

PHẦN I : SẢN KHOA

XỬ TRÍ PHÙ PHỔI CẤP TRONG CHUYÊN DẠ

1. Xử trí chung

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhịp tim, nghe tim phổi.
- Cho nằm đầu cao.
- Hút đàm nhớt và dịch tiết ở mũi họng làm thông đường hô hấp.
- Thở oxygen.
- Tư vấn cho gia đình biết tình trạng nặng của bệnh, nguy cơ cho mẹ và thai.

2. Xử trí đặc hiệu

2.1. Phù phổi cấp huyết động:

- Cho thai phụ ngồi thẳng, chân thòng.
- Garo 3 chi luân phiên.
- Đặt nội khí quản(khi có chỉ định).
- Thở oxygen.
- Thuốc: furosemid 20mg 2 ống tiêm tĩnh mạch. Khi cần thiết có thể tăng liều, tùy thuộc vào lượng nước tiêu và tình trạng khó thở của thai phụ.
- Dolargan 100mg tiêm bắp.
- Morphin 10mg tiêm dưới da,
- nếu cần thì phải trích máu tĩnh mạch.
- Xử trí sản khoa: mổ lấy thai khi hết cơn phù phổi.
- Forcep khi đủ điều kiện.

2.2 Phù phổi cấp do tổn thương:

- Đặt nội khí quản thở máy, hô hấp hỗ trợ, thở oxygen.
- Dopamin truyền tĩnh mạch.
- Kháng sinh liều cao.
- Methyl prednisolon: 30mg tiêm tĩnh mạch, cách 4 giờ/lần.
- Có thể mổ lấy thai khi có chỉ định.

TĂNG HUYẾT ÁP-TIỀN SẢN GIẬT-SẢN GIẬT

1. Định nghĩa tăng huyết áp:

-Khi HA tâm trương > 90mmHg hoặc HA tâm thu > 140mmHg đối với người không biết số đo HA bình thường của mình.

-Khi HA tâm trương tăng 15mmHg hoặc HA tâm thu tăng trên 30mmHg so với HA bình thường trước khi có thai.

2. Thai nghén gây tăng HA có thể gặp:

-Tăng HA không kèm protein niệu hoặc phù

-Tiền sản giật nhẹ

-Tiền sản giật nặng

-Sản giật

3. Triệu chứng và chẩn đoán:

Triệu chứng	Chẩn đoán
-HA tâm trương \geq 90mmHg trước 20tuần tuổi thai	Tăng HA mạn trước khi có thai
-HA tâm trương 90-110mmHg đo 2 lần cách nhau 4h , sau 20 tuần tuổi thai -Protein niệu(-)	Thai nghén gây tăng HA
-HA tâm trương 90-110mmHg đo 2 lần cách nhau 4h , sau 20 tuần tuổi thai -Protein niệu có thể tới ++ -Không có triệu chứng khác	Tiền sản giật nhẹ
-HA tâm trương \geq 110mmHg sau 20 tuần tuổi thai. -Protein niệu \geq +++ -Ngoài ra có thể có các dấu hiệu sau: +Tăng phản xạ, đau đầu, chóng mặt, nhìn mờ, hoa mắt, đau thượng vị +Thiếu niệu < 400ml/24h +XN: ure, AST, ALT ,acid uric , bilirubin tăng cao trong máu, trong khi tiểu cầu và protide huyết thanh toàn phần giảm	Tiền sản giật nặng Ba triệu chứng gồm tan máu vi thể(bilirubin tăng), men gan tăng, TC giảm< 100000/mm ³ sẽ tạo nên hội chứng HELLP
-Có cơn giật với 4 giai đoạn điển hình: xâm nhiễm, giật cứng, giật giãn cách và hôn mê -Kèm theo 1 số dấu hiệu TSG nặng	Sản giật

4. Chẩn đoán phân biệt tăng HA mạn tính trước khi có thai và tăng HA do thai nghén

Các dấu hiệu	tăng HA mạn tính trước khi có thai	tăng HA do thai nghén
Thời gian xuất hiện	Trước 20 tuần của thai kỳ	Từ tuần 20 trở đi

Acid uric	Có thể tăng	Chỉ tăng cao trong TSG
Protein niệu	Có thể xuất hiện	Xuất hiện sau 20 tuần thai

XỬ TRÍ

1.Thai nghén gây tăng HA:

- Tu vấn tình trạng bệnh, chế độ ăn uống, sinh hoạt, nghỉ ngơi
- Theo dõi huyết áp, protein niệu, tình trạng thai hàng tuần
- Nếu huyết áp giảm xuống mức bình thường và ổn định thì theo dõi định kỳ
- Nếu huyết áp ngày càng tăng cao thì điều trị như tiền sản giật.

2.Tiền sản giật nhẹ:

- Tu vấn tình trạng bệnh, chế độ ăn uống, sinh hoạt, nghỉ ngơi
- Theo dõi HA, Protein niệu, tình trạng thai 2lần/tuần đến khi đủ tháng
- Nếu HA tâm trương > 110mmHg thì cho uống Aldomet 250mg 2v x 2lần/ngày

3.Tiền sản giật nặng:

- Thuốc chống co giật: magnesi sulfat 15% liều đầu 2-4g tiêm TM thật chậm tốc độ 1g/phút, sau đó duy trì 1g/giờ (pha Glucose 5% truyền tĩnh mạch)
- Hạ áp: Hydralazin 5mg tiêm TM chậm mỗi 30phút cho đến khi HA tâm trương giảm còn 100mmHg

-Lợi tiểu: Chỉ dùng khi:

- Huyết áp tối đa > 170mmHg.
- Có triệu chứng dọa phù phổi cấp

-Nếu TSG nặng điều trị nội khoa không kết quả cần chấm dứt thai kỳ.

4. Sản giật:

- Đặt sản phụ nằm nghiêng, ngáng miệng để phòng cắn phải lưỡi, hít phải đờm dãi, cho

người bệnh thở oxygen.

- Cho thuốc chống co giật duy trì 24 giờ hoặc sau cơn giật cuối cùng.
- Tiếp tục cho thuốc hạ huyết áp cho đến khi huyết áp tâm trương giảm.
- Theo dõi lượng nước tiểu.
- Nếu chuyển dạ: đẻ forceps khi đủ điều kiện, nếu không đủ điều kiện thì mổ lấy thai.
- Nếu chưa chuyển dạ:

Người bệnh ổn định:

+ Ở tuổi thai 28 - 34 tuần, điều trị corticoid (hoặc cho betamethason 12 mg, tiêm bắp 2 liều cách nhau 24 giờ hoặc cho dexamethason 6 mg/lần, tiêm bắp 4 lần, cách nhau 12 giờ), tiếp tục theo dõi trong 24 giờ rồi đình chỉ thai nghén. Nếu thai nhi không có khả năng sống thì đình chỉ thai nghén càng sớm càng tốt ngay khi tình trạng sản phụ cho phép.

+Tuổi thai trên 34 tuần đình chỉ thai nghén càng sớm càng tốt.

Người bệnh không ổn định: phẫu thuật lấy thai sau khi cắt cơn giật

5. Tăng HA mạn tính trước có thai:

Điều trị giống như cao HA mãn khác.

Chấm dứt thai kỳ:

- Các chỉ định chấm dứt gồm:
 - + Huyết áp tối thiểu >110mmHg trong 24 giờ.
 - + Protein - niệu >2g/ 24giờ.
 - + Creatinin huyết tăng.

- + Nhức đầu hay hoa mắt hay đau vùng thượng vị kéo dài - xuất huyết đáy mắt, Suy giảm chức năng gan.
- + Giảm tiểu cầu.
- + Có hội chứng HELLP (tán huyết, tăng AST, ALT, giảm tiểu cầu)
- + Đe dọa sản giật .
- + Đe dọa phù phổi cấp.
- + Thai suy trương diễn hoặc suy cấp.
- Trước khi lấy thai Betamethasone 4mg x 3 ngày tiêm TM mỗi ngày trong 3 ngày trước khi chấm dứt thai kỳ, để tăng surfactant, giảm suy hô hấp sơ sinh.
- Phương pháp sanh:.

Theo dõi sanh ngã âm đạo hoặc MLT tùy theo tình trạng cổ TC và tình trạng mẹ.

Các xét nghiệm trong Bilan tiền sản giật

- Công thức máu - Hematocrit
- Acide urique, LDH
- Chức năng gan (AST, ALT)
- Chức năng thận (ure, Creatinine)
- Glycemie, đạm máu, ion đồ
- Tổng phân tích nước tiểu
- Đông máu toàn bộ

Chăm sóc theo dõi

- Nằm phòng tối, yên tĩnh, tránh các kích thích.
- Lập bảng theo dõi tiền sản giật : tri giác , M, HA, nhịp thở, nước tiểu, phản xạ gân xương/giờ.
- Theo dõi các dấu hiệu trở nặng của bệnh như: HA tăng cao, sốt , thiếu niệu, đau thượng vị - hạ sườn (P) , nhức đầu hoa mắt, tím tái, khó thở, xuất hiện hội chứng HELLP...

NHAU BONG NON

1. Định nghĩa

Nhau bong non là nhau bám ở vị trí bình thường nhưng bong sớm trước khi sổ thai do bệnh lý hoặc chấn thương.

2. Chẩn đoán

* *Triệu chứng cơ năng*

- Đột ngột đau bụng dữ dội
- Ra huyết âm đạo đen loãng, không đông

* *Triệu chứng thực thể*

- Tử cung co cứng nhiều, trương lực cơ tử cung tăng, tử cung cứng như gỗ và tử cung tăng chiều cao.
- Có thể suy thai mất tim thai.
- Có thể có choáng.
- Có thể có hội chứng tiền sản giật.
- Khám âm đạo: ra máu âm đạo lượng từ ít tới nhiều, đỏ sẫm loãng, không đông, đoạn dưới căng, cổ tử cung chắc, siết chặt lỗ trong cổ tử cung, màng ối căng phồng, nước ối có thể có máu.

* *Cận lâm sàng*

- Siêu âm có thể không thấy khối máu tụ sau nhau nhưng cũng không được loại trừ nhau bong non.
- Các xét nghiệm máu không giúp chẩn đoán nhau bong non nhưng có thể chẩn đoán hậu quả rối loạn đông máu do nhau bong non.

3. Phân loại

Thể nhẹ:

- Toàn trạng bình thường, chảy máu ít.
- Không có suy thai.
- Chuyển dạ thường diễn tiến nhanh.
- Thường chỉ chẩn đoán được khi làm siêu âm hoặc ghi nhận máu tụ sau nhau ngay sau sinh.

Thể trung bình:

- Có thể kèm hội chứng tiền sản giật.
- Tử cung co cứng nhiều.
- Tim thai nhanh hay chậm.
- Ra máu âm đạo lượng vừa, loãng.
- Có thể có choáng nhẹ.

Thể nặng – phong huyết tử cung nhau

- Sản phụ đau dữ dội, mất tim thai.
- Có thể kèm hội chứng tiền sản giật nặng.
- Tình trạng choáng nặng.
- Ra máu âm đạo sẫm đen, loãng không đông.
- Trương lực cơ tử cung tăng, tử cung cứng như gỗ và tử cung tăng chiều cao.
- Cổ tử cung cứng, ối căng phồng, nước ối có thể có máu.

4. Xử trí

* *Nhau bong non thể nặng, thể trung bình, ảnh hưởng tổng trạng mẹ: mổ lấy thai cấp cứu*

- Mổ đường dọc
- Thất động mạch tử cung dự phòng
- Dựa vào tuổi, PARA, tổng trạng mẹ → quyết định cắt tử cung.

*** *Nhau bong non thể nhẹ, tổng trạng mẹ và biểu đồ tim thai cho phép***

Tuổi thai \geq 34 tuần

- Tiên lượng sinh trong vòng 1 giờ: bám ối, sinh đường âm đạo.
- Tiên lượng diễn tiến chuyên dạ thuận lợi: bám ối, tăng co (nếu cơn gò chưa đạt), sinh đường âm đạo.
- Tiên lượng diễn tiến chuyên dạ không thuận lợi: mổ lấy thai.

Tuổi thai $<$ 34 tuần

- Hỗ trợ phổi thai nhi (Betamethason 12mg/24 giờ), theo dõi sát tình trạng mẹ và thai.
- Trong thời gian theo dõi, nếu tình trạng mẹ và thai diễn tiến xấu thì mổ lấy thai.
- Sau hỗ trợ phổi, tổng trạng mẹ ổn định, tim thai tốt, cổ tử cung thuận lợi thì có thể chấm dứt thai kỳ bằng tăng co. Mổ lấy thai khi cổ tử cung không thuận lợi.

Trường hợp con chết

- Tổng trạng mẹ bị ảnh hưởng: mổ lấy thai.
- Tình trạng mẹ cho phép: bám ối, tăng co theo dõi sinh đường âm đạo.
- Điều trị nội khoa tích cực khi có rối loạn đông máu.

NHAU TIỀN ĐẠO

Là nhau bám ở đoạn dưới tử cung lan tới hoặc che lấp lỗ trong cổ tử cung.

1. Chẩn đoán

- Triệu chứng cơ năng :
Ra huyết âm đạo vào 3 tháng cuối thai kì: đỏ tươi đóng cục, tái phát nhiều lần
- Triệu chứng thực thể: không khám âm đạo.
- Triệu chứng CLS :siêu âm
- Phân độ:
 - +Nhau tiền đạo I : nhau bám thấp.
 - +Nhau tiền đạo II : nhau bám mép.
 - +Nhau tiền đạo III : nhau tiền đạo bán trung tâm.
 - +Nhau tiền đạo IV : nhau tiền đạo trung tâm.

2. Xử trí: Tùy thuộc lượng ra huyết âm đạo, tuổi thai và chuyển dạ chưa

2.1 Ra huyết âm đạo nhiều ≥ 300 gr:

Mọi tuổi thai đều phải chấm dứt thai kỳ bằng phương pháp nào nhanh nhất (ưu tiên cứu mẹ trước).

2.2 Thai < 34 tuần , con < 2000 gr , ra huyết ít.

- Siêu âm xác định loại nhau tiền đạo.
- Hội chẩn và giải thích tình trạng bệnh cho thai phụ và gia đình.
- Nằm nghỉ tại giường/ bệnh viện.
- Thuốc giảm co (Spasmaverin, Salbutamol).
- Nếu thiếu máu (Hct < 25%): truyền máu.
- Kích thích trưởng thành phổi bằng Betamethason .
- Nếu ra huyết nhiều mổ cấp cứu.

2.3 Nếu thai ≥ 2500 gr , ra huyết ít.

- Siêu âm xác định loại nhau tiền đạo.
- Xác định độ trưởng thành của thai.
- Hội chẩn, lên lịch mổ, chuẩn bị máu ở ngân hàng máu.

* *Tùy theo loại nhau tiền đạo mà chọn cách chấm dứt thai kỳ thích hợp.*

- Nhau tiền đạo trung tâm, bán trung tâm ≥ 60 % \rightarrow mổ lấy thai.
- NTĐ bán trung tâm < 60% , nhau bám thấp, nhau bám mép \rightarrow có thể xem xét sanh ngã âm đạo

* *Trong khi phẫu thuật lấy thai:*

- Nếu nhau bám mặt trước: rạch da đường giữa dưới rốn, sờ đoạn dưới tử cung xác định vùng không có nhau bám để rạch lấy thai.
- Nếu không tìm được vùng không có nhau bám: rạch ngang đoạn dưới qua bánh nhau để lấy thai.
- Nếu nhau bám mặt sau: rạch da đường ngang, rạch đoạn dưới tử cung lấy thai.
- Nếu sau khi lấy nhau có chảy máu ở vị trí nhau bám:

Khâu các mũi chữ X cầm máu.

Pha loãng 5 đv oxytocin x 04 ống trong 1 lít dịch (nước muối sinh lý hay dung dịch Ringer lactat) truyền tĩnh mạch 60 giọt/phút.

* *Nếu vẫn chảy máu*

Đủ con: cắt tử cung hết phần bị chảy máu

Trường hợp cần bảo tồn tử cung: thắt động mạch tử cung, thắt động mạch hạ vị, thắt động mạch dây chằng tử cung buồng trứng. Nếu vẫn chảy máu: cắt tử cung hết phần bị chảy máu.
Kết hợp với hồi sức chống choáng.

ĐẠO VỠ TỬ CUNG - VỠ TỬ CUNG

1. Đạo vỡ tử cung

*** Triệu chứng**

- Sản phụ đau nhiều do cơn co tử cung mạnh và mau.
- Vòng Bandl lên cao, tử cung có hình quả bầu nậm.
- Thai suy: tim thai nhanh, chậm hoặc không đều.
- Thăm âm đạo: ngôi bất thường, ngôi cao hoặc chưa lọt.

*** Xử trí**

- Thông tiểu.
- Truyền dịch: Natriclorua 0,9 % hoặc Ringer lactat.
- Cho thuốc giảm co tử cung: nospa 1 ống tiêm bắp hoặc nifedipin 10 mg x 1 viên ngâm dưới lưỡi.
- Mở lấy thai cấp cứu.

2. Vỡ tử cung.

*** Triệu chứng**

- Trước khi vỡ tử cung có dấu hiệu dọa vỡ tử cung trừ trường hợp có sẹo phẫu thuật cũ ở tử cung.
- Thai phụ đang đau dữ dội, sau một cơn đau chói đột ngột thì hết đau và có thể choáng.
- Cơn co tử cung không còn.
- Tim thai mất.
- Bụng méo mó và không còn dấu hiệu dọa vỡ.
- Bụng chướng, nắn đau.
- Sờ thấy phần thai ngay dưới da bụng.
- Có thể ra máu âm đạo.
- Thăm âm đạo không xác định ngôi thai.
- Thường có dấu hiệu choáng.

*** Xử trí**

- Hồi sức chống choáng và phẫu thuật cấp cứu, xử trí vết rách tử cung (bảo tồn hoặc cắt tử cung bán phần hoặc toàn phần).

BẢNG HUYẾT SAU SANH

1. Định nghĩa

- Là tình trạng máu mất $\geq 500\text{ml}$ sau sinh đường âm đạo hoặc mất $\geq 1000\text{ml}$ sau mổ lấy thai hoặc ảnh hưởng tổng trạng hoặc Hematocrit giảm $\geq 10\%$ so với trước sinh.
- Phân loại: nguyên phát (<24 giờ đầu) và thứ phát (sau 24 giờ - 12 tuần) theo WHO.

2. Chẩn đoán

- Ngay sau sổ thai và ra hết nước ối \rightarrow đặt túi đo máu lót dưới mông sản phụ để đo lượng máu mất.
- Dấu hiệu mất máu cấp: mệt, vật vã, da xanh niêm nhạt, vã mồ hôi
- Thay đổi tổng trạng: mạch nhanh, HA tụt
- Tử cung mềm nhão, không khối cầu an toàn
- Chảy máu (ra âm đạo/động trong lòng TC; ồ ạt từng đợt/nhỏ giọt liên tục).

3. Nguyên nhân

- Đờ TC (thường gặp nhất)
- Tổn thương đường SD
- Bất thường về bong nhau, sổ nhau
- Rối loạn đông máu

4. Xử trí chung

- * Hồi sức tích cực + co hồi TC + tìm nguyên nhân
- Huy động tất cả mọi người để cấp cứu
- Lập tối thiểu 2 đường truyền tĩnh mạch kim 18G, cho dịch chảy tốc độ nhanh
- Đánh giá máu mất và tình trạng chung của sản phụ (M, HA, Nhịp thở, T^o)
- Nếu nghi ngờ có choáng hoặc bắt đầu có choáng phải xử trí ngay theo phác đồ xử trí choáng.
- Thông tiểu
- Xoa đáy TC và dùng thuốc co hồi TC:
 - + Oxytocin 5UI 4 ống pha 500ml dịch đẳng trương, tối đa 80UI
 - + Methyl-ergometrin 0,2mg 1 ống TB, tối đa 5 liều (không sử dụng khi HA cao)
 - + Carbetocin (Duratocin 100mcg) 1 ống pha loãng 10ml TMC, 1 liều duy nhất
 - + Misoprostol (cytotec) 200mcg: 800-1000mcg đặt hậu môn 1 lần duy nhất
- Tìm nguyên nhân: kiểm tra đường SD và thực hiện các biện pháp cầm máu cơ học khác
- Làm các XN cơ bản: nhóm máu, huyết đồ, đông máu toàn bộ.

5. Xử trí theo nguyên nhân

* Đờ tử cung

Triệu chứng

- Chảy máu ngay sau khi sổ nhau là triệu chứng phổ biến nhất.
- Tử cung mềm nhão, co hồi kém, không có khối cầu an toàn.
- Có thể dẫn đến choáng nếu xử trí không kịp thời.

Xử trí

Ngoài phần xử trí chung có thể cần thêm: chèn bóng buồng tử cung, phẫu thuật may mũi B-Lynch hoặc thắt động mạch tử cung, thắt động mạch hạ vị, cắt tử cung.

Kết hợp vừa phẫu thuật vừa hồi sức, truyền máu.

*** Chấn thương đường sinh dục**

Bao gồm: rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn, cổ tử cung; vỡ tử cung và máu tụ đường sinh dục.

Triệu chứng

- Tử cung co hồi tốt nhưng máu đỏ tươi vẫn chảy ra ngoài âm hộ.
- Khám thấy vết rách hoặc máu tụ đường sinh dục.

