sơ sinh mỗi năm ở các nước đang phát triển bị ngạt khi sinh cần được hồi sức. Mỗi năm có khoảng 900.000 trẻ tử vong do ngạt.

### 2. ĐÁNH GIÁ TRẺ SƠ SINH NGAY SAU ĐẸ

Chỉ số APGAR: đánh giá trẻ sau sinh ở thời điểm 1 phút và lặp lại ở 5 phút sau sinh.

Bảng điểm APGAR

Dấu hiệu	0	1	2
Nhịp tim	Không có	< 100 lần/1/	> 100 lần/ 1/
Hô hấp	Không có	Chậm, không đều	Tốt, khóc
Trương lực cơ	Mềm nhũn	Có vài sự co cơ các chi	Vận động tốt
Phản xạ	Không đáp ứng	Nhấn mặt	Khóc to
Màu da	Xanh, tím toàn thân	Thân hồng, tay chân tím	Toàn thân hồng

Theo nhiều tác giả, người ta nên đánh giá điểm số APGAR ở những thời điểm 1 phút, 3 phút, 5 phút, 10 phút sau sinh.

Trẻ tốt đạt điểm tối đa là 10.

Đánh giá điểm số APGAR sau 1 phút để xác định xem có cần hồi sức hay không?

- APGAR 7 - 10/1 phút: Tình trạng trẻ tốt, chỉ cần hút sạch nhớt ở mũi - hầu

- APGAR 4 - 6/1 phút: Trẻ ngạt từ nhẹ đến trung bình. Hô hấp yếu, trương lực cơ nhỏ, màu sắc da xanh đến tím nhưng nhịp tim và kích thích phản xạ tốt. Cần được hồi sức.

- APGAR 0 - 3/1phút: Trẻ ngạt nặng, không khóc, không thở, mạch rốn không đập hoặc đập dưới 80 lần/phút. Nhịp tim chậm đến không nghe được. Đáp ứng phản xạ yếu hay không có, phải hồi sức tích cực.

### **3. PHƯƠNG PHÁP HỒI SỨC**

#### **3.1. Dụng cụ và phương tiện**

- Quả bóp cao su (Poire)
- Ống hút nhót
- Máy hút điện
- Mặt nạ sơ sinh nhiều cỡ .
- Bóng ambu
  - Đèn soi thanh quản (đèn để đặt NKQ).
  - Ống nội khí quản sơ sinh - kèm Magill
  - Máy thở trẻ em với áp suất dương
  - Thuốc:
    - + Dung dịch Glucose 10% , 5%
    - + Dung dịch Natri Bicarbonate bán phân tử 4,2%
    - + Calcium gluconate 10%
    - + Albumin 5%
    - + Adrenaline 0,1%
- Lò sưởi điện hoặc túi nước nóng, bóng đèn sưởi.
- Giường ấm hoặc lồng kính để theo dõi sau khi hồi sức.

#### **3.2. Kỹ thuật**

Các nguyên tắc hồi sức sơ sinh:

A - (Airway) : Thông đường hô hấp

B - (Breathing) : Hỗ trợ hô hấp

C - (Circulation) : Bảo đảm tuần hoàn tối thiểu có hiệu quả

##### **3.2.1. Làm sạch đường hô hấp**

Đặt trẻ nằm đầu hơi thấp, nghiêng trái, hút nhót ở hầu và mũi. Nếu trẻ hít phân su đặc, đặt nội khí quản với ống hút cỡ lớn và cho thông khí áp suất dương sau khi đã làm sạch đường hô hấp. Khi đường hô hấp được làm sạch và tình trạng trẻ tốt hơn, đặt sonde để hút hết những phân su còn đọng lại trong dạ dày.

##### **3.2.2. Giữ ấm**

Đặt trẻ nơi khô ráo, có đèn sưởi bức xạ bên trên, lau khô trẻ ngay lập tức. Sự giảm nhiệt độ là một kích thích góp phần làm suy yếu trẻ. Nếu cần hồi sức, trẻ phải được sưởi ấm cho đến khi trẻ chuyển về phòng sơ sinh.

### **3.2.3. Hỗ trợ hô hấp**

Nếu trẻ không thở, kích thích trẻ bằng cách búng vào gan bàn chân hay xoa má, ngực, bụng, lưng đồng thời cho thở oxy 100% qua mặt nạ là đủ kích thích trẻ thở. Nếu hô hấp không bắt đầu sau 30 giây, thì cho thở oxy qua mặt nạ/túi/van, đủ để tạo sự di động của lồng ngực. Áp lực cần cho động tác thở ban đầu là 30 - 35cmH<sub>2</sub>O. Đối với trẻ thiếu tháng, lúc đầu sử dụng áp lực cao hơn sau đó giảm dần để có được sự di động nhẹ nhàng của lồng ngực. Sự thông khí cũng nên thực hiện khi nhịp tim của trẻ < 100 nhịp/ phút. Sử dụng thông khí với áp lực dương:

- Thông khí bằng bóng và mặt nạ: Dễ thực hiện và thường có hiệu quả.

+ Đầu trẻ hơi ngửa ra sau, mặt nạ được giữ bởi ngón cái và 2 ngón trỏ và giữa của bàn tay trái, đặt mặt nạ nhẹ nhàng mà chắc lên trên miệng, mũi của bé. Hai ngón tay còn lại của bàn tay trái dùng để nâng cằm. Bóp bóng bằng bàn tay phải, cung cấp khí giàu oxy với tần số 40 lần/phút. Người thực hiện tốt nhất là đứng về phía đầu của bé.

+ Hiệu quả của thông khí được đánh giá bằng cách quan sát cử động lồng ngực của trẻ và sự tăng nhịp tim.

- Thông khí qua ống nội khí quản:

+ Chỉ định:

- \* Thông khí bằng bóng và mặt nạ thất bại.
- \* Tắc nghẽn đường thở nghi ngờ do bấu giáp hoặc tật hàm nhỏ.
- \* Hít phân su sau khi đã hút sạch, thoát vị cơ hoành.
- \* Khi phải bóp tim ngoài lồng ngực.

### **3.2.4. Bóp tim ngoài lồng ngực**

Thực hiện khi tim thai vừa mới nghe được trước khi sinh nhưng không nghe được tiếng tim hoặc tim ngừng đập sau khi sinh, hoặc trong vòng 30 giây từ khi bắt đầu thông khí mà nhịp tim không tăng trên 100 nhịp/phút. Dùng 2 ngón tay đặt trên thành ngực trước tại vị trí 1/3 dưới đường giữa xương ức. Tần số 100 - 120 lần/ phút. Cứ 3-4 lần bóp tim xen kẽ một lần bóp bóng. Nếu trong vòng 30 giây thực hiện xoa bóp tim ngoài lồng ngực kết hợp với bóp bóng mà trẻ không đáp ứng tốt nên cho thuốc.