Xử trí

Ngoài phần xử trí chung còn thêm: khâu phục hồi đường sinh dục. Nếu bị tụ máu thì phá khối máu tụ và khâu cầm máu kỹ, tránh tái phát, nên thực hiện tại phòng mổ. Đối với vỡ tử cung (xem phác đồ vỡ tử cung).

*** Bất thường về bong nhau và sổ nhau**

Bao gồm: sót nhau, sót màng; nhau không bong do bám chặt hoặc cài răng lược.

Xử trí

Sót nhau, sót màng: Truyền dung dịch đẳng trương giữ mạch, cho thuốc giảm đau Dolargan 100mg ½ ống tiêm bắp và tiến hành kiểm soát tử cung. Dùng kháng sinh toàn thân. Hồi sức truyền máu nếu thiếu máu cấp.

Nhau không bong: Dùng thuốc giảm đau như trên, tiến hành bóc nhau và kiểm soát tử cung. Dùng kháng sinh toàn thân. Nếu nhau cài răng lược thì phẫu thuật cắt tử cung.

*** Rối loạn đông máu**

Có thể tiên phát do các bệnh về máu nhưng thường là thứ phát do chảy máu nhiều, mất sinh sợi huyết.

Điều trị chủ yếu là truyền máu tươi.

6. Dự phòng

** Trước sanh:* chú ý các yếu tố nguy cơ gây băng huyết sau sanh.

- Bệnh về máu.
- Tiền sử xuất huyết hoặc băng huyết sau sanh
- Thiếu máu trong thai kì
- Đa sản, đa thai, con to
- Tiền sản giật-sản giật
- Sanh ngã âm đạo/mổ lấy thai cũ

** Trong quá trình chuyển dạ:* theo dõi sát.

- Không để chuyển dạ kéo dài (qua sản đồ)
- Theo dõi sát những trường hợp giục sanh
- Cẩn thận với thuốc gây dẫn tử cung

** Lúc sanh:*

- ✓ Một đường truyền tĩnh mạch trước khi lên bàn sanh (Natriclorua 0,9%)
- ✓ Giúp sanh đúng chỉ định, đủ điều kiện, đúng kỹ thuật.

** Sau sanh:*

- ✓ Xử trí tích cực giai đoạn 3.
- ✓ Sau khi nhau bong: Oxytocin 10UI bơm vào chai Natriclorua 0,9% truyền tĩnh mạch.
- ✓ Xoa đáy tử cung
- ✓ Kiểm tra đường sinh dục sau những ca sanh khó
- ✓ Theo dõi sát sản phụ 6 giờ đầu sau đẻ, đặc biệt là trong 2 giờ đầu để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu.

DẠ SANH NON VÀ SANH NON

1. Dạ sanh non

* *Chẩn đoán*

- Tuổi thai từ hết 22 tuần đến hết 37 tuần
- Có cơn co tử cung gây đau
- Cổ tử cung đóng
- Âm đạo có thể ra máu hay chất nhầy màu hồng
- Siêu âm đo chiều dài cổ tử cung

* *Xử trí*

- Nằm nghỉ tuyệt đối cho đến khi hết cơn co tử cung
- Giải thích cho thai phụ hiểu được tình trạng bệnh để hợp tác điều trị
- Cho thuốc cắt cơn co tử cung(chích Nospa hoặc nhét hậu môn Salbutamol và Utrogestan 200 mg 1 viên đặt âm đạo x 2 lần trong ngày).
- Hoặc cắt cơn co tử cung bằng Nifedipine, nên dùng trong trường hợp tiểu đường, nhau tiền đạo, đa thai.
 - + Liều tấn công: Nifedipine 10mg, ngâm dưới lưỡi. Nếu còn cơn co, cứ 20 phút ngâm 1 viên, tổng liều không quá 4 viên
 - + Liều duy trì: sau viên cuối của liều tấn công 3 giờ, dùng Nifedipine tác dụng chậm 20mg, uống 1 viên, cứ 6 giờ đến 8 giờ 1 lần
 - + Nếu Nifedipine thất bại, sau liều cuối 2 giờ có thể dùng salbutamol
 - + Phải theo dõi huyết áp sau khi dùng Nifedipine 15 phút
 - + Chống chỉ định dùng khi huyết áp thấp(<90/50 mmHg)
- Tránh táo bón (chế độ ăn uống, thuốc ...)
- Nâng tổng trạng

Có thể giúp phổi thai nhi trưởng thành bằng Betemethasone(12mg TB 2liều cách nhau 24h đối với tuổi thai từ 28 đến 34 tuần)

2. Sanh non

* *Chẩn đoán*

- Tuổi thai từ hết 22 tuần đến trước khi hết 37 tuần.
- Cổ tử cung xóa, có khi đã mở
- Cơn co tử cung đều đặn gây đau
- Có nhớt hồng âm đạo.

* *Xử trí*

- Cho thai phụ nghỉ ngơi
- Tư vấn tình trạng thai
- Dùng corticoid hỗ trợ phổi thai nhi đối với tuổi thai từ 28-34 tuần(nếu trước đó chưa được dùng)
- Cố gắng làm chậm cuộc sanh trong 24 giờ sau khi tiêm corticoid bằng cách cho nifedipin hay salbutamol
- Chờ cuộc sanh tiến triển bình thường
- Chuẩn bị phương tiện hồi sức, chăm sóc sơ sinh thiếu tháng.

VỠ ỒI NON

1. Định nghĩa

Vỡ ối non là vỡ ối khi chưa có chuyển dạ

2. Chẩn đoán

- Chưa có dấu chuyển dạ

- Nước ối ra tự nhiên

Dấu hiệu để chẩn đoán là nước ối đột ngột ra liên tục, thường là sau một cơn co tử cung. Đầu tiên thai phụ thấy nước chảy ào ra, sau đó tiếp tục ra ít một dù không có cơn co và cổ tử cung còn dài, đóng kín, nếu đóng BVS sẽ thấy BVS thấm nước ối trong, không màu.

3. Xử trí

- Theo dõi thân nhiệt
- Đóng BVS, theo dõi lượng nước ối ra hàng giờ
- Dùng kháng sinh dự phòng
- Siêu âm đánh giá tuổi thai để có thái độ xử trí
- Nếu thai gần đủ tháng, Ví dụ 36 tuần tuổi, có thể chờ thêm 48 - 72 giờ nữa để thai đủ trưởng thành và cuộc đẻ sẽ tiến triển tự nhiên.
- Nếu thai còn non tháng < 34 tuần, cố gắng trì hoãn cuộc chuyển dạ trong 1 hoặc 2 tuần bằng cách cho thai phụ nằm nghỉ tuyệt đối tại giường và cho thuốc giảm co, cho Corticoid nếu có chỉ định
- Nếu nước ối không ra nữa: tiếp tục nằm viện theo dõi thêm. Nếu không sốt tiếp tục cho kháng sinh và thuốc giảm co.
- Nếu nước ối vẫn tiếp tục ra thì bắt buộc phải gây chuyển dạ :
 - + Truyền Oxytocin tĩnh mạch nếu cơn co thưa, yếu
 - + Chờ cuộc đẻ tiến triển bình thường
 - + Chuẩn bị đầy đủ để hồi sức thai nhi non tháng.
 - + Kiểm tra kỹ bánh rau khi rau sổ, nếu nghi ngờ sót rau hay màng phải kiểm soát tử cung.
 - + Theo dõi sát tiến triển cuộc chuyển dạ, nếu có bất lợi thì mổ lấy thai.

BỆNH TIM VÀ THAI KỲ

Tỷ lệ bệnh tim kèm với thai khoảng 1 - 2 % trong đó hơn 90% là bệnh van tim hậu thấp chủ yếu là van 2 lá, còn lại là các loại tim bẩm sinh

1. Chẩn đoán

- Mệt
- Khó thở, tím tái.
- Có 1 trong các triệu chứng thực thể sau đây:
 - + Âm thổi tâm trương, tiền tâm thu hoặc âm thổi liên tục
 - + Triệu chứng tim to rõ ràng.
 - + Âm thổi tâm thu mạnh kèm rung miêu.
 - + Loạn nhịp nặng.
- Phân độ tim sản
 - + Độ 1 : không gây giới hạn hoạt động bình thường, không có triệu chứng suy tim.
 - + Độ 2: giới hạn nhẹ các hoạt động bình thường, nghỉ ngơi thì khỏe, làm việc nặng thì mệt khó thở hồi hộp tức ngực.
 - + Độ 3: giới hạn nhiều đến hoạt động bình thường, làm việc nhẹ cũng thấy mệt.
 - + Độ 4: giới hạn hoàn toàn hoạt động của bệnh nhân, có triệu chứng suy tim đau ngực ngay cả nằm nghỉ.

2. Xử trí

2.1 Trong thai kỳ

- Khám, hội chẩn chuyên khoa để điều trị và theo dõi.
- Suy tim độ I, độ II:
 - + Không cần nhập viện, theo dõi ngoại trú.
 - + Dặn dò:
 - Ăn bớt mặn, nhiều đạm.
 - Không ăn quá nhiều
 - Cần nghỉ trưa và nghỉ ngơi nhiều hơn
 - Có các triệu chứng nặng, trở lại ngay.
 - + Khám thai mỗi tuần hay 2 tuần tùy độ I hay II
 - + Kháng Sinh Benzathine PNC ngừa tái nhiễm.
- Suy tim độ III, độ IV : cần nhập viện
 - + Nếu đã có con hoặc chưa con nhưng bệnh nặng, nên nạo phá thai khi < 12 tuần.
 - + Nếu thai > 12 tuần: theo dõi và nhập viện nếu tăng nặng.
 - + Điều trị trong bệnh viện
 - O₂, đầu cao.
 - Kháng sinh dự phòng tái nhiễm : benzathine PNC 2,4 triệu đơn vị TB/ tuần.
 - Theo dõi, hội chẩn.

Chú Ý

- Chỉ sử dụng Digoxin khi thật cần thiết vì cần để dành lúc chuyển dạ.

Trong chuyển dạ

- Đo CVP
- Kháng sinh: penicilline thường hoặc Cephalosporine thế hệ I ngừa bội nhiễm

- Digoxin (theo chỉ định chuyên khoa)
- Lợi tiêu: sử dụng khi đe dọa phù phổi cấp
- Sinh ngã âm đạo nếu đủ điều kiện
- Nếu có chỉ định MLT: phải gây mê toàn thân.

2.3 Hậu Sản

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, nhất là T⁰ và tiếng tim mỗi 4 giờ vì có thể có viêm nội tâm mạc bán cấp Osler.
- Kháng sinh dự phòng bội nhiễm
- Có thể có phù phổi cấp trong 48 giờ đầu sau sanh vì cơ thể thải nước
- Có thể cho con bú nếu là độ 1, độ 2(độ 3: xem xét nếu không quá mệt có thể cho con bú).
- Tư vấn KHHGD, xem xét các chỉ định triệt sản nếu tình trạng tim hoàn toàn ổn định, nếu không ổn định cần tư vấn sử dụng bao cao su . . .

HEN PHẾ QUẢN

1. Chẩn đoán

- Khó thở thì thở ra
- Mệt mỏi, hoảng hốt, lo sợ
- Có thể tím tái
- Dấu hiệu khó thở (nhịp thở tăng, co kéo lồng ngực, phập phồng cánh mũi)
- Mạch nhanh
- Nghe phổi có ran ngáy, ran rít

2. Điều trị

- Thông đường hô hấp: tư thế Fowler, hút đàm nhớt.
- Cung cấp oxy: thở oxy 5-6lít/phút
- Đảm bảo tuần hoàn: lactact ringer Truyền tĩnh mạch XX giọt/phút
- Thuốc: Epinephrine 0,1%: 0,3 – 0,5 ml (TDD)
Hay Terbutaline:
 - +Liều đầu: 4,5 – 6 mg/kg (TTM trong 30 phút)
 - +Liều duy trì: pha ½ ống khoảng 240mg + 50ml Lactact Ringer TTM 40 giọt/phút.
- Hydrocortisone:
 - +Liều đầu 7mg/kg, ống 100mg (dùng 3 – 4 ống)
 - +Liều duy trì: 100mg/6giờ
- Kháng sinh: nếu có bội nhiễm phổi.

VIÊM RUỘT THỪA VÀ THAI KỲ

Phụ nữ mang thai bị viêm ruột thừa thường có tiên lượng dè dặt vì bệnh thường được phát hiện trễ, bởi những lý do sau:

- Giảm sức đề kháng, do đó không sốt hoặc sốt nhẹ, phản ứng thành bụng không rõ.
- Phù giữ nước → mô bờ, ruột thừa dễ vỡ.
- Tăng sinh mạch máu vùng chậu → dễ nhiễm trùng lan rộng.
Do vậy viêm ruột thừa thường phát hiện ở dạng vỡ mũ → Viêm Phức mạc → Nhiễm trùng huyết.

1. Chẩn đoán

Viêm ruột thừa ở 5 tháng đầu thai kỳ giống như viêm ruột thừa người không có thai. Cần chú ý chẩn đoán ở sản phụ 4 tháng thai cuối kỳ hoặc hậu sản có các trường hợp sau đây:

1.1 Cơ năng

- Sốt nhẹ
- Rối loạn tiêu hóa: buồn nôn, nôn, tiêu chảy xen kẽ táo bón.
- Đau vùng bụng bên phải.

1.2 Thực thể

- Sốt có thể quanh 38⁰C
- Mạch nhanh, huyết áp không thay đổi.
- Lưỡi dơ
- Phản ứng thành bụng không rõ .
- Điểm đau Mac Burney (+), hoặc đau cạnh tử cung, đau hạ sườn (P).
- Đẩy dòn tử cung từ trái qua phải, thai phụ than đau bên phải.
- Cơ co tử cung (±)

1.3 Thăm âm đạo

- Xóa mờ cổ TC ±
- Huyết âm đạo ±

1.4 Xét nghiệm CLS

- Công thức máu mỗi 4 - 6 giờ: Bạch cầu tăng dần 15.000 - 20.000, đa nhân trung tính cao.
- Tốc độ máu lắng tăng
- Siêu âm :Có vùng echo hỗn hợp, hay ruột dày sáng chướng hơi ở hố chậu phải
- Tổng phân tích nước tiểu: không thay đổi gì lạ. Cần chú ý những trường hợp có trụ niệu để chẩn đoán phân biệt với viêm thận - bể thận phải.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm thận - bể thận
- U buồng trứng vỡ hay xoắn trong thai kỳ.
- Sốt thương hàn.

3. Xử trí

- Hội chẩn khoa và ngoại tổng quát
- Mở càng sớm càng tốt ngay khi có chẩn đoán viêm ruột thừa.

- Chống co thắt tử cung trước trong và sau mổ: Progesterone 25mg 1 ống x 2 lần/ ngày và Salbutamol 1mg 1 viên x 2 ,đặt hậu môn / ngày.
- Có triệu chứng nhiễm trùng (sốt dù nhẹ + bạch cầu tăng)
- Rối loạn tiêu hóa
- Đau bụng bên phải hoặc di chuyển từ rốn → bên phải → thì phải nghĩ đến có viêm ruột thừa.

TIÊU ĐƯỜNG VÀ THAI KỲ

1. Chẩn đoán

1.1 Tiền căn

- Gia đình có người bị tiểu đường
- Sinh con to
- Sảy thai hoặc thai lưu, đặc biệt thai gần ngày
- Thai dị tật, thai chết chu sinh
- Đã từng bị tiểu đường trong thai kỳ lần trước

1.2 Lâm sàng

- Bệnh sử: ăn nhiều, uống nhiều, lên cân nhiều (>20kg)
- Mẹ mập phì
- Thai to, đa ối

1.3 Cận lâm sàng: là tiêu chuẩn quyết định chẩn đoán

- Đường huyết khi đói > 150mg%
- Cho làm OGTT (Oral glucose tolerance test) 50mg

Đái tháo đường trước thai kỳ: chiếm 1%

Đái tháo đường do thai: thường gặp hơn

-Biến dưỡng đường:

+Bình thường trước mang thai

+Bệnh lý trong khi mang thai

+Về bình thường sau sanh 6 tuần

-Do tình trạng thay đổi nội tiết tố trong thai từ tuần lễ thứ 22 trở đi: HCG từ nhau, Prolactin, Cortisone, Glucagon gây đề kháng insulin →giảm dự trữ glucogen ở gan, giảm ly giải glucogen, giảm dung nạp đường →tăng đường huyết, cơ thể mẹ đáp ứng bằng cách tăng tiết insulin nhiều lần.

2. Điều trị

Nguyên tắc: phụ thuộc vào độ trưởng thành của thai nhi

Mục tiêu: cân bằng đường huyết khi đói: 60-80 mg%

- 2 giờ sau ăn: <120 mg%

- 2 giờ đến 6 giờ sáng: 60-90 mg%

2.1 Thai chưa đủ trưởng thành

Điều trị tiểu đường

-Chế độ ăn tiết chế: 2200-2400 kcal/ngày (protein 20-25%, carbohydrate 40-45%, ít mỡ)

-Theo dõi đường huyết, đường niệu, cetone niệu 4 lần/ngày (6 giờ, 8 giờ, 14 giờ, 20 giờ)

-Chỉ định điều trị insulin khi đường huyết lúc đói > 105 mg% hoặc 2 giờ sau ăn > 120 mg%

-Liều bắt đầu phụ thuộc vào tuổi thai:

+ Tam cá nguyệt đầu: 0,6 UI/kg/24h

+ Tam cá nguyệt giữa: 0,7 UI/kg/24h

+Tam cá nguyệt cuối: 0,8 UI/kg/24h

-Liều duy trì phụ thuộc vào đáp ứng của bệnh nhân

-Cách chia liều: tổng liều/ngày được chia

+ 2/3 sáng (6 giờ {2/3 loại tác dụng trung bình, 1/3 loại tác dụng ngắn})

+1/3 tối (18 giờ {1/2 loại tác dụng ngắn, 1/3 loại tác dụng trung bình trước khi ngủ})

- Cách kiểm soát đường huyết tốt nhất: thử glycemie 2 giờ sau ăn
- Theo dõi sức khỏe thai nhi: đếm CĐT, NST 3 lần/ngày
- Chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ

2.2 Thai đủ trưởng thành

- Có thể chỉ định chấm dứt thai kỳ. Vấn đề quan trọng là chọn pp sanh thích hợp
- Mồ lấy thai chọn lọc: khi trọng lượng thai to > 4000g hoặc do những chỉ định khác.
- Chọn thời điểm mổ lúc sang sớm và không dùng liều Insuline buổi sáng. Theo dõi glycemie/ giờ.
- Hậu sản: chỉ dùng insulin theo kết quả glycemie. Đề phòng nguy cơ nhiễm trùng và hạ đường huyết.

CHẨN ĐOÁN VÀ THEO DÕI CHUYỂN DẠ ĐỂ THƯỜNG

1. Chẩn đoán chuyển dạ: 4 dấu hiệu chính

- Con co tử cung
- Ra nhớt hồng âm đạo
- Xóa mở cổ tử cung
- Thành lập đầu ối

2. Các giai đoạn của chuyển dạ

Giai đoạn 1 (xóa mở cổ tử cung): được tính từ cổ tử cung bắt đầu mở đến khi trọn

- Pha tiềm tàng: cổ tử cung bắt đầu mở đến 3cm, pha này cổ tử cung tiến triển chậm, kéo dài khoảng 8 giờ.

- Pha tích cực: cổ tử cung mở từ 3cm đến trọn, pha này kéo dài khoảng 7 giờ, trung bình mỗi giờ mở thêm # 1cm

Giai đoạn 2 (sổ thai): từ lúc cổ tử cung trọn đến khi thai sổ ra ngoài, trung bình 30 phút đến 1 giờ.

Giai đoạn 3 (sổ nhau): từ lúc sổ thai đến khi nhau được sổ ra ngoài, trung bình 15 đến 30 phút

3. Các công việc cụ thể để theo dõi một cuộc chuyển dạ để thường

Sau khi sản phụ đã được khám nhận, NHS phải thực hiện các công việc theo dõi mọi diễn biến và sự tiến triển của chuyển dạ, kịp thời phát hiện những nguy cơ có thể xuất hiện khi chuyển dạ, đảm bảo được độ an toàn cao nhất đối với cả mẹ và con.

3.1 Các yếu tố cần theo dõi được tóm tắt trong bảng dưới đây:

Yếu tố	Pha tiềm tàng	Pha tích cực	Giai đoạn sổ thai
Mạch	1 giờ	1 giờ	
HA	1 giờ	1 giờ	
Nhiệt độ	4 giờ	4 giờ	
Tim thai	30 phút	15 phút	Sau mỗi cơn rặn
Con co tử cung	1 giờ	30 phút	
Độ xóa mở CTC	4 giờ	2-4 giờ	
Nước ối	4 giờ	2-4 giờ	
Độ lọt của ngôi	1 giờ	30 phút	
Chông khớp		2-4 giờ	

3.2 Báo bác sĩ khi có các biểu hiện bất thường:

- Mạch > 90 lần/phút hoặc < 60 lần/phút
- Huyết áp >140/90 hoặc <90/60
- Nhiệt độ > 37,5
- Toàn trạng mệt mỏi, khó thở
- Có dấu hiệu suy thai: nước ối có lẫn phân su hoặc máu, tim thai >160 hoặc <120 lần/phút hoặc không đều
- Con co bất thường: > 1 phút hoặc < 20 giây có liên quan đến tiến triển chậm của cổ tử cung
- Bất tương xứng giữa khung chậu và đầu thai nhi: đầu không lọt, có hiện tượng chông khớp sọ từ độ 2 trở lên

- Cổ tử cung tiến triển chậm: pha tiềm tàng kéo dài > 8 giờ, pha tích cực trì trệ (cổ tử cung mở < 1cm/giờ)

THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG

Là thai chết trong tử cung từ 22 tuần trở lên, trước khi có chuyển dạ, có thể do nhiều nguyên nhân:

- Do mẹ*: tăng huyết áp, sản giật, tiền sản giật, bệnh thận, tiểu đường
- Do thai*: dị dạng, quá ngày, bất đồng nhóm máu, chậm tăng trưởng trong tử cung
- Do phân phụ*: dây rốn quấn cổ, đa ối, thiếu ối

1. Chẩn đoán

- Thai phụ không thấy thai cử động, bụng không to lên.
- Tử cung có thể nhỏ hơn tuổi thai
- Không nghe thấy tim thai.
- Siêu âm chẩn đoán xác định: thai không cử động, không thấy tim thai, có dấu hiệu xương sọ chồng khớp, nước ối có thể ít hoặc hết.

2. Xử trí

2.1 Nguyên tắc chung: không vội vàng

- Xét nghiệm sinh sợi huyết, số lượng tiểu cầu, máu chảy, máu đông, nhóm máu.
- Nếu sinh sợi huyết $< 2\text{g/l}$ hay thai phụ có bệnh nội khoa khác thì chuyển tuyến trên, đề phòng tai biến ở thì số nhau.

2.2 Gây sảy thai bằng thuốc

-Misoprostol 100mcg/ 4-6 giờ/lần đặt vào túi cùng sau âm đạo hoặc ngậm áp trong má, nếu cần dung thêm oxytocin. Theo dõi sát tình trạng toàn thân và cơn co tử cung để chỉ định các lần đặt Misoprostol tiếp theo.

-Chống chỉ định dung misoprostol: tử cung có sẹo mổ cũ, khối u tiền đạo, nhau tiền đạo, bất tương xứng giữa khung chậu và thai nhi, ngôi thai bất thường, tử cung dị dạng, tiền sử nhạy cảm với prostaglandin, mắc bệnh nội khoa như hen phế quản, basedow, glaucoma, rối loạn chức năng gan thận.

-Ngừng đặt thuốc và theo dõi sát nếu: Cơn co tử cung mau mạnh (6 cơn co trên 10 phút hoặc cơn co kéo dài > 2 phút), trương lực cơ tử cung tăng.

-**Chú ý** : không được bấm ối

-Sau khi ra thai phải kiểm soát tử cung và dung thuốc co cơ tử cung để đề phòng chảy máu

-Nếu sinh sợi huyết $< 2\text{g/lit}$: dự trữ máu cùng nhóm, dùng Transamin 2 ống/ngày. Sau khi chuẩn bị đầy đủ, dung Misoprostol để gây sảy thai.

-Dùng kháng sinh chống nhiễm khuẩn: uống cefuroxim 1g/ngày x 7 ngày hoặc kháng sinh chích từ 2 đến 7 ngày nếu nghi ngờ viêm nhiễm

-Hỗ trợ tinh thần cho sản phụ.

THAI SUY

1. Định nghĩa

Thai suy là tình trạng suy giảm hoạt động của thai về chức phận và khả năng tồn tại do thiếu oxy biểu hiện bằng nhịp tim thai quá nhanh, quá chậm, không đều, nước ối có phân su, PH máu của thai thấp.

2. Các dấu hiệu của thai suy

2.1 Nhịp tim thai:

-Theo dõi tim thai bằng Monitor sản khoa thấy tim thai không đều, > 160 lần/phút hoặc < 120 lần/phút, nhịp phẳng, DIP II liên tục hoặc DIP III hoặc DIP I sâu liên tục là dấu hiệu thai suy:

+Nhịp tim thai dao động độ 0 (nhịp phẳng): là nhịp tim thai cơ bản dao động < nhịp/phút, gặp trong trường hợp thai suy nặng.

+Nhịp tim thai dao động độ I (nhịp xoang hẹp): khi độ dao động từ 5 đến 10 nhịp/phút, gặp trong trường hợp thai suy. Tuy nhiên cần phân biệt với thai ngủ.

+Nhịp tim thai dao động độ II: dao động từ 15-25 nhịp/phút là bình thường.

+Nhịp tim thai dao động độ III (>25 nhịp/phút) do thai vận động, thay đổi vị trí không có giá trị tiên lượng.

+DIP I (nhịp tim thai chậm sớm): là nhịp tim thai chậm khi xuất hiện cơn co và trở lại bình thường khi hết cơn co. Do cơn co tử cung thúc đầu thai vào khung chậu hoặc do tay ấn mạnh vào đầu khi thăm âm đạo. Nhịp tim thai chậm sớm là do phản xạ cơ học không có giá trị chẩn đoán thai suy.

+DIP II (nhịp tim thai chậm muộn): là nhịp tim thai chậm nhất ở thời điểm sau khi cơn co có cường độ cao nhất từ 30 giây trở lên, thậm chí có khi hết cơn co mà nhịp tim thai vẫn tiếp tục chậm. Nhịp tim thai chậm muộn xảy ra khi nồng độ oxy trong máu thai nhi thấp làm rối loạn về mặt sinh học ảnh hưởng đến não và cơ tim, Đây là dấu hiệu thai suy cần phải lấy thai ra.

+DIP III (nhịp tim thai chậm thay đổi): xuất hiện nhịp tim thai chậm cùng thời điểm với cơn co tử cung và có thể ngoài cơn co tử cung. Đây thường là dấu hiệu chèn ép dây rốn, có hội chứng vượt chướng ngại vật như u tiền đạo, bất xứng đầu chậu.

2.2 Nước ối: có lẫn phân su, màu nước ối xanh hoặc vàng bản đặc phân su.

2.3 PH máu: chỉ áp dụng khi ối đã vỡ, nếu PH máu < 7,25 là thai suy.

3. Theo dõi và xử trí

3.1 Nữ hộ sinh

-Theo dõi nhịp tim thai cứ 30 phút/lần ở giai đoạn tiền tàng và 15 phút/lần ở giai đoạn tích cực.

-Khi ối vỡ phải nghe tim thai ngay và khám âm đạo đề phòng sa dây rốn

-Khi ngôi lọt cho sản phụ rặn khi có cơn co, phải theo dõi tim thai sau mỗi lần rặn

-Khi có dấu hiệu suy thai, cơn co mau, ngôi chưa lọt hoặc cổ tử cung chưa mở trọn thì báo bác sĩ ngay, đồng thời cho sản phụ: thở oxy, nằm nghiêng trái.

-Đang truyền oxytocin, nếu có dấu hiệu suy thai phải ngừng truyền ngay.

3.2 Bác sĩ

Khám xác định tình trạng suy thai (biểu đồ tim thai, cổ tử cung, ngôi thai, màu sắc nước ối)

-Nếu cơn co tử cung mau thì cho giảm co với nospa 40mg 1 ống tiêm bắp

-Truyền tĩnh mạch dung dịch Lactate Ringer

-Sau hồi sức tim thai trở lại bình thường: theo dõi để đường dưới.

3.3 *Làm thủ thuật*

Không chỉ định làm giác hút trong trường hợp thai suy

3.4 *Mổ lấy thai ngay*

-Nếu thai suy cấp hồi sức không kết quả

-Nếu nhịp tim thai phẳng hay có DIP II liên tục

-Nếu thai suy, cơn co mau nghi có bất tương xứng thai và khung chậu

-Nếu thai suy vì sa dây rốn hay nghi ngờ dây rốn quấn cổ (DIP biến đổi)

-Nếu tiên lượng cuộc chuyển dạ còn kéo dài, hay thai quá ngày, thai suy dinh dưỡng trong tử cung.

NGHIỆM PHÁP LỘT NGÔI CHỖM

Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm là thủ thuật chủ động bấm ối sớm để thử thách xem thai nhi có thể lọt được hay không

1. Chỉ định

- Khung chậu bình thường, thai nhi to
- Khung chậu giới hạn, thai nhi bình thường
- Khung chậu hẹp, thai nhi nhỏ

2. Chống chỉ định

- Khung chậu hẹp hoàn toàn
- Thai suy
- Không phải là ngôi chỏm
- Sa dây rốn
- Có sẹo mổ cũ ở tử cung

3. Điều kiện

- Làm ở nơi có thể phẫu thuật được
- Thai sống, ngôi chỏm
- Khi cổ tử cung mở 3-4 cm
- Có người theo dõi

4. Kỹ thuật

Bước 1: Sản phụ nằm tư thế sản khoa.

Bước 2: Khám sản khoa, tình trạng tim thai, cơn co tử cung, ngôi thai, khung chậu

Bước 3: Dùng kim bấm ối khi có cơn co tử cung và xé rộng màng ối để cho ngôi tì vào cổ tử cung, nếu ngôi thai còn cao phải đề phòng sa dây rốn

Bước 4: Ghi rõ giờ bắt đầu bấm ối và diễn biến của cơn co

Bước 5: Theo dõi cơn co tử cung, tim thai. Tình trạng cổ tử cung, ngôi thai được khám lại sau 1 giờ và sau 2 giờ làm nghiệm pháp lọt để đánh giá sự tiến triển bấm ngoài cơn co

Bước 6: Nếu cơn co tử cung tăng nhiều (>3 cơn/10 phút) thì giảm số giọt oxytocin.

Nếu trương lực tăng phải ngừng truyền oxytocin, nếu tử cung vẫn tăng trương lực thì dùng các thuốc giảm co

CHÚ Ý: Thời gian chờ đợi tối đa là 6 giờ. Trong thời gian làm nghiệm pháp nên cho kháng sinh

5. Theo dõi và xử trí tai biến

- Theo dõi theo biểu đồ chuyển dạ
- Phẫu thuật lấy thai ngay nếu:
 - +Cơn co tử cung dồn dập, liên tục dù đã ngừng oxytocin và dùng thuốc giảm co

+Thai suy

+Sa dây rốn

+Sau 2 giờ làm nghiệm pháp cổ tử cung không mở thêm hoặc chắc hơn hoặc phù nề hơn, ngôi thai vẫn cao, không lọt và bắt đầu có búi huyết thanh

-Theo dõi thêm chuyển dạ:

Nếu sau 2 giờ làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm mà cổ tử cung mở thêm từ 2 cm trở lên, tim thai vẫn đều đặn, ngôi thai xuống sâu hơn trong tiểu khung, có thể quyết định cho theo dõi thêm: khi cổ tử cung mở trọn, đầu lọt thấp có thể cho sanh thường hay lấy thai bằng giác hút

KỸ THUẬT LÀM GIÁC HÚT SẢN KHOA

Giác hút là một thủ thuật dùng bầu giác tạo ra bởi áp lực âm bám chắc vào đầu thai nhi để hỗ trợ cho sản phụ rặn, cho thai sổ ra theo cơ chế đẻ.

1. Chỉ định

- Mẹ rặn yếu
- Mẹ rặn không chuyên (con so trên 45 phút, con rạ trên 30 phút)

2. Chống chỉ định

- Những trường hợp không được rặn (huyết áp cao, dọa vỡ tử cung, bệnh tim mạch, sẹo mổ cũ ở tử cung)
- Con non tháng
- Bướu huyết thanh lớn
- Suy thai
- Các ngôi không phải là ngôi chòm

3. Điều kiện

- Ngôi chòm đã lọt thấp
- CTC mở hết
- Ổi đã vỡ hay bám ối
- Thai sống

4. Chuẩn bị

4.1 Bác sĩ sản khoa thành thạo kỹ thuật

- Người chính, người phụ, người giúp việc
- Mũ áo khẩu trang, rửa tay, đi găng vô khuẩn

4.2 Sản phụ

- Được giải thích đầy đủ lý do can thiệp
- Vệ sinh âm hộ, sát khuẩn, trải săng
- Không cần tiêm thuốc giảm đau

4.3 Dụng cụ

- Bầu giác số 4, số 5, số 6
- Ống nối bầu với máy hút chân không
- Bơm chân không (bơm tay hoặc đạp chân, chạy điện)
- Bộ đỡ đẻ, bộ cắt khâu tầng sinh môn, bộ kiểm tra cổ tử cung
- Bộ dụng cụ hồi sức sơ sinh
- Găng tay, săng vô khuẩn
- Thông tiêu vô khuẩn

5. Kỹ thuật tiến hành

Bước 1: Người làm thủ thuật rửa tay mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn

Bước 2: Sát khuẩn âm hộ, tầng sinh môn

Bước 3: Thông tiêu

Bước 4: Kiểm tra lại độ lọt, kiểu thế, độ mở cổ tử cung

Bước 5: Lắp tay cầm, dây xích, ống cao su vào bầu giác và lắp bộ phận bơm

Bước 6: Chọn bầu giác lớn nhất phù hợp với ngôi (thường là bầu giác số 5). Đặt nghiêng cho nửa bầu giác vào trước để giảm đường kính để đặt rồi cho nốt nửa bầu giác còn lại. Đặt bầu giác trên nền xương cứng, tránh các thóp. Sau đó cho một ngón tay đi vòng quanh miệng bầu giác để chắc chắn không có phần mềm âm đạo hay cổ tử cung của người mẹ lọt vào bầu giác.

Bước 7: Người phụ bơm từ từ cho áp lực lên từng 0,2 kg/cm² để bầu giác bám vào da đầu

Bước 8: Kiểm tra lại phần mềm, nếu chắc chắn không lọt vào bầu hút thì nâng áp lực chân không lên 0,6 kg/cm² đến 0,8 kg/cm² (nếu con rạ chỉ cần 0,6 kg/cm²)

Bước 9: Bơm từ từ cho da đầu có thì giờ tạo thành bươu huyết thanh nhân tạo bám chắc thành bầu để khi kéo không bị tuột

Bước 10: Chờ con rạn, kéo bầu giác theo hướng vuông góc với mặt phẳng của bầu, trong khi một tay ngoài kéo, một ngón tay giám sát bên trong xem bầu có bị hở không

Bước 11: Kéo giác hút đồng nhịp với con rạn, kéo bằng lực của cẳng tay, theo cơ chế dễ. Giữ tầng sinh môn khi trán sỏ, cắt tầng sinh môn nếu cần

Bước 12: Khi lưỡng đỉnh đã ra khỏi âm hộ, mở khóa chân không từ từ và tiếp tục đỡ dễ như bình thường

Chú ý:

- Không kéo giác hút quá 10 phút
- Nếu kéo không thấy chuyển, cần kiểm tra xem có gì bất thường không
- Nếu bầu giác hút tuột không nên làm lại lần 2

6. Theo dõi sau thủ thuật và xử trí tai biến

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, toàn trạng của sản phụ
- Kiểm tra thành âm đạo, cổ tử cung, nếu rách khâu cầm máu
- Phát hiện các sang chấn ở sơ sinh như chấn thương sọ não, cần phát hiện sớm để xử lý

NHIỄM HIV KHI CÓ THAI

Chăm sóc phụ nữ mang thai nhiễm HIV là nhằm mục đích làm giảm lây truyền HIV/AIDS từ mẹ sang con.

1. Chẩn đoán nhiễm HIV

- Mẫu huyết thanh được coi là dương tính với HIV khi dương tính cả 3 lần xét nghiệm bằng 3 loại sinh phẩm với các nguyên lý và kháng nguyên khác nhau (phương cách III)
- Chỉ những phòng xét nghiệm đạt tiêu chuẩn được Bộ Y tế cho phép mới được quyền thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính

2. Xử trí

Tư vấn việc lây truyền HIV từ mẹ sang con để thai phụ quyết định giữ thai hay phá thai

- Thai < 22tuần: tư vấn phá thai hay giữ thai
- Thai >22tuần: quản lý và điều trị
- * *Nếu xin phá thai*
 - + Tùy tuổi thai để tiến hành phá thai
 - + Tư vấn các biện pháp tránh thai sau phá thai
 - + Sau phá thai, chuyển thai phụ về Trung Tâm phòng chống HIV-AIDS để quản lý và điều trị theo mã số
- * *Nếu muốn giữ thai*
 - + Quản lý thai nghén
 - + Tư vấn về nguy cơ lây truyền cho con và khả năng phòng bệnh
 - + Khi chuyển dạ nên phẫu thuật lấy thai
- * *Phác đồ AZT + Nevirapin cho mẹ:*
AZT uống 300mg x 2 lần/ngày từ tuần thai thứ 28
Khi chuyển dạ AZT 600mg và Nevirapin 200mg
- * *Phác đồ sử dụng Nevirapin*
Khi bắt đầu chuyển dạ hoặc trước khi phẫu thuật lấy thai 4 giờ cho uống Nevirapin 200mg
- * *Cho sơ sinh AZT hay Nevirapin*
 - AZT sirô 2mg/kg, 6 giờ /lần, bắt đầu 8 – 10 giờ sau sinh, kéo dài 6 tuần
 - Nevirapin sirô 2mg/kg/lần uống trong vòng 72 giờ sau sinh
- + Tư vấn về việc không cho con bú sữa mẹ tránh lây truyền bệnh và tư vấn về cách dùng các sản phẩm sữa thay thế
- + Quản lý mẹ và con và tiếp tục điều trị bệnh cho mẹ bằng thuốc chống Retrovirus và dự phòng các bệnh nhiễm trùng cơ hội

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 vỡ non
- Ối vỡ nhưng cơn co yếu
- Thai quá ngày
- Bệnh lý của mẹ như: tăng huyết áp, tiền sản giật, ung thư cần đình chỉ thai nghén
- Nhiễm trùng ối
- Thai dị tật có chỉ định bỏ thai
- Thai chết lưu
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung

2. Chống chỉ định

- Non Stresstest và Stresstest có biểu hiện bệnh lý
- Bất tương xứng thai – khung chậu
- Ngôi bất thường không có chỉ định đẻ đường dưới
- Nhau tiền đạo
- Sẹo mổ cũ ở tử cung
- Sa dây rốn (thai sống)
- Herpes sinh dục
- Các bệnh lý của mẹ nghiêm trọng như suy tim, tiền sản giật nặng hoặc sản giật mà có chỉ định mổ lấy thai

3. Đánh giá trước khi gây chuyển dạ

3.1 Về phía mẹ

- Đánh giá lại khung chậu
- Đánh giá cổ tử cung(qua chỉ số Bishop)
- Xem lại nguy cơ cũng như lợi ích của gây chuyển dạ

3.2 Về phía thai

- Xác định tuổi thai
- Ước lượng cân nặng thai
- Xác định ngôi thai
- Nếu Bishop < 5 thì làm chín muồi cổ tử cung bằng Prostaglandin trước khi gây chuyển dạ
- Nếu Bishop \leq 5 thì gây chuyển dạ bằng một trong các cách dưới đây.

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

4.2 Bấm ối

- Chỉ thực hiện được khi cổ tử cung đã mở, dụng kim dài hoặc cành Kocher gây thủng màng ối, sau đó dụng ngón tay xé rộng màng ối
- Có thể bấm ối đơn thuần hoặc kết hợp truyền oxytocin
- Đánh giá số lượng và màu sắc dịch ối
- Theo dõi tim thai trước và sau khi bấm ối

4.3 Bóng foley

Đưa sond foley qua lỗ trong cổ tử cung, bơm 10ml huyết thanh mặn 0,9% làm phồng bong cao su tạo áp lực giúp cho cổ tử cung xóa mờ. Khi cổ tử cung mở được ≥ 3 cm sond sẽ tự tuột ra ngoài và cuộc chuyển dạ được khởi phát. Có thể kết hợp truyền oxytocin nếu cần

4.4 Prostaglandin (chỉ được tiến hành tại cơ sở có phẫu thuật)

Đặt vào túi cùng sau âm đạo Misoprostol 25mcg, cứ 3 giờ/lần, tối đa không quá 6 liều

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

- Cho 5UI oxytocin vào 500ml Glucose 5% truyền tĩnh mạch chậm, khởi 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 thì cho oxytocin chảy chậm lại hoặc phối hợp thuốc giảm co có tác dụng làm mềm cổ tử cung.

5. Theo dõi và xử trí tai biến

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

- Nếu thai suy phải ngừng truyền, phẫu thuật lấy thai ngay

- Nếu cơn co thưa, nhẹ, có thể tăng giọt

- Nếu cơn co mạnh, mau, phải giảm số giọt và có thể sử dụng thuốc giảm co

- Nếu cuộc đẻ chỉ huy kéo dài quá 6 giờ mà không tiến triển tốt thì nên mổ lấy thai

- Tai biến có thể gặp: thai suy hoặc tử vong do can thiệp muộn, vỡ tử cung.

THAI QUÁ NGÀY

1. Định nghĩa

Thai quá ngày là thai ở trong bụng mẹ quá 41 tuần (287 ngày) tính từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng

2. Chẩn đoán

Dựa vào: kinh cuối và siêu âm thai 3 tháng đầu tiên

3. Xử trí

- Theo dõi chỉ số ối bằng siêu âm
- Theo dõi tình trạng thai bằng Non Stresstest 2-3 ngày/lần, nếu Non Stresstest không đáp ứng thì làm Stresstest hoặc gây chuyển dạ, nếu có bất thường → mổ lấy thai
- Nếu cổ tử cung không thuận lợi (Bishop < 5), có thể làm mềm cổ tử cung bằng Misoprostol 50mcg ngậm dưới lưỡi, cứ 4-6 giờ/lần, ngày không quá 3 liều.
- Nếu cổ tử cung thuận lợi (Bishop > 5) thì gây chuyển dạ bằng bấm ối và truyền oxytocin tĩnh mạch.