## **4. CÁC THUỐC SỬ DỤNG VÀ DỊCH TRUYỀN DÙNG CHO HỒI SỨC SƠ SINH**

### **4.1. Đường sử dụng**

- Đường tĩnh mạch ngoại biên: Không có sẵn từ phút đầu.

- Đường tĩnh mạch rốn: Chích thuốc trực tiếp, nhanh nhưng có thể có tai biến thiếu máu cục bộ hay huyết khối tại vùng động mạch hạ vị.

- Đường nội khí quản: Một vài loại thuốc có thể qua đường nội khí quản nhanh chóng và có hiệu quả tương đương đường tĩnh mạch.

## **4.2. Thuốc**

### **5.2.1. Adrenalin**

- Chỉ định: Khi nhịp tim < 60 lần/ phút sau 30 giây thông khí và xoa bóp tim ngoài lồng ngực.

- Liều 0,1ml 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> pha loãng với 0,9 ml NaCl 9<sup>0</sup>/<sub>100</sub> tiêm tĩnh mạch rôn hay đường nội khí quản.

### **4.2.2. Bicarbonate Natri 4,2%**

- Liều 2 - 8 ml/kg tiêm tĩnh mạch có thể lặp lại sau 10 phút.

- Chỉ nên dùng trong trường hợp bé bị toan chuyển hóa, không có lợi trong trường hợp chỉ có toan hô hấp đơn thuần.

- Chỉ định:

+ Ngưng tim kéo dài

+ Rối loạn hô hấp kéo dài > 10 phút

+ Chú ý: Tiêm bicarbonat chậm vào tĩnh mạch với thời gian tối thiểu là trên 2 phút.

### **4.2.3. Glucose 10%**

- Liều 3-5ml/kg. Không nên cho quá nhiều Glucose, vì trong điều kiện thiếu oxy, Glucose sẽ chuyển hóa theo con đường yếm khí tạo ra rất ít năng lượng mà giải phóng nhiều acid lactic gây toan chuyển hóa.

### **4.2.4. Naloxone**

- Chỉ định khi trẻ bị ức chế hô hấp do các thuốc thuộc nhóm morphine. Liều 0,1mg/kg, # 0,3mg cho một lần tiêm.

- Cách pha: lấy 0,5 ml (1/2 ống = 0,2mg) pha với 1,5 ml NaCl 9<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

- Dùng liều 0,1ml dd/kg tĩnh mạch, tiêm bắp hay đường nội khí quản.

- Có thể cho nhiều lần vì thời gian tác dụng của thuốc ngắn hơn so với các thuốc nhóm Morphin.

### **4.2.5. Albumine 5%**

- Chỉ định khi giảm thể tích tuần hoàn.

Liều 10 – 20 ml/kg tiêm tĩnh mạch trên 15 phút.

### **4.2.6. Isuprel**

- Nếu tim chậm kéo dài.

Liều 5 - 20 mg/kg/liều tiêm tĩnh mạch với tốc độ 0,1 - 1 mg/kg/phút.

## **5. CHỈ ĐỊNH HỒI SỨC**

### 5.1. Điểm số APGAR 7 - 10/1'

Chỉ cần hút sạch nhớt ở mũi - hầu

### 5.2. Điểm số APGAR 4 - 6/1'

Trẻ ngạt từ nhẹ đến trung bình còn gọi là ngạt tím

- Nếu trẻ chỉ tím tái nhưng nhịp tim > 100 lần/ phút thì:

- + Thông đường hô hấp bằng cách hút dịch ở mũi - hầu và miệng.
- + Sau đó giúp thở bằng mặt nạ.
- + Nếu sau đó trẻ thở tốt không cần tiêm thuốc.

- Nếu sau hồi sức 5-10 phút mà tình trạng trẻ không được cải thiện, thì:

+ Tiêm Bicarbonat natri 4,2% (5ml/kg) và dung dịch Glucose 10% (3-4ml/kg) vào tĩnh mạch rốn.

+ Theo dõi nhịp tim trẻ nếu chậm < 100 lần/phút thì thực hiện theo phác đồ (sơ đồ 2). + Khám kỹ để phát hiện dị tật hẹp lỗ mũi sau hay thoát vị cơ hoành...

### 5.3. Điểm số APGAR 0 - 3/1'

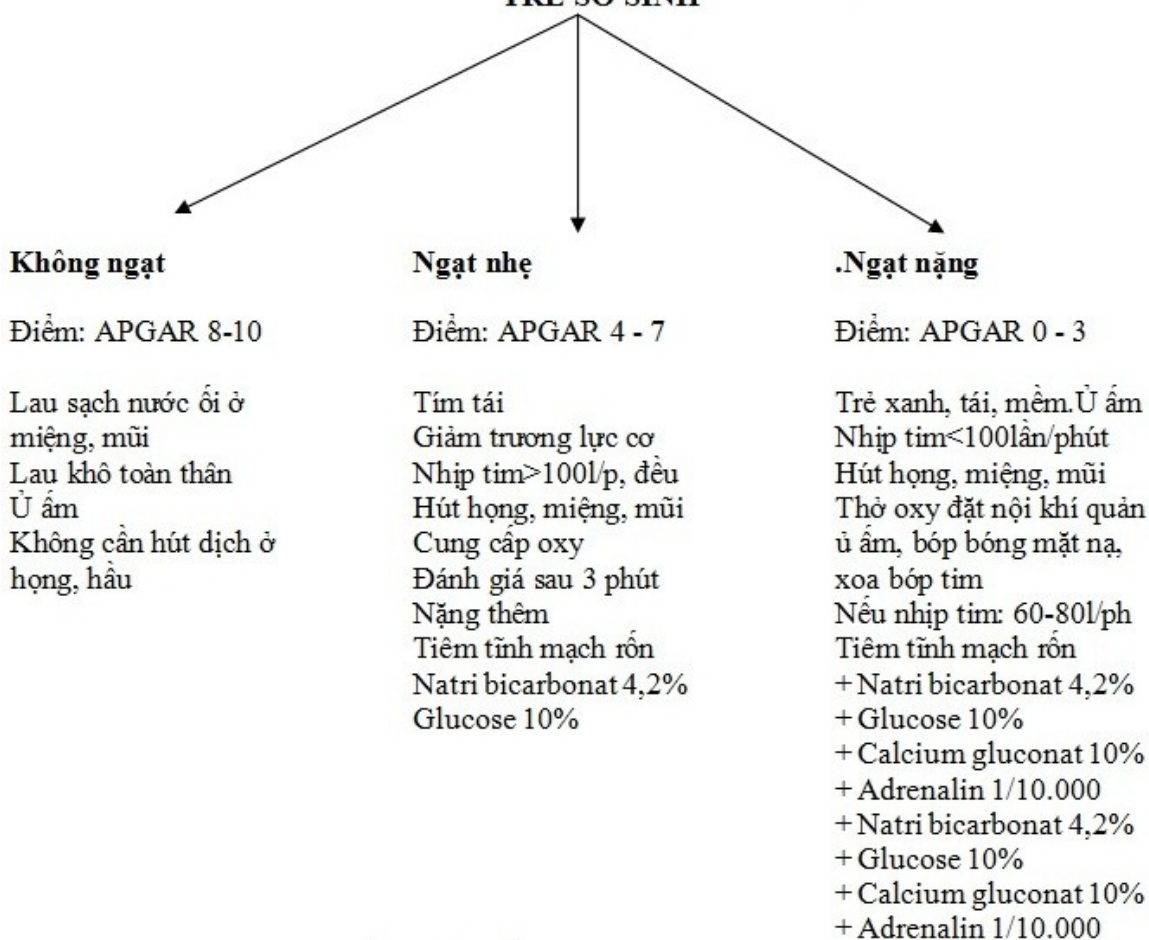
Trẻ ngạt nặng hay còn gọi là ngạt trắng. Phải hồi sức tích cực. Cần thực hiện ngay những động tác sau trong vòng vài phút đầu tiên:

- Hút sạch hầu họng.
- Thông khí để hỗ trợ thở và đặt nội khí quản.
- Giữ ấm cho trẻ.
- Cùng một lúc: Vừa giúp thở vừa bóp tim ngoài lồng ngực.
- Nếu nhịp tim < 60/ phút có thể cho Adrenalin qua nội khí quản hay tĩnh mạch rốn.
- Tiếp tục bóp bóng oxy 100% qua nội khí quản.
- Đánh giá chỉ số APGAR lúc 5 phút và 10 phút.

Nếu kết quả tốt sau khi hồi sức, trẻ thở nấc rồi bắt đầu hồng hào. Khi đó vẫn tiếp tục xoa bóp kích thích tim, tiếp tục cho oxy 10 -15 phút cho đến khi trẻ thở tốt, khóc to, có phản xạ tay chân tốt. Đánh giá lại chỉ số APGAR nếu trên 7 có thể rút ống nội khí quản.

Kết quả xấu, nếu sau 5 phút hồi sức trẻ vẫn không tự thở được, tiêm Adrenalin vào tĩnh mạch rốn hoặc bơm vào ống nội khí quản. Nếu sau bơm thuốc vào ống nội khí quản mà tình trạng trẻ vẫn không tốt hơn sau 15 phút hồi sức tích cực, ngưng hồi sức.

## PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ HỒI SỨC SƠ SINH TRẺ SƠ SINH



Sơ đồ 2. Phác đồ xử trí trẻ ngạt ngay sau sinh

### 6. TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ HỒI SỨC

**- Lâm sàng:**

- + Trẻ hết tím tái, hồng hào, khóc được
- + Trẻ thở đều, thở sâu, tự thở
- + Nhịp tim > 100 lần phút, đều rõ.
- + Phản xạ tốt, trương lực cơ bình thường

**- Sinh hóa:** Ổn định được tình trạng toan hóa trong máu.

- + pH > 7.3
- + PaCO<sub>2</sub> < 40mmHg
- + PaO<sub>2</sub> = 60 - 70mmHg

## NHAU BONG NON

### **I. ĐỊNH NGHĨA**

Nhau bong non là nhau bám đúng chỗ ở vị trí bình thường nhưng đã bong một phần của bánh nhau, trước khi sổ thai.

### **II. NGUYÊN NHÂN**

Có thể do tăng huyết áp cao, hội chứng tiền sản giật, tiền sử bị RBN, do sang chấn, dây rau ngắn, hút thuốc lá, nghiện rượu .....

### **III. PHÂN LOẠI:** có hai loại nhau bong non

- Nhau bong non bệnh lý (thường do nhiễm độc thai nghén)
- Nhau bong non do chấn thương (sản phụ bị ngã hoặc bị tai nạn xe cộ)
- Nhau bong non thể nặng, thường gây tử vong mẹ rất cao do bị rối loạn đông máu và thai hầu như chết 100%.

### **IV. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG :** Tùy theo thể bệnh, người ta chia làm 3 loại :

- 1. Loại 1 hay thể nhẹ:** Tử cung chỉ tăng cao hơn bình thường, sản phụ thấy đau nhẹ, đôi khi ra một ít máu đen, tim thai vẫn nghe rõ. Thể này cũng khó chẩn đoán nếu không có siêu âm. Rau bong non thể nhẹ chỉ chẩn đoán hồi cứu sau đẻ có cục máu sau rau.
- 2. Loại 2 hay thể trung bình:** TC có cơn co tăng nhiều hơn, sản phụ đau vừa, tim thai bắt đầu suy nhưng vẫn còn nghe được, máu âm đạo ra vừa, thâm đen, loãng không đông, có thể có tình trạng choáng nhẹ, thường kèm theo dấu hiệu của hội chứng tiền sản giật.
- 3. Loại 3 hay thể nặng:** còn gọi là phong huyết tử cung nhau
  - Trương lực cơ tử cung tăng, sờ nắn thấy tử cung cứng liên tục như gỗ.
  - Sản phụ đau dữ dội, tim thai không nghe thấy.
  - Ra máu âm đạo thâm đen, loãng không đông.
  - Cổ tử cung cứng, ối căng phồng, nước ối có thể có máu.
  - Có hội chứng tiền sản giật nặng.
  - Tình trạng choáng rất nặng do mất máu và do nhiễm độc.
  - Nếu máu ra ít ở âm đạo hoặc không ra mà tử cung to lên nhanh chóng tỏ rau bong nhiều, máu chảy vào tử cung.

### **CLS**

- Công thức máu, nhóm máu, Rh
- Định lượng Fibrinogen, pt%, Aptt

- Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluco,Creatinin
- Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- HIV,Giang mai, HbsAg
- Siêu âm bụng
- Monitorin theo dõi tim thai

**Cần lưu ý:** Tuy choáng nặng, nhưng lúc đầu huyết áp chưa tụt xuống vì huyết áp của sản phụ đã cao sẵn, khi huyết áp đã tụt dưới mức bình thường là tình trạng sản phụ đã rất nặng, có thể đã bắt đầu có dấu hiệu rối loạn đông máu và đe dọa tính mạng.

#### **V. XỬ TRÍ:**

- Thể nhẹ theo dõi để thường, sau để kiểm tra cục máu sau rau, để phòng chảy máu
- Hồi sức chống choáng và mổ lấy thai.



# NHAU TIỀN ĐẠO

## I. ĐỊNH NGHĨA

Nhau tiền đạo là nhau không bám ở đáy mà bám ở đoạn dưới tử cung lan tới lỗ trong cổ tử cung, cản trở đường ra của thai nhi khi chuyển dạ đẻ.