VẾT MỔ CŨ LẤY THAI

Đối với thai phụ có vết mổ cũ lấy thai (*VMC*) phải dựa vào tiền căn mổ lấy thai (*MLT*) lần trước và thai kỳ hiện tại để chọn hướng chấm dứt thai kỳ thích hợp là MLT lại hay sanh ngã âm đạo.

1. Mổ lấy thai nếu:

- Lý do mổ còn tồn tại: khung chậu hẹp, khung chậu giới hạn, tử cung dị dạng.
- Phương pháp mổ dọc thân
- Vết mổ cũ bóc nhân xơ.
- Vết mổ cũ ≥ 2 lần
- Vết mổ mới; thời gian mổ ≤ 24 tháng
- Nhiễm trùng hậu phẫu lần mổ trước: có nhiễm trùng tử cung, viêm nội mạc tử cung.
- *VMC* + 1 bất thường của thai lần này (như: ngôi mông, thai quá ngày, nhau tiền đạo, tim thai suy, ối vỡ non, con to,...)
- Đau vết mổ cũ.

2. Xử trí

- Có thể cho nhập viện sớm trước ngày dự sanh
- Làm xét nghiệm theo qui trình
- Xác định lại tuổi thai và đánh sức khỏe thai.
- Hội chẩn cho hướng xử trí thích hợp
- Đối với trường hợp có chỉ định mổ lại \rightarrow thì mổ chủ động.
- Làm vệ sinh cho thai phụ và giải thích tình trạng thai kỳ lần này.
- Đề phòng bé sản dịch
- Đối với các trường hợp có chỉ định sanh ngã âm đạo phải theo dõi sát.

3. Theo dõi cuộc chuyển dạ chú ý các vấn đề sau

- Đau vết mổ cũ
- Tim thai
- Huyết âm đạo

BÓC NHAU NHÂN TẠO

- Bóc nhau nhân tạo là một thủ thuật trong sản khoa, nhằm mục đích lấy nhau ra khỏi buồng tử cung sau khi thai sỏ.
- Sau bóc nhau phải soát tử cung ngay.

1. Chỉ định

- Ngay sau sỏ thai máu chảy ra âm đạo nhiều.
- Sau sỏ thai 30 phút mà rau vẫn chưa bong, chưa sỏ.
- Trong một số trường hợp cần kiểm tra ngay sự toàn vẹn của tử cung : Ví dụ sau nội xoay thai

Chú ý: sản phụ đang sốc phải hồi sức rồi mới bóc nhau nhân tạo.

2. Chuẩn bị dụng cụ và thuốc

- Găng tay vô khuẩn, khăn vô khuẩn
- Thông tiểu
- Thuốc giảm đau như : Dolargan 100mg/ ống, seduxen 10mg/ ống, Atropin 0,25 mg/ 1 ống.
- Thuốc co tử cung : Oxytocin 5 đv / ống, Ergometrin 0,02 mg/ ống, Cytotec 200mcg/ viên.
- Betadin sát khuẩn, cồn 70°

3. Chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích động viên
- Theo dõi toàn trạng.
- Đo mạch, huyết áp.
- Tiêm thuốc giảm đau
- Sát khuẩn vùng âm hộ
- Thông tiểu nếu bàng quang đầy nước tiểu .

4. Kỹ thuật

- Rửa tay vô khuẩn, mặc áo, đi găng.
- Trải khăn vô khuẩn dưới mông và trên bụng sản phụ.

Phối hợp 2 tay :

- Một tay đặt ở thành bụng
- Tay kia đưa vào trong âm đạo, qua cổ tử cung , lần dọc theo dây rốn vào buồng tử cung đến vùng nhau bám, dùng bờ trong của bàn tay lách vào giữa bánh nhau và thành tử cung, bóc dần bánh nhau ra khỏi thành tử cung từ ngoài vào trung tâm. Tuyệt đối không được túm và giật bánh nhau vì có thể lộn tử cung và gây chảy máu nhiều.
- Khi nhau đã bong hết, tay ở trong tử cung đẩy bánh nhau xuống dưới và ra ngoài, nhưng không rút tay ra, nếu cần dùng tay ngoài cầm kẹp cặp cuống rốn để lấy rau ra.
- Tay trong buồng tử cung tiếp tục kiểm soát và vét sạch buồng tử cung.
- Tiêm thuốc Oxytocin vào cơ tử cung.

5. Theo dõi bệnh nhân sau thủ thuật

- Toàn trạng, mạch, huyết áp.
- Co hồi tử cung
- Máu ra ở âm đạo

- Tránh bàn quang căng.
- Điều trị kháng sinh uống hay tiêm.

NON STRESS TEST

1. Mục đích

Đánh giá sức khỏe thai nhi (qua khảo sát đáp ứng tăng nhịp tim thai khi có cử động thai với điều kiện không có cơn gò tử cung).

2. Điều kiện kỹ thuật

- Giải thích hướng dẫn cho thai phụ mục đích thủ thuật và cách bấm nút khi có cử động thai.
- Thời gian thực hiện từ 20 – 45 phút.
- Sản phụ nằm tư thế Fowler hay nghiêng trái, sau khi đã ăn no.
- Đặt Monitor ghi tim thai và cử động thai.

3. Đánh giá kết quả

3.1 Non stress test có đáp ứng (thai không suy) nếu

- Có > 3 cử động thai trong 20 phút.
- Nhịp tim thai cơ bản: 120 – 160 lần/phút.
- Dao động nội tại: 10 chu kỳ / phút.
- Biên độ dao động: 2 – 25 nhịp.
- Mỗi khi có cử động nhịp tim thai tăng > 15 nhịp và kéo dài > 15 giây.

3.2 Non stress test không đáp ứng (chưa khẳng định được thai suy cần làm tiếp Stress test), nếu

- Không xuất hiện nhịp tăng khi có cử động thai.
- Xuất hiện nhịp phẳng (biên độ dao động < 5) hoặc xuất hiện nhịp giảm chiếm > 50 % thời gian theo dõi.
- Nếu có ≤ 2 cử động thai trong 45 phút \rightarrow nên lắc bụng và làm thêm Non stress test trong thời gian > 20 phút (loại trừ do thai đang ngủ).

STRESS TEST

1. Mục đích

Đánh giá khả năng chịu đựng của thai đối với chuyển dạ sanh ngã âm đạo (khảo sát sự thay đổi của nhịp tim thai khi có cơn gò tử cung).

2. Chỉ định

Nghi ngờ thai suy trường diễn trong tử cung.

3. Chống chỉ định

- Dọa sanh non.
- Nhau tiền đạo.
- Vết mổ cũ.
- Đa thai, đa ối.
- Ới vỡ sớm.

4. Điều kiện kỹ thuật

- Giải thích mục đích của thủ thuật cho thai phụ hiểu.
- Thời gian thực hiện 30 – 60 phút (trung bình 45 phút).
- Sản phụ nằm tư thế Fowler hay nghiêng trái.
- Đặt Monitor theo dõi tim thai, cơn gò tử cung: cho máy chạy không 10 – 15 phút.
- Tạo cơn gò chuyển dạ bằng oxytocin ngoại sinh hoặc oxytocin nội sinh bằng cách se đầu vú sao cho có đủ 3 cơn gò trong 10 phút.
- Tiếp tục ghi tim thai, cơn gò bằng Monitor.

5. Đánh giá kết quả

Kể từ thời điểm có đủ 3 cơn gò trong 10 phút thì bắt đầu đánh giá sự thay đổi của nhịp tim thai.

Stress test (+): thai suy (tỷ lệ dương tính giả # 30%)→ mổ lấy thai khi có các thay đổi tim thai sau mỗi cơn gò như sau:

- Nhịp giảm muộn (DIP II).
- Nhịp giảm bất định.
- Nhịp phẳng.
- Nhịp nhanh trầm trọng ≥ 180 lần/phút.
- Nhịp giảm trầm trọng ≤ 100 lần/phút.

Stress test (-) : khi không có sự thay đổi nhịp tim thai như trên: \pm theo dõi sanh ngã âm đạo.

SA DÂY RÓN

1. Nguyên nhân

1.1 Về phía mẹ

- Để nhiều lần nên ngôi thai bình chính không tốt gây các ngôi bất thường.
- Khung chậu hẹp, lệch.
- Có khối u tiền đạo.

1.2 Về phía thai

- Các ngôi bất thường, ví dụ ngôi mông, ngôi ngang do ngôi không tì vào cổ tử cung nên dây rốn có thể sa trước ngôi.
- Sa 1 chi làm dây rốn sa theo.

1.3 Về phía phần phụ của thai

- Đa ối làm ối căng quá mức, có thể vỡ đột ngột làm dây rốn sa theo.
- Dây rốn dài bất thường.
- Nhau bám thấp.

1.4 Do bám ối: nếu bám ối trong cơn co khi ngôi còn cao lỏng.

2. Chẩn đoán và xử trí

2.1 Chẩn đoán

- Hoặc nhìn thấy dây rốn sa ra ngoài âm hộ.
- Hoặc thăm âm đạo thấy dây rốn nằm cuộn trong âm đạo.
- Hoặc thăm âm đạo thấy dây rốn ở cổ tử cung bên cạnh ngôi hoặc trước ngôi qua màng ối chưa bị vỡ (sa dây rốn trong bọc ối).
- Cổ tử cung thường chưa mở hết.
- Ngôi thai còn cao, có thể là ngôi bất thường.

2.2 Xử trí chung

Sa dây rốn trong bọc ối: tư vấn cho sản phụ nằm đầu thấp, mông cao, không rặn để bảo vệ ối không bị vỡ → mổ lấy thai ngay.

Sa dây rốn khi đã vỡ ối

- Xác định xem dây rốn còn đập không, đồng thời nghe tim thai trên bụng mẹ.
- Nếu xác định là thai đã chết →theo dõi sanh ngã âm đạo nếu không có các nguyên nhân để khó khác.
- Nếu thai còn sống, phải tìm cách lấy thai ra ngay→mổ lấy thai ngay hoặc dùng forceps nếu đủ điều kiện. Trong khi chờ mổ thì cho sản phụ nằm đầu thấp mông cao và không nên rặn.

ĐẼ CHỈ HUY

1. Định nghĩa

Đẻ chỉ huy là cuộc đẻ do người thầy thuốc sản khoa khởi động và điều khiển các cơn co tử cung.

2. Chỉ định

Ôi vỡ non, ôi vỡ sớm mà cơn co tử cung thưa yếu.

3. Chống chỉ định

- Bất tương xứng giữa thai nhi và khung chậu.
- Bất thường ở tử cung: tử cung dị dạng, nhân xơ, sẹo mổ đẻ cũ, sẹo mổ bóc nhân xơ.
- Không phải là ngôi đầu.
- Có dấu hiệu suy thai.

4. Cách tiến hành

4.1 *Bấm ối*: nếu cổ tử cung đã mở, sản phụ cơn rạ và có khả năng lọt dễ thì chỉ cần bấm ối, xé rộng màng ối cho đầu xuống tì vào cổ tử cung.

4.2 *Sau khi bấm ối*

- Nghe lại nhịp tim thai trong và sau cơn co tử cung, nếu < 120 lần/phút hoặc > 160 lần/phút phải nghi ngờ suy thai.

- Cho kháng sinh dự phòng

4.3 *Truyền oxytocin*

- Truyền Glucose 5% + oxytocin 5 đơn vị, tốc độ X giọt/phút.

- Tăng tốc độ truyền 10 giọt/phút mỗi 30 phút cho đến khi đạt được cơn co hữu hiệu (cơn co kéo dài > 40 giây và có 3 cơn co trong 10 phút).

- Duy trì tốc độ này đến khi sinh xong.

- Nếu tử cung quá kích thích (cơn co kéo dài > 60 giây) hoặc nếu có hơn 4 cơn co trong 10 phút thì ngưng truyền và cho thuốc giảm co tử cung.

- Nếu sau 6 giờ vẫn chưa tạo được chuyển dạ, coi như đẻ chỉ huy thất bại, phải mổ lấy thai.

5. Theo dõi và xử trí tai biến

- Theo dõi mạch, huyết áp, cơn co tử cung, tim thai, xóa mở cổ tử cung và độ tiến triển của ngôi.

- Cho sản phụ nằm nghiêng trái.

- Ghi lại các kết quả quan sát trên biểu đồ chuyển dạ theo dõi mỗi 15 phút/lần.

- Tốc độ truyền oxytocin.

- Thời gian và tần số các cơn co tử cung.

- Nhịp tim thai : nghe mỗi 30 phút, nghe sau mỗi cơn co tử cung, nếu bất thường phải ngưng truyền và mổ lấy thai ngay.

- Nguy cơ vỡ tử cung nếu cơn co mau, mạnh mà không theo dõi sát, cần mổ khẩn để cứu mẹ và thai.

CHUYÊN DẠ ĐÌNH TRỆ

1. Nguyên nhân

1.1 Về phía mẹ

- Khung chậu hẹp tương đối hoặc tuyệt đối gây bất xứng đầu chậu.
- Khối u buồng trứng, u xơ tử cung gây ra u tiền đạo làm cản trở sự xuống của ngôi thai
- Cơ co tử cung yếu, trương lực cơ tử cung yếu.
- Cổ tử cung xơ cứng.

1.2 Về phía thai

- Thai to toàn bộ hoặc thai to từng phần như não úng thủy, bụng cóc.
- Các thể và kiểu thể bất thường trong ngôi đầu như ngôi chỏm kiểu thể sau, ngôi mặt cằm sau, ngôi trán, ngôi thóp trước.
- Các ngôi bất thường như ngôi ngang, ngôi mông.

1.3 Về phía phần phụ của thai: dây rốn quá ngắn.

2. Xử trí

- Nếu có dấu hiệu suy thai: mổ lấy thai ngay.
- Có nguy cơ dọa vỡ tử cung: mổ lấy thai ngay.
- Những trường hợp ngôi bất thường như ngôi trán, ngôi ngang: mổ lấy thai ngay.
- Chồng xương sọ (+++), đầu không lọt: mổ lấy thai ngay.
- Diễn tiến chậm do ngôi chỏm kiểu thể sau, cơ co tử cung bình thường: cho oxytocin, bắt cơ co tử cung và theo dõi tiến triển trên biểu đồ chuyển dạ.
- Diễn tiến chậm do cơ co tử cung yếu, ngắn hoặc không đều: cho oxytocin, bắt cơ co tử cung và theo dõi diễn tiến trên biểu đồ chuyển dạ.
- Bất xứng đầu chậu: mổ lấy thai ngay.

SINH ĐÔI

1. Định nghĩa

Sinh đôi (song thai) là sự phát triển đồng thời 2 thai trong tử cung người mẹ. Cũng có những trường hợp sinh ba, sinh bốn nhưng hiếm gặp hơn.

2. Phân loại

Dựa vào nguồn gốc phát sinh có 2 loại sinh đôi: sinh đôi 1 noãn (sinh đôi đồng hợp tử) và sinh đôi 2 noãn (sinh đôi dị hợp tử).

3. Triệu chứng và chẩn đoán

Cần phải phát hiện, chẩn đoán sớm vì tiên lượng liên quan đến sự chẩn đoán. *Chẩn đoán dựa vào:*

* Hỏi

- Tiền sử gia đình bên vợ hay bên chồng có người sinh đôi hay đa thai không. Nếu sản phụ sinh con rạ thì các lần trước đã có lần nào sinh đôi chưa.

- Tiền sử sản phụ có sử dụng thuốc ngừa thai, hoặc thuốc kích thích rụng trứng trong điều trị vô sinh không, loại thuốc nào.

* Triệu chứng cơ năng

- Dấu hiệu nghén: thai phụ có dấu hiệu nghén nhiều hơn bình thường so với lần thai trước hoặc so với người cùng có thai.

- Tử cung to nhanh làm thai phụ có thể cảm thấy khó thở do cơ hoành bị đẩy lên, thai phụ mệt mỏi, đi lại khó khăn.

- Thai máy ở nhiều nơi trên tử cung, khắp ổ bụng.

- Thường có dấu hiệu phù sớm và nhiều do tử cung to chèn ép tuần hoàn hai chi dưới.

* Triệu chứng thực thể

- Nhìn thấy bụng to, thành bụng căng, có nhiều vết rạn. Hai chân phù to trắng mọng, đôi khi phù lên tới bụng.

- Đo bề cao tử cung > tuổi thai. Khi thai đủ tháng bề cao tử cung có thể tới 35-40cm trên vệ.

- Khó nắn thấy cả 4 cực, chỉ thấy được nhiều chi.

- Nghe được 2 ổ tim thai riêng biệt, tần số 2 ổ tim thai chênh lệch hơn 10 nhịp/phút, khoảng cách giữa 2 ổ tim thai trên 10cm.

- Khám âm đạo xác định tư thế của 2 thai trong tử cung.

- Siêu âm.

4. Chẩn đoán phân biệt

Thai to: một thai + đa ối; một thai + khối u buồng trứng; một thai + u xơ tử cung

5. Tiến triển và các nguy cơ của sinh đôi

- Trong sinh đôi thường có hiện tượng nhiễm độc sớm trong 3 tháng đầu, 3 tháng cuối bụng to nhanh, phù chân, dẫn tĩnh mạch, trĩ.

- Các nguy cơ và biến chứng: đẻ non, băng huyết sau sanh

6. Thái độ xử trí

6.1 Nguyên tắc chung trong đẻ sinh đôi:

- Kíp đỡ đẻ và săn sóc phải có ít nhất 2 người trở lên

- Theo dõi tình trạng sức khỏe của người mẹ và 2 thai, nhất là thai thứ 2, phát hiện kịp thời nguy cơ suy thai và có biện pháp xử trí thích hợp

- Do tử cung quá căng nên con co tử cung thường yếu và thưa, cổ tử cung mở chậm.
- Nếu đủ điều kiện có thể bấm ối cho tử cung bớt căng, điều chỉnh con co tử cung để chuyển dạ tiến triển tốt hơn.

6.2 *Diễn tiến cuộc đẻ*: Thông thường diễn tiến cuộc đẻ diễn ra qua các giai đoạn

- Giai đoạn 1 : đẻ thai thứ nhất

Thường ngôi lọt chậm, con co yếu. Thai thứ nhất thường là ngôi thuận, đôi khi là ngôi ngược. Nếu là ngôi chỏm thì đỡ đẻ như bình thường, chú ý khi ối vỡ dễ gây sa dây rốn. Sau khi thai sổ kẹp chặt dây rốn trước khi cắt để ngăn ngừa mất máu của thai thứ hai nếu có dây rốn nối thông

- Giai đoạn 2: đẻ thai thứ hai

- + Cho tay vào âm đạo kiểm tra ngay ngôi, thế, kiểu thế của thai thứ hai. Nếu ngôi thuận thì chờ đợi có con co tử cung rồi bấm ối và đỡ đẻ như thường lệ.
- + Ngôi bất thường (ngôi ngang, ngôi trán) thì phải bấm ối ngay và nội xoay thai thành ngôi ngược, sau đó đỡ đẻ ngôi ngược như thường lệ
- + Sau sổ thai đặt cytotec 200mcg 2 viên vào hậu môn
- + Phải theo dõi sau khi sổ nhau để đề phòng chảy máu vì bánh nhau to, tử cung dẫn rộng. Nếu nhau chậm bong thì bóc nhau nhân tạo và kiểm soát tử cung ngay.
- + Sau khi nhau sổ tiêm ngay 5-10 đơn vị oxytocin vào cơ tử cung
- + Kiểm tra bánh nhau để biết xem có sót nhau không và để xác định sinh đôi 1 noãn hay 2 noãn.

6.3 *Chỉ định mổ lấy thai trong sinh đôi*:

- Hai cực đầu của hai thai cùng xuống một lúc, chèn ép nhau.
- Thai thứ nhất là ngôi ngược, thai thứ 2 thuận (hai thai có thể mắc nhau)
- Thai thứ nhất ngôi ngang
- Thai thứ nhất bị suy thai, sa dây rốn không đẩy lên được
- Sinh đôi hai thai dính nhau
- Nhau tiền đạo, tử cung có sẹo mổ cũ, con so lớn tuổi.

KHÁM THAI – CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN

KHÁM THAI

Lịch khám thai :

- 3 tháng đầu: Ngày đầu kỳ kinh cuối đến 13 tuần 6 ngày.
 - Lần đầu : Trễ kinh 2 – 3 tuần.
 - Lần 2 : 11 – 13 tuần 6 ngày: Đo độ mờ da gáy.
 - XN cần thiết: 18 chỉ số, đường huyết, uremie và tổng phân tích nước tiểu
- 3 tháng giữa (14 đến 28 tuần 6 ngày): 1 tháng / 1 lần.
- 3 tháng cuối (29 đến 40 tuần)
 - Tuần 29 – 32: Khám 1 lần.
 - Tuần 33 – 35: 2 tuần khám 1 lần.
 - Tuần 36 – 40: 1 tuần khám 1 lần.

Chú ý : tái khám ngay nếu có đau bụng, ra nước, ra huyết, sốt kéo dài,...)

- Hướng dẫn thai phụ về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và tiêm ngừa uốn ván.
- Bổ sung: sắt (30 – 60mg/ngày / lúc đói), Acid folic (400mcg – 1000 mcg/ngày), canxi (1000mg – 1500mg) và các vi chất khác (prenatal-DHA).

1. Khám thai 03 tháng đầu

- 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 nghén.

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 : M, HA, tim - phổi, CN.
- 3. Khám SK: khám ÁĐ, CCTC, tim thai, đặt mỏ vịt / lần khám đầu tiên.
- 4. CLS:
 - Máu (khi xác định có tim thai qua siêu âm).
 - 18 thông số, HbsAg, VDRL, HIV, đường huyết / đói.
 - Nhóm máu, Rheus.
 - Rubella (IgM, IgG); CMV, Toxoplasmosis (sẩy thai liên tiếp, thai lưu).
 - Double test (thai 12 tuần): khi độ mờ gáy (NT) bất thường (>2.5mm) và / hoặc ≥ 35 tuổi
 - Nước tiểu : 10 thông số.
 - Siêu âm (lần 1) : bắt buộc, để xác định.
 - Tuổi thai.
 - Thai trong TC hay ngoài tử cung.
 - Tình trạng thai : Thai trứng, đa thai, dọa sảy, thai lưu, bất thường thai nhi
 - Siêu âm đo độ mờ da gáy [NT] (11 tuần 6 ngày - 13 tuần 6 ngày).

Tiêm VAT : 2 lần cách nhau 1 tháng

Lịch tiêm VAT

- VAT 1 : Càng sớm càng tốt.
- VAT 2 : cách VAT 1 tối thiểu 1 tháng (≥ 30 ngày) và trước sinh 1 tháng.
- VAT 3 : ở thai kỳ sau, cách VAT 2 tối thiểu 6 tháng (≥ 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.

2. Khám thai 03 tháng giữa (từ 14 – 28 tuần)

1. Theo dõi phát triển thai: tăng cân mẹ, chiều cao tử cung, cân nặng thai /siêu âm
2. Phát hiện những bất thường: nhau tiền đạo, tiền sản giật, dị tật bẩm sinh, đa ối
3. Khám tiền sản / thai kì nguy cơ cao và / hoặc siêu âm phát hiện bất thường.
4. Phát hiện các bất thường của mẹ
 - Hở eo tử cung
 - Rối loạn tăng HA thai kỳ / tiền sản giật
 - Dọa sảy thai to / dọa sanh non.
5. Hướng dẫn: dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và chích ngừa uốn ván
6. Hướng dẫn sản phụ tham dự lớp “Chăm sóc sức khỏe bà mẹ”.

CLS:

1. Test dung nạp đường / 24 – 28 tuần:
CD: béo phì, tăng cân nhanh, TS gia đình trực hệ đái tháo đường, sinh con to, thai dị tật hoặc thai lưu không rõ nguyên nhân, đường niệu (+), và đường huyết lúc đói $> 105\text{mg/dL}$.
2. Triple test : 14 – 21 tuần / chưa thực hiện sàng lọc trong 3 tháng đầu
3. Tổng phân tích nước tiểu / Dipstick: mỗi lần khám.
4. Siêu âm: Siêu âm hình thái học (2D hoặc 3D / 4D) tối thiểu 1 lần / 18 – 23 tuần 6 ngày (tốt nhất 22 tuần): chủ yếu để phát hiện dị tật bẩm sinh

3. Khám thai 03 tháng cuối (từ 29 → 40 tuần)

1. Như khám 3 tháng giữa thai kỳ; từ tuần 36 trở đi cần xác định thêm :
 - Ngôi thai.
 - Ước lượng CN thai.
 - Khung chậu (con so).
 - Tiên lượng sinh thường hay sinh khó.
2. Hướng dẫn sản phụ
 - Đếm cử động thai.
 - * **Hướng dẫn cách nhận biết những triệu chứng bất thường:**
 - Ra huyết âm đạo.
 - Ra nước ối.
 - Đau bụng từng cơn.
 - Phù / tăng cân nhanh quá mức ($> 2\text{kg} / 1$ tuần), nhức đầu, chóng mặt.
 - Sốt kéo dài
 - Vàng da bất thường,
3. Phân loại thai kỳ nguy cơ cao.

CLS:

1. Tổng phân tích nước tiểu (mỗi lần khám)
2. Siêu âm
 - SÂ ít nhất 1 lần / 32 tuần: ngôi thai, lượng ối, vị trí nhau, phát triển thai nhi. Có thể lặp lại mỗi 4 tuần (nếu cần).
 - Doppler màu / velocemetry (thai \geq 28 tuần) / nghi thai chậm tăng trưởng, mẹ tăng cân không đạt, mẹ tăng HA, các số đo sinh học thai nhi không tăng sau 2 tuần, ... có thể lặp lại sau mỗi 2 tuần.
3. Non stress test / có chỉ định.
4. Quang kích chậu / nghi ngờ giới hạn hoặc hẹp (con so) .
5. MRI / nghi nhau cài răng lược.

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 hở eo tử cung từ 14 đến 18 tuần: có hướng dẫn thật kỹ: triệu trứng bất thường và phải nhập viện lúc 37 tuần
5. Hội chẩn khoa / có U buồng trứng: tuần tuổi thai, doppler màu, XN AFP, β hCG và CA 125

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH

1. Mục đích

- Phát hiện sớm những thai kỳ bị DTBS nặng, bệnh lý gen, giảm thiểu trí tuệ như: hội chứng DOWN, Trisomy 13, Trisomy 18, bệnh Thalassemia, ...: tư vấn kết thúc thai kỳ nhằm giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội.
- Ngược lại những khuyết tật có thể sửa chữa được sau sinh như sút môi, chẻ vòm, tay chân khoèo... sẽ giúp cho việc chuẩn bị tâm lý tốt hơn cho vợ chồng khi quyết định không bỏ thai.

2. Các bước sàng lọc và chẩn đoán trước sinh theo tuổi thai

* Khám thai lần đầu tiên

- Làm 1 số xét nghiệm: đánh giá sức khỏe và nguy cơ cho thai : huyết đồ, đường huyết, nhóm máu, yếu tố Rhesus, HBsAg, HIV
- Rubella (IgM và IgG), Toxoplasmosis và CMV / thai kỳ nguy cơ cao .
- Tầm soát bệnh Thalassemia / có Tiền căn đứ con trước bị Thalassemia, trực hệ bị Thalassemia: huyết đồ của mẹ => của bố và mẹ khi có chỉ định.

* Sàng lọc và chẩn đoán trước sinh 3 tháng đầu

- Tuần thứ 11 – 13 tuần 6 ngày :
 - + Đo độ mờ gáy (NT)
 - + Kết hợp tuổi mẹ, Double test [PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein A và Free beta hCG]: đánh giá nguy cơ hội chứng Down, Trisomy 18 và Trisomy 13
 - + Nguy cơ cao: tư vấn sinh thiết gai nhau làm nhiễm sắc thể đồ (Karyotype).
- SÂ: (+/-) phát hiện những DTBS nặng như: *vô sọ, nang bạch huyết vùng cổ, khiếm khuyết cột sống, cụt chi, dẫn não thất nặng, HC não 1 thất duy nhất, bất sản tiểu não, thể chai, bất sản thận hai bên, tim bẩm sinh nặng: tư vấn kết thúc thai kỳ.*

* Sàng lọc và chẩn đoán trước sinh 3 tháng giữa

- Tuần thứ 14 – 21 / chưa được sàng lọc 3 tháng đầu: Triple test (AFP, Free beta hCG và UE3): tầm soát nguy cơ hội chứng Down, Trisomy 18 và khuyết tật ống thần kinh.
- Nguy cơ cao: tư vấn chọc ối: chẩn đoán bệnh lý di truyền và bệnh lý gen.
- Tuần thứ 21 – 24 : Siêu âm khảo sát hình thái học:
 - + DTBS nặng: Dẫn não thất nặng, H/c 1 não thất duy nhất, bất sản tiểu não, thể chai, bất sản thận hai bên, tim bẩm sinh nặng ... tư vấn chấm dứt thai kỳ
- * **Tuổi thai muộn hơn:** Siêu âm chẩn đoán những bất thường: dẫn não thất muộn, nhau tiền đạo / nhau cài răng lược, dây rốn quấn cổ nhiều vòng, ...

CHỈ ĐỊNH CHẤM DỨT THAI KỲ NHỮNG DỊ TẬT BẨM SINH (DTBS) NẶNG

1. Chỉ định tuyệt đối

Qua siêu âm

Đầu mặt cổ

- Vô sọ.
- Dẫn não thất nặng : Lượng dịch chiếm > 1/2 thể tích hộp sọ và / hoặc nhu mô não bị phá hủy / teo nhỏ gần hoàn toàn / kích thước > 2/3 BPD
- Chê não.
- Hội chứng một não thất duy nhất (Holoprosencephaly)
- Thoát vị não – màng não khi khối thoát vị có nhu mô não và tuổi thai < 26 tuần (Nếu khối thoát vị chỉ có dịch não tủy và / hoặc tuổi thai > 26 tuần: Hội chẩn tiền sản, hội chẩn chuyên khoa ngoại thần kinh, phẫu nhi).
- Nang bạch huyết vùng cổ / thai < 26 tuần; tuổi thai > 26 tuần: chọc ối.

Cột sống

- Bifida / tuổi thai < 26 tuần; tuổi thai > 26 tuần: hội chẩn chuyên khoa ngoại thần kinh, phẫu nhi.
- Gù vẹo, gập góc / tuổi thai < 26 tuần; tuổi thai > 26 tuần: hội chẩn chuyên khoa ngoại thần kinh, phẫu nhi.

Ngực (tim)

- Không có vách liên nhĩ
- Không có vách liên thất
- Thiếu sản tim trái / bất sản nhĩ trái hoặc thất trái

Bụng

- Thoát vị rốn với khối thoát vị đường kính > 1/2 đường kính ngang bụng có chứa gan + ruột / tuổi thai < 26 tuần.
- Hở thành bụng rộng / thoát vị cạnh rốn: gan và nhiều quai ruột ra ngoài ổ bụng.

Chi

- Cụt chi : không có xương cánh tay/chân và xương cẳng tay/chân hoặc cả tay và chân
- Bệnh tạo xương bất toàn (chi ngắn và cong hoặc gãy khúc).

Đa DTBS

Thai tích dịch

- Thai tích dịch có tim to / Tuổi thai < 26 tuần.
- Phù nhau – thai nặng (Fetal anasarch)
- Song thai dính phức tạp

1.2 Những rối loạn di truyền và đột biến gen

- Trisomy 13
- Trisomy 18
- Trisomy 21
- Hội chứng Turner
- Thalassemia hoặc Thalassemia đồng hợp tử / chọc ối

2. Chỉ định tương đối (tùy thuộc vào tư vấn và quyết định của thai phụ)

- Sút môi, Sút môi - chẻ vòm hầu
- Chi ngắn đơn thuần,
- Thoát vị hoành không nghiêm trọng

- Song thai dính không phức tạp
- Thoát vị rốn nhỏ / hở thành bụng < ½ thành bụng trước (không có nhiều tạng đặc ra ngoài ổ bụng) ... không gây chết người hoặc không ảnh hưởng nặng nề đến cuộc sống sau này nhưng vì yêu cầu tha thiết của gia đình.

Qui ước chung

- Nếu có ≥ 2 yếu tố bất thường: tư vấn theo hướng xử trí của bất thường.
- Có 1 yếu tố bất thường không nghiêm trọng: tư vấn theo hướng theo dõi và kiểm tra gần nhưng phải tùy thuộc vào quyết định của thai phụ

SỬ DỤNG OXYTOCIN TRONG CHUYỂN DẠ

1. Chỉ định

- Khởi phát chuyển dạ hoặc tăng co / cơn co TC thừa / yếu.
- Xử trí tích cực giai đoạn III chuyển dạ.
- Đề phòng băng huyết sau sinh.

2. Chống chỉ định

• *Tuyệt đối*

- Bất xứng đầu – chậu.
- Các loại ngôi không có chỉ định sinh đường âm đạo.
- Khối u tiền đạo
- Nhau bong non thể nặng.
- Suy thai cấp.
- Không có phòng phẫu thuật, bác sĩ và phương tiện phẫu thuật.
- Mẹ bị bệnh lý tim mạch có rối loạn cung lượng tim.

• *Trương đối*

- Vết mổ cũ lấy thai.
- Đa thai, đa ối.

3. Cách dùng

3.1 Trước sinh (khởi phát chuyển dạ / tăng co)

• Cách thực hiện

- Liều dẫn đầu là 4-5mUI/phút:
 - + Pha Oxytocin 5 đv (1 ống) + Glucose 5% đã chỉnh sẵn VIII giọt/phút.
 - + Lắc đều chai Glucose 5% đã có Oxytocin
- Theo dõi sát chuyển dạ bằng monitor sản khoa
- Phải ghi diễn tiến chuyển dạ trên biểu đồ chuyển dạ.

• Theo dõi

- Theo dõi trong 20 – 30 phút, nếu cơn gò chưa đạt 3 cơn co tử cung /10 phút (khởi phát chuyển dạ) hoặc chưa đạt số cơn gò theo độ mở cổ tử cung thì chỉnh giọt tăng gấp đôi = XVI giọt/phút (# 8UI/phút) sao cho đạt được tần số cơn gò phù hợp. Sau 30p tiếp theo nếu chưa đạt cơn co tử cung thích hợp thì tăng gấp đôi = XXXIIgiọt/p. Liều tối đa: XL giọt/phút (20mUI/phút); chỉ nên duy trì ở liều tối đa này trong suốt thời gian tăng co .
- Khám ngoài: mỗi 15-30 phút/lần đều đặn theo dõi cơn co tử cung, nhịp tim thai; độ lọt của ngôi mỗi 2giờ.
- Khi đã đạt được cơn co tử cung phù hợp giai đoạn chuyển dạ và độ mở cổ tử cung, đánh giá sự tiến triển của chuyển dạ bằng độ mở cổ tử cung và ngôi thai
 - Khi chuyển dạ ngưng tiến triển sau 2giờ theo dõi với cơn co tử cung phù hợp nên cân nhắc: Làm mềm cổ tử cung hay mổ lấy thai

Sau sinh

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ: Tiêm bắp 02 ống oxytocin ngay sau sổ thai.
- Đề phòng và điều trị băng huyết do đờ tử cung

4. Tai biến và xử trí

• *Cơn gò cường tính*

- ≥ 5 cơn co trong 10 phút và mỗi cơn co kéo dài > 90 giây.

- Xử trí : ngưng truyền Oxytocin, có thể phối hợp thuốc giảm gò.
- Theo dõi sát tần số cơn gò và tim thai trong 30 – 45 phút.
- Sau 45 phút cơn gò tử cung không giảm: phẫu thuật lấy thai ngay hoặc sanh giúp nếu đủ điều kiện.
- **Dọa vỡ / vỡ tử cung:** Phẫu thuật lấy thai khẩn cấp
- **Thai suy cấp trong chuyển dạ :**
 - Phải ngừng truyền Oxytocin
 - Sau khi ngưng truyền Oxytocin 15 phút, Ghi lại Monitor: vẫn suy thai: mổ lấy thai ngay / forceps nếu đủ điều kiện.
- **Nhau bong non:** Ngưng truyền oxytocin ngay- Theo dõi sát và xử trí như nhau bong non
- **Ngộ độc nước:** Khi truyền liều cao trong thời gian dài. (>80UI / 24 giờ và sử dụng nhiều ngày liên tiếp)
- **Ảnh hưởng tim mạch:**
 - Khi dùng liều cao > 45mUI/phút hay khi tiêm tĩnh mạch trực tiếp.
 - Gây tụt huyết áp, giảm tưới máu động mạch vành, ngưng tim.
- **Giãn cơ trơn**
 - Khi dùng liều cao trực tiếp.
 - Thường gặp đi kèm sản phụ được gây tê hay gây mê.
- **Dị ứng:** ít thấy.
- **Ảnh hưởng lên thai :** suy thai, ngạt sau sinh, tăng Bilirubin/máu gây tăng mức độ vàng da sơ sinh.

XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN 3 CHUYỂN ĐẠ

1.Đại cương

Là các thao tác chủ động ở giai đoạn sau sổ thai để giúp nhau bong và sổ ra ngoài nhanh hơn, nhằm giảm mất máu và phòng ngừa băng huyết sau sinh.

2.Chỉ định

Cho mọi trường hợp sinh đường âm đạo, khi thai vừa mới sổ ra ngoài và chắc chắn không còn thai nào trong tử cung.

3.Chống chỉ định tương đối

- Nhau bám mặt trước / vết mổ cũ
- Nghi ngờ nhau cài răng lược

4.Kỹ thuật

1. Ngay sau sổ thai: tiêm bắp 10 UI Oxytocin. Nếu người bệnh đang được truyền dịch, có thể sử dụng Oxytocin 20 UI truyền TM XXX g/p.
2. Giải thích những việc sẽ làm cho sản phụ.
3. Kiểm tra tử cung co hồi chưa, không có cầu bàng quang.
4. Kéo dây rốn có kiểm soát: Một tay chặn trên xương vệ, đẩy nhẹ tử cung lên trên, một tay kéo nhẹ dây rốn xuống theo hướng của trục âm đạo bằng lực căng tay, liên tục và tăng dần (không kéo bằng cả cánh tay và giật từng đợt).
5. Đỡ nhau và màng nhau.
6. Xoa đáy tử cung kích thích tử cung co hồi tốt.

5.Xử trí

Nhau không tróc

- Kéo dây rốn lần 1 khoảng 15 – 30 giây mà dây rốn không xuống thêm => ngưng kéo dây rốn, chờ cơn gò TC sau làm tử cung gò tốt sẽ thực hiện lần 2.
- Tối đa có thể làm 04-05 lần. Nếu không được sẽ chuyển bóc nhau bằng tay

Đứt dây rốn

- Kẹp lại dây rốn nếu được. Nếu không, có thể chờ sổ nhau tự nhiên nếu không chảy máu nhiều vì máu chảy từ bánh nhau. Nếu chảy máu nhiều phải bóc nhau bằng tay ngay.
- Nếu sau 30 – 45 phút nhau không sổ sẽ thực hiện bóc nhau bằng tay theo Hướng Dẫn Quốc Gia.

Lộn tử cung

- Do kéo quá mạnh và khi tử cung chưa gò tốt hoặc tử cung bị dị dạng.
- Xử trí theo Hướng Dẫn Quốc Gia. (phải chuyển phòng mổ; đẩy tử cung lại vị trí bình thường / gây mê; nếu không kết quả phải cắt tử cung)

NGÔI BẤT THƯỜNG

1. Đại cương

Ngôi bất thường là ngôi không phải là ngôi chỏm gồm: ngôi mặt, ngôi trán và ngôi thóp trước, ngôi mông, ngôi vai (ngôi ngang), ngôi đầu sa tay (ngôi phức tạp).

2. Ngôi mặt

- Là ngôi đầu ngựa tối đa, mặt thai nhi trình diện trước eo trên
- Sờ được cảm trước hoặc cảm sau (rõ hơn / vỡ ối)
- Không bao giờ thấy thóp sau hoặc thóp trước khi khám âm đạo.

Xử trí

- Ngôi mặt cảm trước: có thể sinh đường âm đạo / thai nhỏ, con rạ; hỗ trợ bằng forceps, tuyệt đối không được dùng giác hút. Mổ lấy thai nếu kèm thêm yếu tố sinh khó khác
- Ngôi mặt cảm sau: mổ lấy thai trừ khi thai quá nhỏ có thể lọt được

3. Ngôi trán và ngôi thóp trước

- Sờ thấy góc mũi, 2 hố mắt, trán và thóp trước (ngôi trán) hoặc thấy thóp trước ở chính giữa tiểu khung (ngôi thóp trước) /cổ tử cung $\geq 3\text{cm}$
- Không thấy thóp sau và cảm.
- Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi mặt

Xử trí

- Mổ lấy thai / hầu hết các trường hợp
- Theo dõi sinh ngã âm đạo / thai nhỏ có thể lọt được.

4. Ngôi mông

- Ngôi dọc, đầu ở đáy tử cung.
- Khám âm đạo sờ thấy xương cùng, lỗ hậu môn và hai ụ mông thai nhi, có thể một hoặc hai bàn chân cùng với mông.
- Có thể thấy phân su nhưng không đánh giá là thai suy.
- Chẩn đoán phân biệt với: ngôi mặt, ngôi vai
- Siêu âm giúp chẩn đoán và ước lượng cân thai.

Xử trí

- Đỡ sinh đường âm đạo khi có những điều kiện thuận lợi
 - + Ngôi mông đủ hoặc thiếu kiểu mông.
 - + Khung chậu bình thường.
 - + Thai nhi không quá lớn, ước lượng cân thai $\leq 3.200\text{g}$
 - + Đầu thai cúi tốt.
- Chỉ định mổ lấy thai: khi có kết hợp với bất kỳ một yếu tố nguy cơ
 - + Chuyền dạ kéo dài.
 - + Ngôi mông thiếu kiểu chân.
 - + Khung chậu giới hạn, hẹp, biến dạng.
 - + Con so, thai $> 3.000\text{g}$
 - + Thai to / ngôi mông (ước lượng cân nặng thai $> 3.200\text{g}$).
 - + Đầu không cúi tốt.
 - + Vết mổ cũ trên tử cung.
 - + Ối vỡ lâu / Bishop thấp < 5 điểm

5. Ngôi vai

- Tử cung bè ngang, nắn thấy đầu ở hạ sườn hoặc hố chậu.