## III. PHÂN LOẠI

Tùy theo vị trí bánh rau mà chia ra 5 loại chính

- Nhau tiền đạo trung tâm hoàn toàn khi bánh rau che kín cả lỗ trong cổ tử cung.
- Nhau tiền đạo bán trung tâm khi bánh nhau che kín một phần lỗ trong cổ tử cung
- Nhau bám mép là mép bánh nhau chỉ đến bờ lỗ trong tử cung.
- Nhau bám bên khi một phần bánh nhau bám xuống đoạn dưới tử cung.
- Nhau bám thấp khi một phần bánh nhau bám lan xuống 1/3 giữa thân tử cung.

## IV. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Những người trước đây đã bị mổ lấy thai vì rau tiền đạo.
- Tiền sử đã mổ lấy thai, đã mổ tử cung để bóc u xơ tử cung, chữa ở góc tử cung, mổ tạo hình tử cung ...
- Tiền sử nạo sảy thai, nạo sót rau, nạo hút thai nhiều lần.
- Tiền sử đẻ có kiểm soát tử cung hay bóc rau nhân tạo.
- Tiền sử đẻ nhiều lần.

## V. TRIỆU CHỨNG

- 1. Triệu chứng cơ năng:** Chảy máu có các đặc điểm: Chảy máu nửa cuối của thời kỳ thai nghén, đột ngột, không kèm theo đau bụng, máu đỏ tươi, từng đợt, khoảng cách giữa các đợt ngắn lại, gần chuyển dạ và chuyển dạ chảy nhiều máu hơn.
- 2. Triệu chứng toàn thân:** Tùy theo trạng thái mất máu, nếu mất máu nhiều có tình trạng choáng: vã mồ hôi, nhợt nhạt, mạch nhanh, huyết áp hạ.
- 3. Triệu chứng thực thể:**
  - Khám bụng: Tử cung mềm, sờ nắn được phần thai, ngôi thai còn cao hoặc ngôi không thuận (ngang - ngược ) do bánh rau bám ở đoạn dưới làm cho sự bình chỉnh ngôi thai không bình thường.
  - Tim thai có thể bình thường hoặc nhanh, chậm hoặc mất tim thai tùy theo tình trạng mất máu ít hay nhiều.

**Cần lưu ý:** Để phân biệt chảy máu do tổn thương ở cổ tử cung như Polype, ung thư hay loét cổ tử cung cần phải đặt van hoặc mỏ vịt để quan sát.

– Khi chuyển dạ có thể sờ thấy múi rau hay bờ rau.

**Chú ý:** Nếu nghi ngờ rau tiền đạo không nên cố gắng tìm múi rau và bờ rau vì làm như vậy sẽ gây chảy máu nhiều. ở tuyến y tế cơ sở nếu nghi ngờ là rau tiền đạo thì không được thăm âm đạo vì gây chảy máu nhiều hơn, sẽ gây nguy hiểm cho cả mẹ và thai.

#### **4. Cận lâm sàng:**

- Công thức máu, nhóm máu, Rh
- Định lượng Ferbinogen, pt%, Aptt
- Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluco,Creatinin
- Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- HIV,Giang mai, HbsAg
- Siêu âm kiểm tra thai
- Monitorin theo dõi tim thai

#### **V. XỬ TRÍ**

– Khi đã chuyển dạ:

- + Nếu là nhau tiền đạo trung tâm hoặc bán trung tâm phải mổ lấy thai ngay kết hợp với hồi sức (truyền dịch, truyền máu).
- + Nếu là nhau bám mép và ngôi chỏm thì có thể bấm ối để đẻ đường dưới với sự theo dõi chặt chẽ, ngôi bất thường phải mổ lấy thai.

– Khi chưa chuyển dạ:

- + Nếu thai còn quá non tháng và không chảy máu thì điều trị bảo tồn tại bệnh viện cho thai lớn hơn (cho thuốc giảm co tử cung, Corticoid, chế độ nghỉ ngơi, ăn uống hợp lý với sự theo dõi chặt chẽ).
- + Nếu chảy máu nhiều, cho thuốc giảm co Papaverin 40mg x 1 ống tiêm bắp và mổ lấy thai ngay kết hợp với hồi sức.

## NHIỄM TRÙNG HẬU SẢN

Nhiễm trùng hậu sản là khi bệnh nhân sốt liên tục trên 38<sup>0</sup>C sau sanh 24 giờ.

### **Cách xử trí chung**

- Cung cấp đủ nước bằng đường uống hoặc truyền dịch
- Hạ nhiệt (lau mát, thuốc)
- Nghỉ ngơi tại giường
- Kiểm tra sự co hồi tử cung, sản dịch, tuyến vú, tầng sinh môn, vết may thành bụng.. để có chẩn đoán xác định bệnh đúng và sớm.
- Theo dõi và xử trí ngay khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn.

### **CLS**

- Công thức máu, nhóm máu, Rh
- Định lượng Ferbinogen, pt%, Aptt
- Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluco,Creatinin
- Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- HIV,Giang mai, HbsAg
- Siêu âm kiểm tra
- Cấy máu

## I. NHIỄM TRÙNG TẦNG SINH MÔN, ÂM HỘ, ÂM ĐẠO

### **1. Triệu chứng**

- Tổng trạng tỉnh
- Tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo sưng tấy, đỏ, đau.
- Tử cung co hồi tốt, sản dịch không hôi.
- Sốt 38<sup>0</sup> – 38,5<sup>0</sup> C

### **2. Xử trí**

- Vệ sinh tại chỗ, băng gạc vô khuẩn.
- Kháng sinh :phổ rộng

## II. VIÊM NỘI MẠC TỬ CUNG

### **1. Triệu chứng**

- Thể trạng mệt mỏi, lo lắng.
- Sốt 380 – 390 C
- Tử cung co hồi chậm, mềm, ấn đau khi khám.
- Sản dịch đục, hôi.

## 2. Xử trí

- Nạo kiểm tra lòng tử cung sau khi siêu âm tử cung và hai phần phụ.
- Hạ sốt, kháng viêm, giảm đau.
- Kháng sinh: phối hợp 2-3 kháng sinh phổ rộng, chờ kết quả kháng sinh đồ tiếp tục điều trị theo KSD
- Thuốc co hồi tử cung.
- Vệ sinh khô và sạch.
- Theo dõi mạch, HA, nhiệt độ, công thức bạch cầu.

## III. VIÊM TỬ CUNG

### 1. Triệu chứng

- Sản dịch rất hôi, xám đen.
- Tử cung to, mềm, đau, ấn có thể có dấu lạo xạo hơi.
- Đau hạ vị. Thể trạng nhiễm trùng, mệt mỏi.

### 2. Xử trí

- Nâng tổng trạng.
- Kháng sinh: phối hợp 2-3 kháng sinh phổ rộng, chờ kết quả kháng sinh đồ tiếp tục điều trị theo KSD
- Có thể phẫu thuật cắt tử cung.

## IV. VIÊM TẮC TUYẾN SỮA

### 1. Triệu chứng

- Sốt sau sanh 3 – 5 ngày.
- Hai vú cương, đau, đỏ.
- Tử cung co hồi tốt, sản dịch không hôi.