- Chiều cao tử cung thấp hơn so với tuổi thai.
- Khám âm đạo thấy tiểu khung rộng, ối phòng.
- Ổi vỡ, cổ tử cung mở có thể sờ thấy mỏm vai hoặc tay thai nhi
- Siêu âm giúp chẩn đoán.
- Chẩn đoán phân biệt với ngôi mông.

Xử trí

- Phẫu thuật lấy thai khi thai đủ trưởng thành.
- Nội xoay thai cho thai thứ 2 ngôi vai / sinh đôi, đủ điều kiện nội xoay.

PHÁC ĐỒ SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA

1. Kháng sinh dự phòng

Chỉ định:

Những trường hợp được đánh giá là mổ sạch, ít nguy cơ nhiễm trùng như: mổ sanh các trường hợp thai to, ngôi bất thường, vết mổ cũ mà chưa vỡ ối,...hoặc các trường hợp mổ nội soi thai ngoài tử cung, u nang buồng trứng.

Thuốc sử dụng:

Cefazoline 2gram tiêm tĩnh mạch trước mổ 30 phút

Và nhắc lại 1 gram sau mổ 6 giờ

Nếu thời gian phẫu thuật kéo dài hoặc mất máu nhiều hoặc trong quá trình theo dõi hậu phẫu phát hiện có dấu hiệu nhiễm trùng có thể chuyển kháng sinh điều trị.

2. Kháng sinh điều trị

Chỉ định:

Những trường hợp phẫu thuật hở các bệnh lý phụ khoa hoặc mổ sanh có nguy cơ nhiễm trùng: ối vỡ sớm, chuyển dạ kéo dài...

Thuốc sử dụng:

Thông thường là cephalosporin thế hệ 3

Liều 2 - 3gram/ngày tiêm tĩnh mạch chậm 5 – 7 ngày

Có thể kết hợp kháng sinh nhóm Aminoglycosid 2 ống/ ngày tiêm bắp

Hoặc Levofloxacin, Metronidazol tùy theo đánh giá của bác sĩ điều trị.

PHẦN II: PHỤ KHOA

DỌA SẦY THAI, SẦY THAI 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ (< 14 TUẦN)

DỌA SẦY THAI

1. Định nghĩa

- Được gọi là dọa sảy thai khi có triệu chứng ra máu âm đạo trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.
- Xuất độ xảy ra trong 30 – 40% thai kỳ.

2. Chẩn đoán

* Cơ năng

- Ra máu âm đạo lượng ít, màu đỏ tươi hoặc bầm đen.
- Có cảm giác trằn bụng dưới, đau âm ỉ vùng hạ vị hoặc đau lưng.

* Khám lâm sàng

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

3. Cận lâm sàng

Siêu âm thấy hình ảnh túi thai và thai trong buồng tử cung, có thể có hình ảnh khối máu tụ quanh trứng hay gai nhau

4. Chẩn đoán phân biệt

Thai ngoài tử cung

Thai trứng

5. Xử trí

- Nằm nghỉ, ăn nhẹ, chống táo bón.
- Tư vấn diễn tiến sảy thai có thể xảy ra
- Tránh lao động nặng, kiêng giao hợp ít nhất 2 tuần sau khi hết ra máu âm đạo.
- Thuốc giảm co:
 - + Alverine citrate (Spasmaverin) 40mg uống 2 viên x 2 lần/ngày.
 - + Progesterone tự nhiên uống (Utrogestan, Progeffik, Vageston): liều 200 – 400 mg/ngày (đặt âm đạo hoặc uống), có thể điều trị kéo dài đến trước 32 tuần, hoặc
- Progesterone tự nhiên tiêm bắp hoặc Duphaston 10mg 1 viên X 2 lần/ngày uống
- Không nên dùng các loại progesterone tổng hợp

SẦY THAI

1. Sảy thai khó tránh

- + Ra máu âm đạo nhiều, đỏ tươi.
- + Đau hạ vị từng cơn, ngày càng tăng.
- + Cổ tử cung mở, đôi khi có ối vỡ.
- *Xử trí*
 - + Kháng sinh dự phòng (thường dùng đường uống).
 - + Nạo hút thai + gửi giải phẫu bệnh
 - + Thuốc co hồi tử cung.

2. Sảy thai diễn tiến

- + Ra máu âm đạo nhiều, có máu cục, có thể bị choáng.
- + Đau quặn từng cơn .
- + Đoạn dưới tử cung phình to, cổ tử cung mở, có thể thấy khối nhau - thai lấp ló ở cổ tử cung.
- *Xử trí*
 - + Phải hồi sức chống choáng (xem thêm phác đồ hồi sức chống choáng).
 - + Nạo hút thai nhanh để cầm máu + gửi giải phẫu bệnh.
 - + Kháng sinh (đường uống)

3. Sảy thai không trọn

- + Thường đã có triệu chứng dọa sảy trước đó.
- + Đau bụng, ra huyết nhiều hơn.
- + Có thể ghi nhận có mảnh mô được tổng xuất ra khỏi âm đạo. Sau đó vẫn tiếp tục ra máu âm đạo và còn đau bụng lâm râm.
- + Khám âm đạo: cổ tử cung còn hé mở hay đóng kín, thân tử cung còn to hơn bình thường.
- + Siêu âm: có thể thấy hình ảnh sót nhau trong buồng tử cung.
- *Xử trí*
 - + Kháng sinh (đường uống)
 - + Nạo kiểm tra buồng tử cung để lấy phần nhau sót ra. Gửi giải phẫu bệnh.
 - + Thuốc co hồi tử cung.
 - + Máu ra nhiều phải hồi sức, truyền dịch, truyền máu nếu cần.
- Cần lưu ý
 - + Sảy thai nhiễm khuẩn: chỉ nạo sau khi đã điều trị kháng sinh tiêm phổ rộng.
 - + Sảy thai băng huyết, tụt huyết áp: phải hồi sức tích cực, vừa hồi sức vừa nạo.

BỆNH NGUYÊN BÀO NUÔI

Bệnh nguyên bào nuôi liên quan đến thai kỳ là tên gọi chung cho các bệnh có sự tăng sinh bất thường của các nguyên bào nuôi kết hợp với thai kỳ. Bệnh nguyên bào nuôi được chia làm hai dạng : thai trứng và u nguyên bào nuôi.

I. PHÂN LOẠI BỆNH NGUYÊN BÀO NUÔI (FIGO – 2002)

1. Thai trứng (TT)

- Toàn phần (TTTP).
- Bán phần (TTBP).

2. U nguyên bào nuôi (UNBN)

- Bệnh nguyên bào nuôi tồn tại.
- Thai trứng xâm lấn (TTXL).
- U nguyên bào nuôi nơi nhau bám.
- Ung thư nguyên bào nuôi (UTNBN): liên quan thai kỳ và không liên quan thai kỳ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Thai trứng toàn phần

- Toàn bộ các gai nhau đều thoái hóa thành các bọc trứng.
- Siêu âm: hình ảnh bão tuyết hay hình chùm nho.
- Định lượng β hCG/máu hay β hCG/nước tiểu: 1.000 \rightarrow 1 triệu mIU/ml.
- Thấy mô trứng qua quan sát đại thể bằng mắt thường mẫu mô từ TC ra.
- Giải phẫu bệnh xác nhận chẩn đoán là thai trứng toàn phần.

2. Thai trứng bán phần

- Bên cạnh những bọc trứng còn có các mô nhau thai bình thường hoặc có cả phôi, thai nhi (thường chết, teo đét).
- Siêu âm: bánh nhau to hơn bình thường, có hình ảnh nang nước trong nhau thai, có túi thai, có thể có hoặc không có thai nhi.
- Định lượng β hCG/máu hay β hCG/nước tiểu: 100 \rightarrow 1 triệu mIU/ml.
- Thấy mô trứng và nhau thai khi quan sát đại thể bằng mắt thường mẫu mô từ tử cung ra.
- Giải phẫu bệnh xác nhận chẩn đoán là thai trứng bán phần.

III. ĐIỀU TRỊ

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

1. 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.

2. 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 huyết áp mãn ...

– Truyền máu: nếu có thiếu máu nặng.

– Xét nghiệm tiền hóa trị 1 ngày trước hay vào ngày vô hóa chất.

3. Hút ạo 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 hết 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 (giải phẫu bệnh): mô trứng, mô nhau.

– Sử dụng kháng sinh: Doxycyclin 100mg 1 viên x 2 lần/ngày (5 ngày) hay Cefuroxim 500mg 1 viên x 2 lần/ngày (5 ngày).

– Theo dõi sau hút ạo buồng tử cung: Tổng trạng, mạch, huyết áp, co hồi tử cung, huyết âm đạo, đau bụng.

– Nạo kiểm tra sau 3 ngày.

– Siêu âm trước ra viện.

4. Cắt TC

– Nếu bệnh nhân ≥ 40 tuổi, đủ con, có chẩn đoán thai trứng nguy cơ cao.

– Bằng huyết hay không kiểm soát được tình trạng chảy máu nặng từ tử cung.

IV. THEO DÕI

- Thời gian theo dõi tối thiểu là 06 tháng.

- Trong thời gian theo dõi phải ngừa thai. Nếu có thai thì nên bỏ thai.

- Nội dung theo dõi gồm:

1. β hCG

- Mỗi tuần cho đến khi âm tính 03 lần liên tiếp.

- Mỗi tháng một lần/ 6 tháng.

2. Lâm sàng

Phải khám toàn diện, khám phụ khoa tìm các dấu hiệu di căn xa (âm đạo, gan, phổi, não). Có thể chỉ định siêu âm, X quang, CT Scan để hỗ trợ lâm sàng khi có nghi ngờ di căn.

NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO

1. Đại cương

Nhiễm khuẩn âm đạo là hội chứng do rối loạn phổ vi trùng âm đạo, giảm sút nồng độ Lactobacilli và gia tăng vi khuẩn yếm khí.

Làm tăng nguy cơ viêm vùng chậu, nhiễm trùng môm cắt ÂĐ sau cắt tử cung; gây vỡ ối non, sanh non, viêm nội mạc tử cung sau sanh và sau mổ lấy thai

2. Nguyên nhân

Thường do vi khuẩn kỵ khí, đặc biệt là *Gardnerella vaginalis*

3. Chẩn đoán

Có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau

- Huyết trắng nhiều, màu trắng xám, rất hôi, nhất là sau giao hợp.
- Whiff test (+) : Nhỏ KOH 10% sẽ có mùi hôi như cá thối.
- Phết âm đạo: nhiều “Clue cell” (Clue cell có > 20% trong quang trường); nhuộm gram có nhiều cocobacille nhỏ

4. Điều trị

Dùng đường uống và / hoặc đặt âm đạo

- Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống trong bữa ăn); hoặc
- Metronidazole gel 5g/ngày trong 5 ngày; hoặc
- Clindamycin 300mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống); hoặc
- Clindamycin 100mg x 1 lần/ngày x 3 ngày (đặt âm đạo).

Chú ý

Metronidazole không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ.

5. Theo dõi

- Tái khám khi có biểu hiện triệu chứng.
- Khám phụ khoa định kỳ.

VIÊM ÂM ĐẠO DO NẤM

1. Đại cương

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.

2. Nguyên nhân

Nấm *Candida albicans*

3. Chẩn đoán

- + 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.
- + Soi nhuộm có sợi tơ nấm hoặc bào tử nấm.

4. Điều trị

- Thuốc đặt âm đạo
 - + Nystatin 100.000 đv đặt âm đạo 1 viên/ngày x 14 ngày, hoặc
 - + Miconazole hay Clotrimazole 100mg đặt âm đạo 1 lần/ngày x 7 ngày, hoặc.
 - + Miconazole hay Clotrimazole 200mg đặt âm đạo 1 lần/ngày x 3 ngày, hoặc.
 - + Clotrimazole 500mg đặt âm đạo 1 viên duy nhất.
- Thuốc uống
 - + Fluconazole 150mg uống 1 viên duy nhất, hoặc
 - + Itraconazole 200mg uống 2 viên/ngày x 3 ngày.
- Thuốc bôi
 - + Bôi thuốc kháng nấm ngoài da (vùng âm hộ) 7 ngày.

Chú ý

Chỉ điều trị cho người bạn tình khi có 1 trong các triệu chứng sau

- Có triệu chứng viêm ngứa quy đầu.
- Có nấm trong nước tiểu.
- Người phụ nữ bị tái phát nhiều lần.

5. Theo dõi

- Tái khám khi còn triệu chứng.
- Khám phụ khoa định kỳ

VIÊM ÂM ĐẠO DO TRICHOMONAS

Là một bệnh lây truyền qua đường tình dục và do trùng roi *Trichomonas vaginalis*.

1. Chẩn đoán

- + Huyết trắng nhiều, màu vàng hay xanh loãng, co bọt, có mùi tanh.
- + Có thể ngứa, nóng rát, tiểu gắt buốt
- + Trường hợp nặng: có dấu hiệu trái dâu tây âm đạo và cổ tử cung có những điểm xuất huyết nhỏ, lấm tấm).
- + Soi tươi : trùng roi di động và nhiều bạch cầu.
- + Soi cổ tử cung: dấu da beo (tiger sign)

2. Điều trị

- Metronidazole/Secnidazole/Tinidazole 2g uống 1 liều duy nhất, hoặc
- Metronidazol 500mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống trong bữa ăn).

Chú ý : luôn luôn điều trị cho bạn tình

- Metronidazol 2g uống 1 liều duy nhất.
- Không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ.

3. Theo dõi

- Tái khám khi còn triệu chứng.
- Khám phụ khoa định kỳ.

VIÊM ÂM ĐẠO DO THIẾU NỘI TIẾT

1. Đại cương

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.

2. Chẩn đoán

- + Thường là viêm không đặc hiệu, khí hư ít, có mủ, 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 hoặc giao hợp.
- + Có những rối loạn về đường tiểu như tiểu lắt nhắt, tiểu buốt.
- + Soi tươi dịch âm đạo thấy tế bào trung gian.

3. Điều trị

- Tại chỗ
 - + Cream estrogen bôi âm đạo.
 - + Estriol 0,5mg (Ovestin) đặt âm đạo 1 viên/đêm x 20 đêm.
 - + Promestriene 10mg đặt âm đạo 1 viên/ngày x 20 ngày.
 - + Cream Promestrienne bôi âm hộ, âm đạo 1 lần/ngày x 2 tuần.
- Nếu có bội nhiễm sử dụng kháng sinh thích hợp.

4. Theo dõi

- Sau điều trị hết đợt cấp thì phải duy trì.
- Tái khám khi còn triệu chứng.
- Khám phụ khoa định kỳ.

VIÊM CỔ TỬ CUNG

1. Nguyên nhân

Hai tác nhân gây bệnh thường gặp: *Neisseria gonorrhoeae* và *Chlamydia trachomatis*.

10% - 20% viêm cổ tử cung sẽ diễn tiến đến viêm vùng chậu.

2. Chẩn đoán

- + Không có triệu chứng lâm sàng nổi bật.
- + Có nhiều huyết trắng màu vàng hay xanh, đóng ở cổ tử cung.
- + Cổ tử cung có thể lộ tuyến, viêm đỏ, phù nề, dễ chảy máu khi chạm.
- + Xét nghiệm huyết trắng (lấy từ kênh cổ tử cung) sau khi đã lau sạch cổ ngoài: có nhiều tế bào bạch cầu.
- + Nếu có song cầu gram (-) hình hạt cà phê có thể chẩn đoán nguyên nhân do lậu cầu.
- + Nếu xét nghiệm có vi khuẩn lậu: nên điều trị thêm *Chlamydia* (theo WHO)

3. Điều trị

- Điều trị lậu cầu
 - + Cefixime 400mg uống 1 liều duy nhất, hoặc
 - + Ciprofloxacin 500mg uống 1 liều duy nhất, hoặc
 - + Ofloxacin 400mg uống liều duy nhất, hoặc
 - + Levofloxacin 250mg uống liều duy nhất.
- * Nếu có thai: Ceftriazone 125mg (tiêm bắp) liều duy nhất
- Điều trị *Chlamydia*
 - + Azithromycin 1g uống liều duy nhất {cẩn thận / mang thai}, hoặc
 - + Doxycyclin 100mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống sau ăn), [*không sử dụng / mang thai*] hoặc
 - + Tetracyclin 500mg x 4 lần/ngày x 7 ngày [*không sử dụng / mang thai*] (uống), hoặc
 - + Erythromycin 500mg x 4 lần/ngày x 7 ngày (uống).

Chú ý : Luôn luôn điều trị cho bạn tình

- *Metronidazole* 2g uống 1 liều duy nhất.
- *Không dùng Metronidazole* trong 3 tháng đầu thai kỳ.
- *Sử dụng Erythromycin* và *Azithromycin* / mang thai
- *Nếu xét nghiệm lậu (+) → tư vấn HIV, VDRL, HBsAg.*

4. Theo dõi

- Tái khám khi còn triệu chứng.
- Khám phụ khoa định kỳ.

VIÊM SINH DỤC DO HERPES

1. Nguyên nhân

- Herpes simplex virus (HSV) type 2, đôi khi có kèm type 1.
- HSV có ái lực với tổ chức da niêm sinh dục, chui vào hạch bạch huyết vùng chậu, ẩn nấp trong đó và gây tác dụng lâu dài. Thời gian ủ bệnh : 3 – 7 ngày.

2. Chẩn đoán

- + Sốt, đau cơ.
- + Nhiễm HSV lần đầu tiên có thể có tổn thương tại chỗ và / hoặc toàn thân (vùng sinh dục, hậu môn).
- + Sang thương là những bóng nước, nổi lên từng mảng, sau đó vỡ ra thành một vết loét rộng, nông, đau, bóng rât, kéo dài 2 – 3 tuần.
- + Khí hư đục như mù.
- + Hạch bẹn (+), một hoặc hai bên, đau.
- + Những đợt tái phát : giống tổn thương ban đầu nhưng ngắn hơn, ít triệu chứng toàn thân, thường xuất hiện sau tình trạng stress.
- + Cây virus.
- + Thử nghiệm trong tế bào (phết tế bào).
- + Kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang (mẫu lấy ở đáy vết loét).
- + Phản ứng huyết thanh: tăng gấp 4 lần (2 – 3 lần)

3. Điều trị

- *Giai đoạn cấp, dùng một trong các thuốc sau đây :*
 - + Acyclovir (Zovirax) 400mg uống 3 lần/ngày x 7 – 10 ngày
 - + Acyclovir 200mg uống 5 lần/ngày x 7 – 10 ngày
 - + Famcyclovir 250mg uống 3 lần/ngày x 7 – 10 ngày.
 - + Valacyclovir 1g uống 2 lần/ngày x 7 – 10 ngày.
- *Giai đoạn tái phát, dùng một trong các thuốc sau đây*
 - + Acyclovir (Zovirax) 400mg uống 3 lần/ngày x 5 ngày.
 - + Acyclovir 800mg uống 2 lần/ngày x 5 ngày.
 - + Acyclovir 800mg uống 3 lần/ngày x 2 ngày.
 - + Famciclovir 125mg uống 2 lần/ngày x 5 ngày.
 - + Famciclovir 1000mg uống 2 lần/ngày x 1 ngày.
 - + Famciclovir 500mg uống 2 lần/ngày x 1 ngày.
 - + Famciclovir 500mg uống 1 lần.
 - + Sau đó uống 250mg 2 lần/ngày x 2 ngày.
 - + Valacyclovir 500mg uống 2 lần/ngày x 3 ngày.
 - + Valacyclovir 1g uống 1 lần/ngày x 5 ngày.
 - + Thuốc bôi.
 - + Kháng sinh nếu bội nhiễm.
 - + Giảm đau, vệ sinh tại chỗ.

4. Theo dõi

- Tái khám khi còn triệu chứng hoặc tái nhiễm.
- Khám phụ khoa định kỳ.
- **Lưu ý**

- Chưa có thuốc điều trị đặc hiệu; chủ yếu điều trị triệu chứng và giảm thời gian bệnh.
- Nguy cơ nhiễm HIV đi kèm rất cao và nguy cơ lây nhiễm cao cho thai nhi (đặc biệt trong giai đoạn chuyển dạ).
- Khả năng lây cho bạn tình là rất cao (tư vấn an toàn tình dục / sử dụng bao cao su đúng cách và thường xuyên).
- Không điều trị trong 3 tháng đầu thai kỳ.
- Nên mổ lấy thai khi thai có khả năng sống / đủ trưởng thành.
- Chỉ theo dõi sanh ngã âm đạo khi thai non tháng không có khả năng sống.

SÙI MÀO GÀ SINH DỤC (MỤN CỐC SINH DỤC)

1. Nguyên nhân

- *Human Papilloma Virus* (HPV), type 6, 11
- Gây ra nhiều tổn thương ở niêm mạc và da.
- lây qua đường tình dục.
- Thời gian ủ bệnh 6 – 18 tuần.