### 2. Xử trí

- Chườm ấm vú, làm thông các tia sữa.
- Hướng dẫn cách cho con bú đúng.
- Hạ sốt, giảm đau.

## V. ABCÈS VÚ

### **1. Triệu chứng**

- Sốt cao.
- Vú căng cứng, có khối giới hạn rõ, da đỏ, sờ ấm, ấn đau; có thể có dấu phập phều.
- Tử cung co hồi tốt.

### **2. Xử trí**

- Hạ sốt, giảm đau.
- Kháng sinh phổ rộng
- Rạch dẫn lưu mủ nếu có.

## **VI. VIÊM TẮC TĨNH MẠCH CHI DƯỚI**

### **1. Triệu chứng**

- Sốt cao.
- Sưng đau chi dưới.
- Tử cung co hồi tốt.

### **2. Xử trí**

- Bất động chi đau.
- Kháng sinh liều cao, toàn thân. phổ rộng

# THIẾU ỚI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

So với lượng nước ối bình thường tính theo tuổi thai và ở dưới đường percentile thứ 5 Thiếu ối là khi lượng nước ối giảm .

Tỷ lệ thiếu ối khoảng 0,4 - 3,9%.

Nguyên nhân dẫn tới thiếu ối bao gồm ối vỡ sớm, ối vỡ non, bất thường cấu trúc thai nhi, thai quá ngày sinh, thai kém phát triển trong tử cung... Tuy nhiên, có nhiều trường hợp thiếu ối không xác định được nguyên nhân.

Thiếu ối xảy ra trong giai đoạn sớm của thai kỳ thường có tiên lượng xấu, trong khi thiếu ối ở thai quá ngày sinh thường có tiên lượng tốt hơn.

Thiếu ối có nguy cơ gây chèn ép dây rốn và đưa đến suy thai, nguy cơ này càng tăng lên trong chuyển dạ.

### CLS

- Công thức máu, nhóm máu, Rh
- Định lượng Ferbinogen, pt%, Aptt
- Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluco,Creatinin
- Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- HIV,Giang mai, HbsAg
- Siêu âm kiểm tra thai
- Monitorin theo dõi tim thai

## 2. NGUYÊN NHÂN THIẾU ỚI

### 2.1. Nguyên nhân do mẹ

Bệnh lý của người mẹ có ảnh hưởng đến tính thấm của màng ối và chức năng của rau thai gây thai kém phát triển và chức năng tái tạo nước ối như: bệnh cao huyết áp, tiền sản giật, bệnh về lý về gan, thận...

### 2.2. Nguyên nhân do thai

Ở mọi giai đoạn của thai kỳ, nguyên nhân thường gặp nhất của thiếu ối là vỡ ối sớm. Thường có một số bất thường bẩm sinh của thai kỳ kèm theo thiếu ối. Các bất thường của thai kết hợp với thiếu ối hay gặp là:

- *Hệ thần kinh*: Mặc dù các bất thường chính của hệ thần kinh có thể có liên quan tới lượng nước ối bình thường và sự tăng lượng nước ối, nhưng chỉ trong một số trường hợp là có liên quan tới thiếu ối.

- + Thai vô sọ
- + Não úng thủy
- + Thoát vị não màng não

- *Hệ tiêu hoá*: Hiếm gặp, thường là do tắc nghẽn đường tiêu hoá

- + Thoát vị rốn.
- + Dò thực quản - khí quản
- + Teo hành tá tràng

- *Hệ hô hấp*: Giảm sản phổi

- *Hệ tiết niệu*:

+ Tắc nghẽn đường tiết niệu hoặc không có thận. Các bệnh lý thường gặp là bất sản thận, nghịch sản thận, thận đa nang.

+ Thiếu ối trong thai chậm phát triển trong tử cung xảy ra sau một tình trạng thiếu oxy của bào thai, giảm tưới máu phổi và giảm tiết dịch.

+ Nhiễm trùng thai cũng có thể là một nguyên nhân của thiếu ối. Một số kháng Prostaglandin hay hoá trị liệu ung thư có thể gây thiếu ối.

+ Khoảng 30 % trường hợp không tìm thấy nguyên nhân

+ Thường có một chất ức chế enzym biến đổi angiotensin của thiếu ối.

### **3. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN**

- Chiều cao tử cung thường nhỏ hơn so với tuổi thai rõ, số đo thường thấp và có chiều hướng đi xuống so với đường chuẩn.

- Thai thường cử động yếu. Khi thực hiện 4 thủ thuật của Leopold có cảm giác thấy rõ các phần thai nằm sát dưới bàn tay mà không cảm thấy có nước ối, khó làm động tác di động đầu thai nhi.

- Siêu âm có chỉ số nước ối thấp, thường dưới đường percentile thứ 5 so với tuổi thai hoặc khi tuổi thai sau 35 tuần có chỉ số nước ối (AFI)  $\leq 5$ , hoặc là buồng ối lớn nhất có độ sâu  $\leq 2$

### **4. ĐIỀU TRỊ**

Cần phải chẩn đoán phân biệt thiếu ối với ối vỡ non. Cho đến nay chưa có phương pháp điều trị và phòng ngừa thiếu ối nào thật sự hữu hiệu. Do đó cần khuyến các sản phụ đi khám thai định kỳ, làm các xét nghiệm để phát hiện sớm các bệnh lý của người mẹ và các bất thường của thai nhi để có hướng điều trị kịp thời và theo dõi cẩn thận.

Siêu âm là một xét nghiệm có tính chất thường quy nhằm đánh giá lượng nước ối và phát hiện các dị dạng thai nhi, đồng thời khảo sát doppler tuần hoàn tử cung - rau và tuần

hoàn thai nhi để đánh giá tình trạng thai. Các trường hợp khi có thiếu ối phải khảo sát kỹ hình thái và chức năng hệ tiết niệu thai nhi.

Trên siêu âm nếu khoang ối lớn nhất  $< 10$  mm và chỉ số nước ối AFI  $< 5$  là chắc chắn có thiếu ối. Nếu AFI trong khoảng 5 - 24 biểu hiện nước ối trong giới hạn bình thường.

Thiếu ối hầu như không gây biến chứng gì cho mẹ, vấn đề điều trị thay đổi tùy thuộc vào tình trạng thai.

#### **4.1. Khi thai chưa đủ tháng**

Nếu thiếu ối mà không có dị dạng bẩm sinh lớn ở các cơ quan tiết niệu, tiêu hoá, thần kinh... có thể là do suy hay tắc một phần tuần hoàn tử cung - rau thai. Cho đến nay vẫn chưa có phương pháp điều trị nào được cho là đặc hiệu. Trong những trường hợp này thì nên khuyên bệnh nhân nằm nghiêng trái, kiểm soát các bệnh lý đi kèm, đảm bảo chế độ dinh dưỡng đầy đủ nhằm cải thiện tuần hoàn tử cung - rau thai nhằm cố gắng giữ thai phát triển đến trên 35 tuần.

Trong các trường hợp thiếu ối và có các dị dạng cấu trúc thai nhi, cần phải làm thêm các xét nghiệm để xác định các bất thường đó có khả năng điều trị hay không, cũng như có bất thường về nhiễm sắc thể hay không để có quyết định điều trị giữ thai hay đình chỉ thai nghén. Trường hợp thai chậm phát triển trong tử cung mà không tìm được nguyên nhân thì thái độ xử trí tùy thuộc vào sự diễn tiến của tình trạng suy thai trong tử cung. Thai chậm phát triển trong tử cung ở quý ba và có thiếu ối là dấu hiệu nặng của tình trạng chậm tăng trưởng thai. Cần cân nhắc khả năng chấm dứt thai kỳ được khi có tình trạng suy thai và/hoặc phôi thai nhi đã trưởng thành.

#### **4.2. Khi thai đủ tháng**

Khi đã xác định thai đủ tháng và biểu hiện thiếu ối thì cần được theo dõi bằng monitoring. Nếu khi không làm test đả kích hoặc trong khi làm test đả kích có xuất hiện tim thai chậm hay Dip biến đổi thì cần chỉ định mổ lấy thai để chấm dứt thai kỳ. Nếu làm test đả kích mà nhịp tim thai vẫn trong giới hạn bình thường thì cần đánh giá thêm chỉ số Bishop để có chỉ định khởi phát chuyển dạ.

#### **4.3. Trong chuyển dạ**

Thiếu ối làm tăng nguy cơ suy thai và đẻ khó vì chèn ép dây rốn và thai khó bình chỉnh tốt trong chuyển dạ, vì vậy cần phải theo dõi sát các yếu tố chuyển dạ để có tiên lượng và xử trí kịp thời.

### **5. BIẾN CHỨNG**

Tiên lượng thai thường xấu với tỷ lệ chết cao với những trường hợp thiếu ối ở giai đoạn sớm của thai kỳ. Mặt khác, thai (trải qua thiếu ối kéo dài dù là do nguyên nhân nào) có thể mang những hậu quả do thiếu ối như thiếu sản phổi, dị dạng mặt và xương (loạn sản xương hông, cụt chi, vẹo chân và các khiếm khuyết khác ở chi).

Thiếu ối thường gây thiếu sản phổi vì 3 nguyên nhân sau:

- Do bị chèn ép vào lồng ngực làm giảm các cử động của phổi
- Giảm các cử động thở của thai nhi



- Do phổi kém phát triển.

## TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ

### I.Mở đầu

Tăng huyết áp là biến chứng nội khoa thường gặp nhất ở phụ nữ mang thai và là I trong những nguyên nhân quan trọng gây tử vong mẹ trên toàn thế giới .Việc điều trị thích hợp tăng huyết áp thai kỳ nhằm làm giảm biến chứng nặng nề cho mẹ và thai .

### II.Phân loại

- Có 5 nhóm tăng huyết áp trong thai kỳ
- 1.Tăng huyết áp thai kỳ(trước đây gọi là tăng huyết áp thoáng qua).
- 2.Tiền sản giật.
- 3.Sản giật.
- 4.Tiền sản giật ghép trên tăng huyết áp mãn tính .
- 5.Tăng huyết áp mãn tính.

### CLS

- Công thức máu, nhóm máu, Rh
- Định lượng Ferbinogen, pt%, Aptt
- Chức năng gan (AST,ALT),Ure,Gluco,Creatinin
- Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số
- HIV,Giang mai, HbsAg
- Siêu âm kiểm tra thai
- Monitorin theo dõi tim thai

### 2.Tăng huyết áp thai kỳ

- Huyết áp > 140/90mmHg
- Không có protein-niệu.
- Huyết áp trở về bình thường trong vòng 12 tuần sau sinh.

### 3.Tiền sản giật(TSG)

#### a.TSG nhẹ

- Huyết áp  $\geq 140/90$ mmHg sau tuần 20 của thai kỳ
- Protein/niệu  $\geq 300$ mg/24 giờ hay que thử  $\leq 2+$
- Hoặc Protein /Creatinin niệu  $\geq 0,3$ .

#### b.TSG nặng:TSG và có một trong những triệu chứng sau

- Huyết áp  $\geq 160/110$ mmHg

- Protein/niệu  $\geq 5\text{g}/24$  giờ hay que thử 3+ (2 mẫu thử ngẫu nhiên )
- Thiếu niệu  $< 500\text{ml}/24$  giờ
- Creatinine/huyết tương  $> 1.3 \text{ mg/Dl}$
- Tiểu cầu  $< 100,000/\text{mm}^3$ .
- Tăng men gan ALT hay AST (gấp đôi ngưỡng trên giá trị bình thường).
- Thai chậm phát triển .
- Nhức đầu hay nhìn mờ.
- Đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải.

#### **4.Sản giật**

TSG và xuất hiện cơn co giật mà không thể giải thích được bằng nguyên nhân khác

#### **5.Tiền sản giật ghép trên tăng huyết áp mãn tính**

- Protein-niêu mới xuất hiện  $\geq 300\text{mg}/24$  giờ trên thai phụ đã có sẵn tăng huyết áp nhưng không có protein –niệu trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ
- Hoặc huyết áp và protein –niệu tăng đột ngột hay tiểu cầu  $< 100.00/\text{mm}^3$  máu trên một phụ nữ tăng huyết áp và có protein – niệu trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.

#### **6.Tăng huyết áp mãn**

-HA  $\geq 140/90\text{mmHg}$  trước khi mang thai hay được chẩn đoán trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.

-Hay tăng huyết áp được chẩn đoán sau tuần lễ thứ 20 và kéo dài sau sinh trên 12 tuần.

#### **•Các xét nghiệm thực hiện đối với TSG nặng**

- Tổng phân tích tế bào máu
- Acid uric.Bilirubin(Toàn phần ,gián tiếp,trực tiếp).
- AST-ALT
- Chức năng thận
- Đường huyết.
- Đạm huyết .
- TPTNT.
- Protein niệu 24 giờ.
- Đông máu toàn bộ.
- Soi đáy mắt (nếu có thể).
- Protein/creatinin niệu (nếu có thể).

### III. Điều trị tăng huyết áp thai kỳ

#### Nằm nghỉ

- Tăng huyết áp mãn, ổn định: không cần hạn chế hoạt động, vì tăng nguy cơ tắc mạch.

- Nếu TSG và thai suy dinh dưỡng trong tử cung, nằm nghỉ sẽ làm tăng tưới máu tử cung nhau, và giảm thiếu oxy mô.

#### A. Tiền sản giật nhẹ: chủ yếu điều trị ngoại trú

##### • Điều trị nội khoa :

- Cho thai phụ nghỉ ngơi. Dặn chế độ ăn nhiều đạm, nhiều rau cải và trái cây tươi.