2. Chẩn đoán

- Những nhú nhỏ mọc thành từng đám như mụn (giống mào gà) ở âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, hội âm, quanh hậu môn.
- Tổn thương không đau, không gây triệu chứng gì đặc biệt.
- Soi cổ tử cung: có hình ảnh đặc thù => Sinh thiết cho chẩn đoán xác định và có kèm loạn sản hay không (Dysplasia / CIN)
- Phát triển rất nhanh khi mang thai và khó điều trị

3. Điều trị

Điều trị theo chuyên khoa.

- Đốt điện / Laser
- Thoa podophyllin 2-5% (chống chỉ định khi mang thai)

Lưu ý:

- Sốt sang thương và tái phát cao
- Làm xét nghiệm tìm các bệnh lây truyền qua đường tình dục (kể cả HIV).

VIÊM VÙNG CHẬU

1. Đại cương

Viêm vùng chậu là viêm nhiễm cấp đường sinh dục trên của phụ nữ, lây lan từ cổ tử cung lên đến tử cung, ống dẫn trứng, buồng trứng và các cơ quan lân cận.

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- *Tiêu chuẩn tối thiểu gồm*
 1. Đau vùng hạ vị hoặc đau vùng chậu.
 2. Đau khi di động CTC hoặc đau tử cung hoặc phần phụ.
- *Tiêu chuẩn thêm vào (1 hay nhiều triệu chứng)*
 1. Nhiệt độ > 38.3⁰C.
 2. Cổ tử cung viêm, chảy dịch đục như mủ.
 3. Tăng bạch cầu.
 4. Tăng CRP.
 5. Có dữ liệu nhiễm N. gonorrhoeae hoặc C. Trachomatis ở CTC.

3. Điều trị

- **Nguyên tắc điều trị**
 - Tất cả các phác đồ điều trị phải hiệu quả đối với Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis và vi trùng yếm khí.
 - Điều trị càng sớm nguy cơ di chứng về sau càng thấp.
 - Thể nhẹ có thể điều trị ngoại trú.
 - Bệnh thể nặng phải nhập viện điều trị nội trú.
- **Điều trị nội trú trong các tình huống sau**
 1. Đang mang thai.
 2. Không đáp ứng hoặc không dung nạp với kháng sinh đường uống.
 3. Không tuân thủ điều trị.
 4. Không thể dùng kháng sinh uống do buồn nôn và nôn ói.
 5. Thể nặng : sốt cao, buồn nôn, nôn, đau vùng chậu nặng.
 6. Khối abscess vùng chậu kể cả abscess tai vòi.
 7. Có thể cần phải phẫu thuật hoặc chưa loại trừ chẩn đoán nguyên nhân khác (như : viêm ruột thừa).
- **Phác đồ điều trị ngoại trú**
 - **Lựa chọn 1**
 - + Ceftriaxone 250mg (tiêm bắp) 1 liều duy nhất và Doxycycline 100mg x 2 lần (uống)/ngày x 14 ngày.
Có hoặc không có Metronidazole 500mg (uống) x 2 lần/ngày x 14 ngày.
 - + Cefoxitin 2g (TB) 1 liều phối hợp Probenecid 1g (uống) 1 liều và Doxycycline 100mg x 2 lần (uống)/ngày x 14 ngày.
Có hoặc không có Metronidazole 500mg (uống) x 2 lần/ngày x 14 ngày.
 - Hoặc*
 - + Cephalosporin thế hệ III như Cefotaxime 1g tiêm bắp 1 liều duy nhất hoặc Ceftrizoxime 1g tiêm bắp 1 liều duy nhất và Doxycycline 100mg x 2 lần (uống)/ngày x 14 ngày.
Có hoặc không có Metronidazole 500mg (uống) x 2 lần/ngày x 14 ngày.
 - **Lựa chọn 2 : khi không đủ điều kiện áp dụng lựa chọn 1.**

+ Ofloxacin 400mg (uống) 2 lần/ngày x 14 ngày hoặc Levofloxacin 500 mg (uống) 1 lần/ngày x 14 ngày.

Có hoặc không có Metronidazole 500mg (uống) x 2 lần/ngày x 14 ngày.

Trường hợp đi ứng với Penicilline.

1. Nhập viện và bắt đầu điều trị với Clindamycine 900mg tiêm tĩnh mạch mỗi 8g + Gentamycine liều đầu tiên 2mg/kg (tiêm tĩnh mạch) hoặc (TB) sau duy trì 1.5mg/kg mỗi 8 giờ.

Sau 24 giờ cải thiện lâm sàng, chuyển sang

Clindamycin 450mg uống mỗi 6 giờ cho đủ 14 ngày điều trị.

hoặc

Doxycycline 100 mg x 2 lần (uống)/ngày x 14 ngày + Metronidazole 500 mg (uống) x 2 lần/ngày x 14 ngày.

2. Hoặc điều trị ngoại trú : Ofloxacin 400mg (uống) 2 lần/ngày x 14 ngày hoặc Levofloxacin 500mg (uống) 1 lần/ngày x 14 ngày.

Có hoặc không có Metronidazole 500mg (uống) x 2 lần/ngày x 14 ngày.

• **Phác đồ điều trị nội trú**

– **Lựa chọn 1**

+ Cefoxitin 2g tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ *hoặc* Cefotetan 2g tiêm tĩnh mạch mỗi 12 giờ
+ Doxycycline 100mg uống hoặc tiêm tĩnh mạch mỗi 12 giờ.

Hoặc

+ Cephalosporine thế hệ III

Ceftriaxon 1g tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp 1 lần/ngày + Doxycycline 100mg uống hoặc tiêm tĩnh mạch mỗi 12 giờ.

– **Lựa chọn 2**

+ Clindamycine 900mg tiêm tĩnh mạch mỗi 8 giờ + Gentamycine liều đầu tiên 2mg/kg (tiêm tĩnh mạch) hoặc (TB) duy trì 1.5mg/kg mỗi 8 giờ.

+ Lựa chọn khác : Ampicillin-sulbactam (Unasyn®) 3g tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ + Doxycycline 100mg uống hoặc tiêm tĩnh mạch mỗi 12 giờ.

+ Chuyển từ đường tĩnh mạch sang đường uống bắt đầu sau 24 giờ cải thiện các triệu chứng lâm sàng như sốt, buồn nôn, nôn, đau vùng chậu. Dùng Doxycycline 100mg x 2 lần (uống)/ x 14 ngày.

+ Trường hợp bệnh nhân không dung nạp với Doxycycline, có thể sử dụng Azithromycine 1g đơn liều uống 1 lần/tuần x 2 tuần.

+ Trong trường hợp abscess phần phụ, nên can thiệp ngoại khoa sau 48 giờ dùng kháng sinh đường tĩnh mạch.

• **Điều trị nội khoa kết hợp**

– Kháng viêm giảm đau.

– Lấy vông (nếu có)

– Nghỉ ngơi kiêng quan hệ hoặc quan hệ kèm dùng bao cao su.

THAI NGOÀI TỬ CUNG

1. Định nghĩa

Thai ngoài tử cung khi trứng thụ tinh làm tổ ở bất kỳ vị trí nào ngoài nội mạc tử cung.

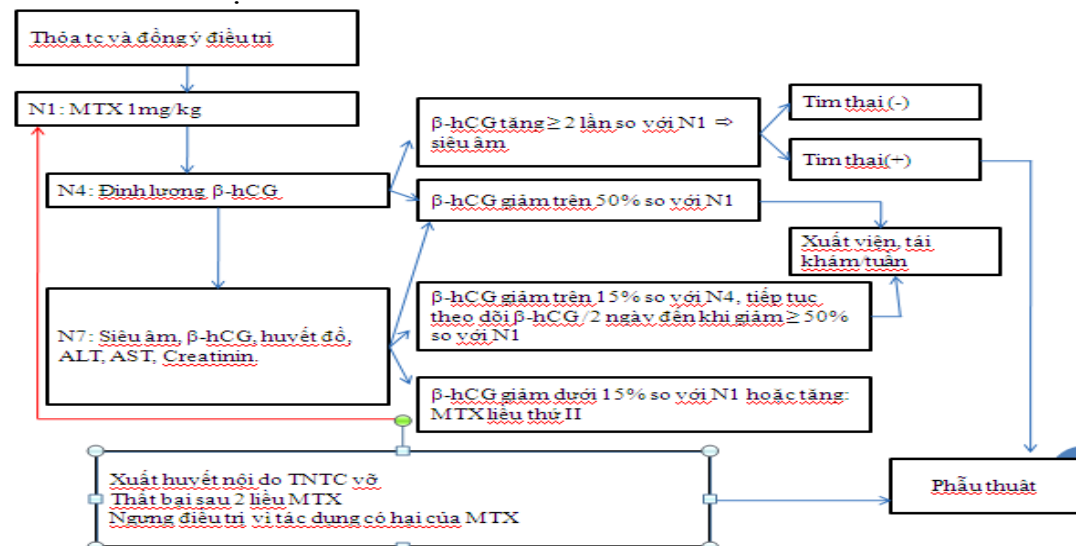
2. Chẩn đoán

- Trễ kinh
- Đau bụng hạ vị/ hố chậu phải/ hố chậu trái
- Ra huyết âm đạo bất thường (màu nâu đặc trưng)
- Khám: khối cạnh TC mềm, căng, đau
- β hCG > 1.000UI / siêu âm đầu dò âm đạo không thấy túi thai trong lòng tử cung hoặc β hCG > 6.500UI / siêu âm bụng không thấy túi thai trong lòng tử cung.
- Kèm theo siêu âm có khối echo hỗn hợp cạnh TC, dịch tự do ổ bụng, dịch túi cùng.

3. Điều trị

* *Thai ngoài TC chưa vỡ*

- Phẫu thuật nội soi: bảo tồn nếu muốn có con và / hoặc có thể tái tạo tay vòi được; ngược lại => cắt tay vòi.
- Điều trị nội khoa:
 - + Điều kiện: Thai ngoài tử cung chưa vỡ, kích thước khối thai ngoài $\leq 3,5$ cm, chưa có phôi thai (siêu âm đầu dò), không nằm ở góc sừng và β hCG < 3.500U/L
 - + Người bệnh phải tuân thủ tuyệt đối chế độ điều trị và theo dõi.
 - + Methotrexate: 1mg/ kg /TB, tối đa 2 liều.
 - + Lưu đồ điều trị



* *Thai ngoài tử cung đã vỡ*

- Lập ít nhất 2 đường truyền tĩnh mạch.
- Hồi sức (trong khi chờ máu): Lactact Ringger , Nacl 0,9 % truyền tĩnh mạch nhanh
- Truyền máu càng sớm càng tốt, truyền máu là tối cần thiết và quan trọng nhất.
- Chống choáng: Hydrocortisone 100-200mg tiêm tĩnh mạch.
- Phẫu thuật khẩn cấp: khi bắt đầu huyết áp $\geq 80/50$ mmHg => chuyển mổ

U XƠ TỬ CUNG

1. Định nghĩa – Phân loại

- U xơ tử cung là khối u lành tính của tế bào cơ trơn tử cung
- Phân loại: tùy theo vị trí khối u xơ có thể chia thành
 - + Dưới thanh mạc
 - + Trong cơ tử cung
 - + Dưới niêm mạc
 - + Có thể ở cổ tử cung hoặc trong dây chằng rộng

2. Chẩn đoán

- Phần lớn không có triệu chứng lâm sàng nhưng cũng có thể có triệu chứng nặng.
- + Xuất huyết tử cung bất thường (rong kinh, rong huyết, cường kinh).
 - + Các triệu chứng chèn ép vùng hạ vị (cảm giác trằn nặng, bón, tiểu lắt nhắt, bí tiểu ...)
 - + Tổng trạng có thể bình thường hoặc nhợt nhạt, thiếu máu.
 - + Tử cung to, chắc, mật độ không đều di động theo cổ tử cung.
 - + Triệu chứng phúc mạc do khối u xơ tử cung thoái hóa hoại tử.
 - + Siêu âm: giúp chẩn đoán phân biệt bướu cơ trơn tử cung và bướu buồng trứng.
 - + Có thể sử dụng CT-scan, MRI trong những trường hợp khó (u to, cần chẩn đoán phân biệt...)
 - + UIV đánh giá chèn ép niệu quản, thận.
 - Chẩn đoán phân biệt
 - + Bướu đặc buồng trứng
 - + Bệnh lý ác tính của nội mạc tử cung
 - + Khối u hạ vị khác: thai, Adenomyosis, polyp tử cung

3. Xử trí

- **Mục tiêu điều trị**
 - Làm giảm nhẹ các triệu chứng (xuất huyết tử cung bất thường, đau, các triệu chứng do chèn ép...)
 - Giám kích thước khối u xơ.

1. **Nội khoa** : khi u xơ tử cung có triệu chứng: rong kinh rong huyết, không to (< 12tuần)

+ **Progestins**

+ **Thuốc ngừa thai phối hợp**

- Làm teo niêm mạc tử cung => giảm bớt cường kinh.

+ **Chất đồng vận GnRH**

2. Phẫu thuật

Chỉ định: khi có 1 trong các yếu tố sau

- 1- Bướu to, kích thước \geq thai 12 tuần, có triệu chứng.
- 2- Xuất huyết tử cung bất thường, điều trị nội thất bại.
- 3- Bướu dưới niêm mạc, rong huyết.
- 4- Có biến chứng (chèn ép bàng quang, niệu quản, trực tràng).
- 5- Bướu hoại tử, nhiễm trùng nội thất bại.
- 6- Bướu to nhanh, nhất là sau mãn kinh.

- 7- Kết hợp với các bệnh lý khác: ung thư cổ tử cung, ung thư nội mạc tử cung, tăng sinh nội mạc tử cung không điển hình, sa sinh dục.
- 8- Vô sinh, sảy thai liên tiếp (bóc khối u).
- 9- Khối u vùng hạ vị không phân biệt được với khối u buồng trứng.

Phương pháp phẫu thuật:

- ***Bóc nhân xơ:*** Bướu nhỏ, đơn giản, còn muốn có con, không có những bệnh liên quan phức tạp
 - + Bướu ở cơ và dưới thanh mạc → mở bụng.
 - + Bướu dưới niêm mạc → nội soi buồng tử cung.
 - + Bướu thoái hóa sa xuống âm đạo → cắt đường âm đạo.
- ***Cắt tử cung toàn phần :*** qua mổ bụng hở hoặc nội soi. Phụ nữ ≥ 50 tuổi cân nhắc cắt hai phần phụ.
- ***Nội soi buồng tử cung cắt nhân xơ tử cung dưới niêm mạc***
 - + Phụ nữ đã có đủ con.
 - + Điều trị triệu chứng xuất huyết bất thường.

U NANG BUỒNG TRỨNG

1. Chẩn đoán

- Khám lâm sàng có u cạnh tử cung, biệt lập với tử cung
- Siêu âm có giá trị trong chẩn đoán u buồng trứng
- Cần đánh giá khả năng lành hay ác tính

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tai vòi, abscess tai vòi, ứ dịch tai vòi
- Thai ngoài tử cung
- Nhân xơ có cuống
- Cầu bàng quang...

3. Cận lâm sàng

- CA 125: nếu < 35 UI/l ít nghi ác tính, > 35 UI/l nghi ác tính nhưng cũng gặp trong viêm phần phụ, lạc nội mạc tử cung
- UIV đánh giá mức độ chèn ép
- Chụp X quang vú khi nghi có u di căn
- Chụp X quang phổi
- Pap smear, sinh thiết nội mạc tử cung nếu có xuất huyết tử cung
- Siêu âm, CT scan khi khối u to, phức tạp

4. Xử trí

4.1 U cơ năng

- Kích thước u < 6 cm, dạng nang, đồng nhất
- Theo dõi trong 3-6 tháng
- Nếu sau 3-6 tháng, u còn tồn tại thì phẫu thuật

4.2 U thực thể: cần phẫu thuật

4.3 Phẫu thuật các u BT

* Nguyên tắc

- Thăm sát ổ bụng, quan sát kỹ khối u
- Hút dịch ổ bụng hay dịch rửa ổ bụng khảo sát tế bào
- U lành:
 - +Tuổi < 45 điều trị bảo tồn, bóc u hay cắt buồng trứng hay cắt phần phụ tùy trường hợp, quan sát buồng trứng bên kia, nếu cần làm sinh thiết
 - +Tuổi ≥ 45 hay hậu mãn kinh: cắt hoàn toàn tử cung và 2 phần phụ
- U nghi ác (có CA 125 > 35 UI/lít) nếu có thể làm sinh thiết lạnh, nếu không có điều kiện thì cắt phần phụ có u, sinh thiết mạc nối và buồng trứng còn lại
- U ác: xử trí tùy giai đoạn, chỉ bảo tồn khi có nhu cầu sinh đẻ và khi còn ở giai đoạn giáp biên hay IA. Các trường hợp cần cố gắng lấy càng nhiều khối u càng tốt + cắt hoàn toàn tử cung và 2 phần phụ + mạc nối lớn + sinh thiết phúc mạc
- U buồng trứng xoắn: tùy theo tuổi bệnh nhân
 - ≥ 45 tuổi hay hậu mãn kinh: cắt hoàn toàn tử cung và 2 phần phụ
 - < 45 tuổi điều trị bảo tồn, bóc khối u hay cắt buồng trứng hay phần phụ tùy trường hợp
- +Nếu u đã vỡ vào ổ bụng hay hoại tử:
 - Cắt bỏ phần phụ có u
 - Rửa sạch ổ bụng bằng nước ấm, dẫn lưu nếu cần
 - Thăm sát ổ bụng

Gỡ giải phẫu bệnh lý

+Nếu khối u chưa vỡ, không nghi ác tính thì tháo xoắn, bóc hoặc cắt u, kiểm tra sinh dục

+Nếu u chưa vỡ nhưng nghi ác tính thì giải quyết như u đã vỡ và sinh thiết hay cắt mạc nối lớn tùy theo tuổi bệnh nhân

ĐÓT ĐIỆN CỔ TỬ CUNG

1. Chỉ định

- Lộ tuyến cổ tử cung
- Condylom cổ tử cung lành tính

2. Điều kiện

- Phết tế bào cổ tử cung bình thường
- Sau sạch kinh 3-5 ngày
- Không đang viêm cấp âm đạo - cổ tử cung

3. Trang thiết bị

- Máy soi cổ tử cung
- Máy đốt điện đơn cực
- Điện cực dạng bi có kích thước 5mm
- Mỏ vịt, nhíp dài, gòn
- Nước muối sinh lý
- Dung dịch acid acetic 3%
- Dung dịch lugol 3%

4. Kỹ thuật

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu mục đích của kỹ thuật.
- Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa, tấm đệm dẫn điện được đặt dưới mông hoặc gắn vào phần trên đùi và nối với máy đốt .
- Sát trùng âm hộ.
- Đặt mỏ vịt bộc lộ cổ tử cung
- Sát trùng âm đạo.
- Dùng máy soi cổ tử cung để xác định tổn thương .
- Thấm lugol lên cổ tử cung để xác định vùng không bắt màu.
- Điều chỉnh cường độ dòng điện thích hợp.
- Dùng điện cực dạng bi có kích thước 5mm đốt từ từ theo vòng tròn từ ngoài vào trong, cách lỗ ngoài 5mm để tránh vùng junction chạy vào trong sau khi đốt.
- kỹ thuật đạt yêu cầu khi nền mô có màu trắng đục.

5. Biến chứng

- Chảy máu sau khi đốt 10-15 ngày
- Nhiễm trùng.

SINH THIẾT CỔ TỬ CUNG

1. Sinh thiết cổ ngoài cổ tử cung

* *Chỉ định* : được chỉ định khi có những hình ảnh nghi ngờ khi soi cổ tử cung như:

-Tất cả những trường hợp bạch sản cổ tử cung (leukoplakia), ngay cả khi kết quả phết tế bào cổ tử cung bình thường.

-Vết trắng sau acid acetic, chấm đày, lát đá, khuy áo...

* *Dụng cụ sinh thiết*:

-Kềm sinh thiết các loại.

-Sinh thiết bằng vòng cắt đốt: được chỉ định trong những trường hợp sang thương rộng và sâu.

* *Kỹ thuật sinh thiết*:

-Sinh thiết mép sau cổ tử cung trước, vì nếu có chảy máu sẽ không che mờ cổ tử cung khi sinh thiết mép trước .

-Mẫu sinh thiết cần có đủ mô liên kết.

-Sau khi sinh thiết mẫu mô được cố định vào dung dịch Formol 10%. Từng vị trí có từng lọ Formol riêng để có chẩn đoán mô bệnh cho từng điểm sinh thiết.

2. Sinh thiết kênh cổ tử cung

-Sinh thiết kênh cổ tử cung còn được gọi là nạo kênh cổ tử cung, được thực hiện để chẩn đoán mô học của những sang thương nghi ngờ nằm tại kênh cổ tử cung mà ta không quan sát được trên máy soi hay vùng ranh giới lát trụ chạy vào trong..

-Mô nạo kênh gồm :mảnh mô cổ trong, máu, chất nhày.

-Sau khi nạo, mô nạo được cố định trong dung dịch Formol 10%.