- Khám thai mỗi 3-4 ngày / lần.

- Theo dõi tình trạng sức khỏe của bà mẹ.

- Theo dõi tình trạng thai nhi: siêu âm thai mỗi 3-4 tuần. N-ST 2 lần / tuần.

- Dặn dò bệnh nhân về các triệu chứng của tiền sản giật nặng. Hướng dẫn theo dõi cử động thai.

##### • Nếu HA > 149/90 mmHg và protein /niệu ++: nhập viện.

- Lâm sàng :

+ Khám lâm sàng chi tiết và cẩn thận xem có các triệu chứng như nhức đầu, rối loạn thị giác, đau thượng vị và tăng cân nhanh hay không.

+ Cân thai phụ lúc nhập viện và mỗi ngày sau.

+ Đo huyết áp ở tư thế ngồi mỗi 24 giờ, trừ khoảng thời gian từ nửa đêm đến sáng.

- Thường xuyên đánh giá sức khỏe thai: Siêu âm thai – N-ST.

- Xét nghiệm :

+ Xét nghiệm protein /niệu mỗi ngày hoặc cách hai ngày.

+ Định lượng creatinine máu, hematocrit, đếm tiểu cầu, men gan. LDH, acid uric tăng. (Chỉ làm xét nghiệm đông máu khi tiểu cầu giảm và men gan tăng).

##### • Cách xử trí tiếp theo tùy thuộc vào

- Độ nặng của tiền sản giật.

- Tuổi thai

- Tình trạng cổ tử cung.

- TSG nhẹ kết thúc thai kỳ ở tuổi thai  $\geq 37$  tuần

#### B. Tiền sản giật nặng

##### Nguyên tắc xử trí

1. Dự phòng và kiểm soát cơn co giật bằng magnesium sulfate.

2. Hạ áp khi huyết áp cao :Huyết áp tâm trương  $\geq 100-110\text{mmHg}$ , hoặc huyết áp tâm thu  $\geq 150-160\text{mmHg}$ (ACOG 2012)

3. Chấm dứt thai kỳ sau khi chống co giật và hạ HA 24 giờ.

Tránh sử dụng lợi tiểu

Hạn chế truyền dịch trừ khi có tình trạng mất nước nhiều.

#### **a. Magnesium sulfate**

##### **• Dự phòng và chống co giật**

Magnesium sulfate có thể tiêm tĩnh mạch ,tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch liên tục.

- Liều tấn công: 3-4,5g Magnesium sulfate 15%/50ml dung dịch tiêm tĩnh mạch từ 15-20 phút (tùy thuộc cân nặng của thai phụ ,tiền căn sử dụng Magnesium sulfate).

- Duy trì 1-2g/giờ truyền TM. Pha 6g Magnesium sulfate 15% vào chai glucose 5% 500ml truyền TM XXX giọt /phút.

- Tiêm bắp gián đoạn :tiêm bắp sâu mỗi giờ 1g hoặc mỗi 4 giờ 5g, tiêm Lidocain 2% để giảm đau.

- Bơm tiêm điện :pha 6g Magnesium sulfate 15% +2ml nước cất pha tiêm ,bơm tiêm điện 7ml/giờ.

- Theo dõi các dấu hiệu :phản xạ gân xương (có),nhịp thở(>16 lần/phút),lượng nước tiểu (>100/4 giờ)

- Đo nồng độ Mg huyết thanh mỗi 12 giờ và điều chỉnh liều duy trì để giữ được nồng độ Mg 4-7 mEq(4,8-8,4mg/dL).

- Magnesium sulfate dùng trước ,trong và duy trì tối thiểu 24 giờ sau sinh [3] .

##### **• Ngộ độc Magnesium sulfate**

-Liên quan nồng độ Magnesium /huyết thanh.

+9,6-12mg/dl(4,0-5,0mmol/L):mất phản xạ gân xương.

+12-18 mg/dl(5,0-7,5 mmol/L):liệt cơ hô hấp.

+24-30 mg/dl(10-12,5 mmol/L):ngủ ngừng tim

-Nguy cơ BHSS

-Giảm dao động nội tại nhịp tim thai .

##### **• Xử trí ngộ độc Magnesium sulfate**

-Ngừng Magnesium sulfate

-Thuốc đối kháng :Calcium gluconate, tiêm TM 1g

-Đặt nội khí quản và thông khí để cứu sống bệnh nhân nếu có suy hô hấp ,ngừng thở.

## **b.Thuốc hạ huyết áp**

Thuốc hạ áp có thể ảnh hưởng bất lợi trên cả mẹ và thai.Ảnh hưởng trên thai nhi hoặc gián tiếp do giảm lưu lượng tuần hoàn tử cung nhau hoặc trực tiếp trên tim mạch .Do vậy ,cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ khi sử dụng thuốc hạ áp .

### **• Chỉ định**

-Khi HA tâm thu  $\geq 150-160$ mmHg hay

-HA tâm trương  $\geq 100$ mmHg.

### **HA đạt sau điều trị**

-HA trung bình không giảm quá 25% so với ban đầu sau 2 giờ.

-HA tâm thu ở mức 130-150mmHg.

-HA tâm trương ở mức 80-100mmHg.

### **• Chống chỉ định trong thai kỳ**

-Nitroprusside.

-Thuốc ức chế men chuyển.

### **• Các loại thuốc huyết áp dùng trong thai kỳ**

-Labetalol.

-Hydralazine.

-Ức chế calcium như Nifedipine.

### **Labetalol**

- Bắt đầu 20 mg TM ,cách 10 phút sau đó TM 20 đến 80mg.

- Tổng liều <300mg.Ví dụ TM 20mg ,tiếp theo 40mg đến 80mg.Có thể truyền TM 1mg-2mg/phút .

-HA sẽ hạ sau 5-10 phút và kéo dài từ 3-6 giờ.[4,12]

### **Hydralazine.**

- Có thể gây hạ huyết áp hơn những thuốc khác[4],không phải là chọn lựa số 1 nhưng được dùng rộng rãi.

- Cách dùng :[3,4]

+ Tiêm TM 5mg Hydralazine /1-2 phút.

+Nếu sau 15-20 phút không đạt được hạ áp cho 5-10mg TM tiếp.

+Nếu tổng liều 30mg không kiểm soát được HA nên dùng thuốc khác.

+HA sẽ hạ sau 10-30 phút và kéo dài từ 2-4 giờ.

- Hydralazine được chứng minh có hiệu quả trong phòng ngừa xuất huyết não.

## **Nicardipin**

- Ống 10mg/10ml pha với 40 ml nước cất hoặc NAACL 0.9%.
- Tần công: 0.5-1mg(2,5-5ml) tiêm tĩnh mạch chậm.
- Không dùng dung dịch ưu trương.
- Duy trì bơm tiêm điện 1-3mg/giờ(5-15ml/giờ). Nếu không đáp ứng sau 15 phút tăng 2,5 mg/giờ tối đa 15mg/giờ.

## **Các thuốc hạ áp khác: ít sử dụng**

### **c. Lợi tiểu**

- Chỉ dùng khi : Có triệu chứng dọa phù phổi cấp.
- Furosemide (Lasix) 1 ống 20mg x 8 ống –tiêm tĩnh mạch chậm .
- Không dùng dung dịch ưu trương.
- Có thể truyền Lactate Ringer với tốc độ 60-124ml/giờ[3].

### **d. Chấm dứt thai kỳ**

#### **• Các chỉ định chấm dứt gồm**

- TSG nhẹ thai >37 tuần
- TSG nặng :
  - + Huyết áp tâm trương  $\geq 110$ mmHg.
  - + Protein niệu  $\geq 5$ g/24 giờ, dipstick đạm niệu  $\geq +++$  qua 2 lần thử cách nhau 4g.
  - + Thiếu niệu (lượng nước tiểu  $< 500$ ml/24 giờ hoặc  $< 30$ ml/giờ)
  - + Creatinin huyết tăng.
  - + Nhức đầu ,hoa mắt, đau vùng thượng vị hoặc đau hạ sườn phải.
  - + Suy giảm chức năng gan.
  - + Giảm tiểu cầu.
  - + Có hội chứng HELLP(tán huyết ,tăng SGOT,SGPT,giảm tiểu cầu)
  - + Phù phổi cấp
  - + Thai suy trường diễn hoặc suy cấp.

#### **• Hỗ trợ phổi thai nhi**

- Tuổi thai từ 28-34 tuần: giúp trưởng thành phổi thai nhi.
- Betamethasone: 4mg x 3 ống TB, lặp lại lần 2 sau 12-24 giờ.
- Hoặc Dexamethasone 4mg: 6mg x4 lần cách 12g

### •**Khuyh hướng trì hoãn thai kỳ**

- Tuổi thai <34 tuần khuyh hướng trì hoãn chấm dứt thai kỳ sau 48 giờ hay đến khi thai được 34 tuần.

- Theo dõi sức khỏe thai N –ST ,SIÊU ÂM Doppler.

- Lưu ý :nguy cơ nhau bong non(NBN),sản giật,rối loạn đông máu,suy thận ,xuất huyết não...

### •**Chống chỉ định kéo dài thai kỳ**

- Huyết động học thai phụ không ổn định.

- N-ST không đáp ứng ,thiếu ối ,thai suy dinh dưỡng trong tử cung,siêu âm Doppler giảm tưới máu động mạch.

- Tăng huyết áp không đáp ứng với điều trị .

- Có dấu hiệu nhức đầu ,nhìn mờ ,đau vùng gan,hội chứng HELLP.

- Sản giật.

- Phù phổi.

- Suy thận

- NBN, chuyển dạ, vỡ ối .

### •**Phương pháp chấm dứt thai kỳ**

- Khởi phát chuyển dạ

- Nếu CTC thuận lợi có thể giục sinh bằng oxytocin và theo dõi sát bằng monitoring,giúp sinh bằng Forceps khi đủ điều kiện .

- Nếu CTC không thuận lợi :mổ lấy thai.

### c. Sản giật

#### •**Điều trị giống như TSG nặng**

- Oxy,cây ngáng lưỡi,hút đàm nhớt đảm bảo thông hô hấp.

- Chống co giật.

- Hạ huyết áp .

- Chấm dứt thai kỳ.

- Dự phòng các biến chứng :xuất huyết não ,vô niệu,phù phổi cấp ,nhau bong non,phong huyết tử cung nhau.

#### •**Phương pháp chấm dứt thai kỳ**

- Nếu bệnh nhân vô niệu,co giật:phải gây mê ,mổ lấy thai.

- Nếu bệnh nhân ổn định, 24 giờ sau cơn co giật cuối cùng, khởi phát chuyển dạ nếu cổ tử cung thuận lợi và giúp sinh bằng forceps khi đủ điều kiện.

#### **D. Hậu sản + sản giật**

- Điều trị nội khoa tích cực (theo phát đề điều trị sản giật).
- Duy trì Magnesium sulfate sau 24 giờ sau khi co giật.

#### **E. Điều trị tăng huyết áp mãn nặng thêm do thai**

##### **a. Nguyên tắc điều trị**

Điều trị như là tiền sản giật nặng.

##### **b. Cách điều trị**

###### **• Điều trị nội khoa**

- Thuốc hạ áp là Labetalol hay Methyldopha (an toàn cho thai phụ và thai nhi), chọn lựa kế là ức chế calcium.

- Vai trò lợi tiểu còn chưa rõ ràng.

- Liều dùng

+Methyldopha 250mg (uống) 2 lần / ngày, liều tối đa 3g/ngày.

+Labetalol 100mg, (uống) 2-3 lần/ngày, liều tối đa 1200mg/ngày.

+Nifedipine 30-90mg, 1 lần ngày tác dụng chậm, tăng cách 7-14 ngày, tối đa 120mg /ngày.

###### **• Điều trị sản khoa**

- Cần xác định tuổi thai

- Làm các xét nghiệm đánh giá sự phát triển và sức khỏe của thai nhi 2 lần/ tuần.

- Chấm dứt thai kỳ sớm hơn nếu có dấu hiệu suy thai trường diễn.

###### **• Tiên lượng lâu dài**

- Phụ nữ có tăng HA trong thai kỳ cần được theo dõi nhiều tháng sau sinh và tư vấn về các lần có thai sau và nguy cơ bệnh tim mạch trong tương lai.

- Tình trạng tăng HA tồn tại càng lâu sau khi sinh, nguy cơ chuyển thành tăng HA mạn tính càng cao.

- Những phụ nữ bị sản giật, nguy cơ phát triển thành tăng HA mạn tính cao gấp 3 lần ở phụ nữ đã sinh nhiều lần so với phụ nữ mới sinh lần đầu.

- Những phụ nữ đã bị TSG, nguy cơ tăng HA mạn tính tăng nếu lại bị TSG ở lần có thai sau.

- Có thể nói theo dõi tình trạng HA ở thai kỳ sau là một biện pháp tầm soát nguy cơ tăng HA mạn tính ở ngưỡng bệnh nhân bị TSG. Tuy nhiên, một điểm cần lưu ý là bản thân TSG không gây tăng HA mạn tính.



**• Tư vấn về các lần mang thai tới**

- Phụ nữ đã từng bị TSG có nguy cơ bị tái phát ở lần có thai tới .

- Tình trạng TSG biểu hiện và được chẩn đoán càng sớm ,khả năng bị TSG ở các lần có thai tới càng cao .

- Phụ nữ sinh nhiều lần ,bị TSG sẽ có nguy cơ TSG ở lần có thai sau nhiều hơn sản phụ mới bị TSG lần đầu.