SOI CỔ TỬ CUNG

1. Trang thiết bị

- Máy soi cổ tử cung
- Mỏ vịt
- Nhíp dài
- Gon , tampon, que gồ Ayre
- Kềm sinh thiết, kềm kẹp cổ tử cung
- Nước muối sinh lý
- Dung dịch acid acetic 3%
- Dung dịch lugol3%
- Dung dịch Formol 10%
- Dung dịch cầm máu: Monsel, oxy già

2. Chỉ định

- Kết quả phết tế bào cổ tử cung bất thường
- Cổ tử cung có sang thương nghi ngờ

3. Kỹ thuật

- Quan sát âm hộ
- Đặt mỏ vịt
- Quan sát vòm âm đạo, thành âm đạo
- Lau sạch khí hư âm đạo bằng nước muối
- Quan sát cổ tử cung trước khi bôi acid acetic: biểu mô lát , biểu mô trụ, mô đệm, mạch máu, vùng junction
- Quan sát cổ tử cung sau khi bôi acid acetic: phát hiện các thay đổi bất thường , sinh thiết định khu.
- Test Schiller
- Ghi lại kết quả soi và vẽ sơ đồ.

PHẾT TẾ BÀO CỔ TỬ CUNG

1. Điều kiện để lấy bệnh phẩm

- Không lấy bệnh phẩm khi đang có kinh, sau khi nạo sinh thiết.
- Không thụt rửa âm đạo trong vòng 24 giờ trước khi lấy bệnh phẩm.
- Không đặt thuốc trong âm đạo kể cả các chất dùng cho thử nghiệm (acid acetic, lugol) trong vòng 3-5 ngày trước khi lấy bệnh phẩm .
- Không giao hợp 24-48 giờ trước khi lấy bệnh phẩm.
- Không dùng thuốc nội tiết
- không nhúng mỏ vịt vào dầu
- Không nên thăm khám âm đạo, cổ tử cung trước khi lấy bệnh phẩm.

2. Chuẩn bị

- Lam có dán nhãn sạch và khô (2 lam cho 1 bệnh nhân)
- Bút chì để ghi tên bệnh nhân và vị trí lấy bệnh phẩm.
- Que lấy bệnh phẩm : que gòn, que gỗ đẹp, bàn chải tế bào (cytobrush)
- Dung dịch cố định: Alcool 950 hoặc alcool 950 +Ether (tỉ lệ 1:1), hoặc dùng kèm phun.
- Phiếu xét nghiệm.

3. Kỹ thuật

- Bộc lộ cổ tử cung bằng mỏ vịt không bôi dầu.
- Cầm que gỗ phết tế bào ở 2 vị trí: cổ ngoài cổ tử cung dùng đầu ngắn và cổ trong cổ tử cung dùng đầu dài.
- Trải nhanh và đều một lượng bệnh phẩm đủ xét nghiệm, mỏng và đồng nhất, tránh quá dày hoặc có những khoảng trống.
- Cho ngay 2 lam đã phết mỏng tế bào vào dung dịch cố định, không được để lam bị khô hoặc xít keo cố định phủ lên bề mặt lam và để khô (xít cách lam 20- 30cm).

4. Kết quả - ý nghĩa

- Dựa vào hệ thống Bethesda (1988): bao gồm 2 phần
- Phần đánh giá tính chất đạt yêu cầu của bệnh phẩm .
- Phần mô tả chẩn đoán tế bào học.

5. Tần số thực hiện

- Theo chương trình tầm soát ung thư cổ tử cung bằng phết tế bào cổ tử cung được áp dụng cho các phụ nữ 18 tuổi đến 60 tuổi .
- Lần thứ nhất nếu kết quả phết tế bào cổ tử cung bình thường thì lập lại mỗi năm 1 lần liên tiếp trong 2 năm. Sau đó mỗi 3 năm làm lại 1 lần cho đến 60 tuổi thì loại khỏi chương trình tầm soát.
- Nếu kết quả phết tế bào cổ tử cung có bất thường hoặc có tổn thương nghi ngờ trên lâm sàng thì chuyên soi cổ tử cung

XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG

1. Đại cương

Xuất huyết tử cung bất thường là các trường hợp chảy máu tử tử cung

- Do kinh nguyệt bất thường
- Chảy máu do các nguyên nhân liên quan đến mang thai hay bệnh toàn thân, ung thư...
- Có thể do nhiều nguyên nhân phối hợp
- Cần xác định nguyên nhân để có điều trị hiệu quả.

2. Nguyên nhân

2.1 Nguyên nhân chức năng

- Là các xuất huyết bất thường do mất thăng bằng của hệ thần kinh - nội tiết - sinh dục
- Không do nguyên nhân thực thể
- Xuất huyết do nguyên nhân chức năng rất thường gặp ở bệnh nhân ở lứa tuổi dậy thì và tiền mãn kinh (60 - 80% trên tuổi dậy thì và 40% ở tuổi trên 40)
- Ở tuổi sanh đẻ, có thể gặp các dạng xuất huyết giữa chu kỳ, trước khi có kinh, nếu chảy máu ít không cần điều trị. Nếu chảy máu nhiều, điều trị theo phác đồ ở phần dưới.

2.2 Nguyên nhân thực thể

* Nguyên nhân sinh dục

Viêm nhiễm :

- + Viêm cổ tử cung, viêm nội mạc tử cung, viêm vòi trứng, viêm buồng trứng, viêm do dụng cụ tử cung.
- + Hiếm gặp ở nhóm tuổi dậy thì.
- + Hậu mãn kinh 30% rong huyết do teo niêm mạc tử cung.

U bướu :

- + U lành: u xơ tử cung, polype lòng tử cung, một số u buồng trứng lành tính.
- + U ác: như K cổ tử cung, K nội mạc tử cung, K buồng trứng, ung thư tế bào nuôi, thường gặp ở tuổi trên 40. Tiền mãn kinh có 5 % có nguy cơ bị K nội mạc tử cung, nhưng đến 20% trong hậu mãn kinh, từ tuổi 62n mãn kinh có thể bị K cổ tử cung 4 -5%.

Liên quan với mang thai dọa sảy thai, thai ngoài tử cung, thai trứng, thai lưu...

Chấn thương : bị té, các thủ thuật can thiệp vào tử cung, thủng tử cung , vòng xuyên cơ

* Nguyên nhân toàn thân :

- Cường giáp : bị kinh thưa hay vô kinh, thiếu giáp bị rong kinh rong huyết.
- Tăng sinh tuyến thượng thận : (bệnh Cushing) bị rối loạn kinh nguyệt do không rụng trứng. Bệnh nhân bị suy thượng thận (Addison) cũng bị rối loạn kinh nguyệt.
- Tiểu đường có thể bị kinh thưa hay vô kinh
- Suy gan cũng có ảnh hưởng gây xuất huyết bất thường do giảm yếu tố đông máu.

- Suy thận các bệnh nhân chạy thận nhân tạo cũng có thể rối loạn chu kỳ.
- Tăng cân.
- Chơi thể thao, suy kiệt, ăn kiêng có thể dẫn đến chu kỳ không rụng trứng.
- Bệnh nhiễm trùng kéo dài dẫn đến suy kiệt như thương hàn, lao.
- Bệnh huyết học giảm tiểu cầu, ung thư bạch cầu, các bệnh giảm yếu tố đông máu đều có thể ảnh hưởng trực tiếp đến xuất huyết tử cung bất thường.

* Nguyên nhân do dùng thuốc

- Depo Provera (Medroxyprogesterone acetate) làm niêm mạc tử cung teo đi cũng gây ra xuất huyết bất thường.
- Điều trị nội tiết tố estrogenes, progesterone, testosterone, khi ngưng thuốc có thể gây ra xuất huyết.
- Corticoides, nếu dùng kéo dài cũng gây ra kinh thưa, rong huyết.
- Đồng Vận GnRH, điều trị với nhóm thuốc này (Zoladex, Enantone, Decspeptine,...) có thể có thời gian vô kinh hay kinh ít sau khi ngưng thuốc.
- Thuốc kháng đông
- Thuốc khác : dị ứng với 1 số thuốc có thể dẫn đến giảm tiểu cầu.

2.3 **Nguyên nhân khác** : đôi khi xuất huyết am đạo ở trẻ sơ sinh do ảnh hưởng estrogenes của mẹ sang con giảm đi, không cần điều trị.

Bảng 1. các nguyên nhân thường gặp gây rối loạn kinh nguyệt theo nhóm tuổi

Tuổi	Nguyên nhân thường gặp	Tỉ lệ
Trước dậy thì	<ul style="list-style-type: none"> - Tổn thương âm hộ - âm đạo - Vật lạ - Dậy thì sớm - Bướu 	Hiếm
Dậy thì	<ul style="list-style-type: none"> - Nguyên nhân chức năng - Rối loạn đông máu - U bướu, viêm, biến chứng mang thai 	> 50% 19% Hiếm
Sanh đẻ	<ul style="list-style-type: none"> - Biến chứng mang thai - Nguyên nhân chức năng - U xơ tử cung - Viêm sinh dục, polype kênh tử cung, u ác - Chấn thương - Rối loạn tuyến giáp 	+++ ++ + Hiếm Hiếm Hiếm
Tiền mãn kinh	<ul style="list-style-type: none"> - Nguyên nhân chức năng - Ung thư cổ tử cung - Ung thư niêm mạc tử cung, ung thư buồng trứng - Viêm sinh dục - Biến chứng mang thai 	40% 4 - 5% - Hiếm -

	- Rối loạn tuyến giáp	-
Mãn kinh	<ul style="list-style-type: none"> - Dùng nội tiết estrogen - Viêm teo nội mạc tử cung/âm đạo - Ung thư nội mạc tử cung - Polype cổ tử cung, nội mạc tử cung - Tăng sinh nội mạc tử cung - Linh tinh (K cổ tử cung, Sarcoma tử cung, chấn thương) 	<ul style="list-style-type: none"> 30% 30% 15% 10% 5% 10%

3. Chẩn đoán nguyên nhân

3.1 Căn cứ trên tiền sử, bệnh sử

* Khám lâm sàng

- Khám toàn thân để phát hiện các bệnh liên quan đến tuyến giáp, tuyến thượng thận, các bệnh gan, thận, huyết học...
- Khám phụ khoa phát hiện các sang thương như polype cổ tử cung, Dây vòng, các dấu vết chấn thương âm đạo cổ tử cung, hay nghi ngờ K cổ tử cung xâm lấn, các di căn ung thư thực tế bào nuôi. Phối hợp khám bệnh và âm đạo có thể phát hiện các khối u tử cung hoặc u cạnh tử cung cần xác định thêm với siêu âm.

* Cận Lâm sàng

- Siêu âm phát hiện các khối u sinh dục.
- Nạo sinh thiết buồng tử cung, vừa chẩn đoán nguyên nhân vừa là điều trị cầm máu. Các bệnh nhân tuổi tiền mãn kinh ra huyết dây dưa 2 chu kỳ đều phải làm sinh thiết.
- Thử thai : giúp phân biệt khả năng liên hệ với mang thai.
- Các xét nghiệm khác đếm hồng cầu, bạch cầu, công thức bạch cầu, Hct, TS, TC , xét nghiệm đông máu.
- Các xét nghiệm chức năng gan, thận,... nếu phát hiện các bệnh lý liên quan.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Chảy máu đường niệu
- Chảy máu trực tràng

5. Điều trị

5.1 Điều trị nguyên nhân

XH do nguyên nhân thực thể :

❖ Nguyên nhân toàn thân :

-Tùy theo nguyên nhân được điều trị đúng, bn ổn định, kinh nguyệt sẽ bình thường trở lại.

❖ Nguyên nhân do dùng thuốc: Do thuốc kháng đông:dùng estrogens để cầm máu (ethynilestradiol 50 gug 1v/ ngày x 5 ngày), sau đó progesterone (Duphaston 10mg 1v/ngày x 10-20 ngày). Do dùng Corticoides lâu dài hay Depo provera :ngưng dùng nội tiết.Cầm máu với estrogens (Ethynilestradiol 50 gug 1v/ ngày x 5 ngày) và tái tạo chu kỳ với thuốc ngừa thai phối hợp (Nordette, Marvelon,...)

❖ Nguyên nhân sinh dục

- Tùy theo bệnh nhân có sang thương thực thể loại nào sẽ có điều trị tương ứng.
- Viêm nhiễm cần điều trị với kháng sinh thích hợp.
- Viêm teo nội mạc tử cung hậu mãn kinh : Colpotrophine đặt âm đạo 1v/tối x 10 ngày. Nếu rong huyết nhiều lần, có thể phẫu thuật cắt TC và 2 phần phụ.
- Các u sinh dục tùy loại có biện pháp điều trị nội khoa hay phẫu thuật.
- Các trường hợp sảy thai, thai lưu,... cần nạo kiểm tra sạch tử cung và kháng sinh dự phòng.

XH do nguyên nhân chức năng

Nguyên tắc điều trị

1. Chăm máu

2. Ngừa tái phát hay tái tạo chu kỳ

** Tuổi dậy thì*

Mất máu ít, vừa (tổng trạng trung bình, Hct > 30%)

- Chăm máu 24 - 72 giờ với Progesterone: Duphaston 10mg 1v/ ngày x5ngày.
- Tái tạo chu kỳ : thuốc ngừa thai viên phối hợp (Nordette, Marvelon,...) 1v/ ngày trong 1 - 3 tháng.

Mất máu nhiều, đang chảy máu lượng lớn hay xuất huyết rỉ rả nhưng kéo dài (thiếu máu, Hct < 25%)

- Chăm máu với estrogenes 24 -72 giờ.
- Premarin (conjugated estrogenes) 25mg tiêm mạch chậm trong 30 phút, có thể thêm liều thứ 2 trong ngày đầu 4 giờ sau, ngày kế tiếp dùng 2,5 mg conjugated estrogenes loại uống 3 lần 1 ngày.

Hoặc Benzogynestryl 5 mg TB 1 ống x 2 lần/ ngàyx 2-3 ngày.

Tái tạo chu kỳ :Thuốc ngừa thai phối hợp (Nordette, Marvelon,...)1v/ ngày, trong 3-6 tháng.

Nếu không chăm máu thành công (khoảng 5%) phải nạo kiểm tra buồng TC để chăm máu và chẩn đoán mô học.Tùy theo kết quả mô học sẽ có biện pháp tái tạo chu kỳ.

**Tuổi sanh đẻ*

Loại trừ các sang thương thực thể, điều trị tương tự nhóm dậy thì.

Có khoảng 50% cần sinh thiết niêm mạc tử cung

Nếu không đáp ứng khi điều trị nội tiết, có thiếu máu nặng.

- < 40 tuổi, còn muốn giữ tử cung

Đốt nhiệt NMTC (bơm nước nóng 70- 80° C làm hỏng NMTC. (thermachoice)

Hoặc thắt động mạch tử cung và hạ vị.

- > 40 tuổi , đủ con : cắt tử cung.

** Tuổi tiền mãn kinh*

- Loại trừ K nội mạc tử cung, K cổ tử cung, K buồng trứng.
- Sinh thiết hoặc nếu cần cắt đốt niêm mạc tử cung.
- Chắc chắn không có sang thương thực thể có thể dùng nội tiết

- Dùng estrogenes đòi hỏi theo dõi chặt chẽ.
- Có thể dùng progesterone hoặc progestatifs vào nửa chu kỳ sau (từ ngày 15 - 25), nếu không hiệu quả có thể dùng ngay từ ngày 5 - 25 hay liên tục 3 - 6 tháng.
- Duphaston 10mg 1v/ngày
- Utrogestan 100mg 1v-2v/ ngày.
- Orgametril 5mg 1v x 2/ ngày.
- Tái phát nhiều lần có thể cần phẫu thuật cắt tử cung và 2 phần phụ.

3. Điều trị nâng đỡ

- Khi bệnh nhân bị mất màu nhiều cần truyền dịch, truyền máu.
- Dùng kháng sinh khi có can thiệp bằng thủ thuật (nạo sinh thiết...) hay khi nghi ngờ có khả năng bội nhiễm.

PHẦN III: KẾ HOẠCH GIA ĐÌNH

PHÁ THAI ĐẾN HẾT 7 TUẦN BẰNG THUỐC

Phá thai bằng thuốc là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách sử dụng thuốc Mifepristone và Misoprostol gây sảy thai đối với thai đến hết 7 tuần (49 ngày) kể từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng .

1. Tuyển áp dụng

-Tuyển tính , trung ương .

-Người áp dụng phương pháp này cần ở gần cơ sở y tế (khoảng cách từ nơi ở đến cơ sở y tế thực hiện không quá 60 phút) .

2. Người được phép thực hiện

Bác sĩ sản phụ khoa được huấn luyện về phá thai bằng thuốc

3. Chỉ định

-Phụ nữ tự nguyện chọn sử dụng thuốc để chấm dứt thai

-Có thai từ 49 ngày trở xuống kể từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối

4. Chống chỉ định

-Bệnh lý tuyến thượng thận

-Rối loạn đông máu.

-Đang điều trị bằng corticoid hoặc thuốc chống rối loạn đông máu

-Có tiền sử dị ứng với Mifepristone hoặc Misoprostol

-Đang cho con bú

-Tiền căn dị ứng

-Ung thư đường sinh dục

5. Quy trình kỹ thuật

* *Tư vấn*

-Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén

-Tư vấn về các biện pháp phá thai hiện có tại cơ sở

-Tư vấn về phương pháp phá thai bằng thuốc

-Tư vấn về các tai biến có thể xảy ra về tác dụng phụ của thuốc

-Tư vấn về theo dõi sau phá thai bằng thuốc

-Các dấu hiệu cần khám lại ngay

-Sự cần thiết của việc khám lại sau 2 lần

-Các dấu hiệu bình thường sau khi dùng thuốc

-Các dấu hiệu phục hồi sức khỏe và khả năng sinh sản sau phá thai

-Thông tin về các biện pháp phá thai, hướng dẫn chọn lựa biện pháp thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa

* *Chuẩn bị khách hàng*

-Hỏi tiền sử để loại trừ chống chỉ định

-Khám toàn thân

-Khám phụ khoa để xác định có thai

-Tính tuổi thai dựa vào ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng

-Siêu âm xác định chính xác tuổi thai và loại trừ thai ngoài tử cung

-Ký cam kết tự nguyện phá thai

* *Quy trình kỹ thuật*

-Cho khách hàng uống 1 viên Mifepristone 200mg dưới sự quan sát của thầy thuốc tại cơ sở y tế, theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng toàn thân của khách hàng trong vòng 15 phút , sau đó có thể cho khách hàng về nhà

-Sau 24-48 giờ , khách hàng trở lại cơ sở y tế, cho khách hàng uống 400mcg Misoprostol dưới sự quan sát của thầy thuốc tại cơ sở y tế hay uống thuốc nhà

6. Tai biến và xử trí :

- Ra máu ồ ạt

Xử trí : hút hoặc nạo cầm máu

-Đau bụng nhiều

Xử trí : uống Paracetamol và Inpurofen

-Nôn hay tiêu chảy

Xử trí : bù nước và điện giải, không cần can thiệp gì đặc hiệu vì thường nhẹ và thoáng qua

7. Theo dõi sau khi sử dụng thuốc

Khám lại sau 2 tuần

- Nếu thai đã sảy và ra hết máu : kết quả tốt, kết thúc theo dõi

- Nếu thai đã sảy, còn ra máu nhưng không có dấu hiệu sót nhau: tiếp tục theo dõi và điều trị hỗ trợ

- Nếu sót nhau : hút kiểm tra buồng tử cung

- Nếu thai vẫn tiếp tục phát triển hay thai lưu : hút thai

8. Tư vấn

-Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén

-Tư vấn về các biện pháp phá thai hiện có tại cơ sở

-Tư vấn về các phương pháp phá thai bằng thuốc

-Tư vấn về các tai biến có thể xảy ra và tác dụng phụ của thuốc

-Tư vấn về theo dõi sau phá thai bằng thuốc

-Các dấu hiệu cần khám lại ngay

-Sự cần thiết của việc khám lại sau 2 tuần

-Các dấu hiệu bình thường sau khi dùng thuốc

-Các dấu hiệu phục hồi sức khỏe về khả năng sinh sản sau phá thai

-Thông tin về các biện pháp tránh thai, hướng dẫn chọn lựa biện pháp thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.

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

Phá thai bằng phương pháp hút chân không là phương pháp chấm dứt thai kỳ bằng cách dùng bơm hút chân không (bằng tay hoặc hút bằng điện) để hút thai trong tử cung từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12.

1. Chỉ định

Thai trong tử cung từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12 (chẩn đoán tuổi thai dựa theo kinh cuối và siêu âm. Nếu sai lệch giữa 2 cách tính tuổi thai ít hơn 5 ngày thì dựa theo ngày kinh cuối. Nếu sai lệch trên 5 ngày thì tính 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 trước (theo phác đồ).

Chú ý : Thận trọng trong những trường hợp sau

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

Nhập viện những trường hợp tiên lượng khó khăn và sau khi hội chẩn khoa.

3. Quy 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 trong viện.
- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa.
- Siêu âm.

3.2 Tư vấn

- Thông tin về các BPTT, hướng dẫn chọn lựa biện pháp tránh thai (BPTT) thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lặp lại.
- Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu đi điểm cung cấp BPTT.
- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn xin bỏ thai và cam kết của cha, mẹ hoặc người giám hộ)
- Thai từ 9 – 12 tuần : chuẩn bị cổ tử cung bằng cách cho ngậm dưới lưỡi 400 mcg Misoprostol 3 giờ trước khi làm thủ thuật.

3.3 Người thực hiện thủ thuật

- Rửa tay thường qui bằng dung dịch sát khuẩn tiêu chuẩn.
- Trang phục y tế : áo choàng, quần, mũ, khẩu trang, kính bảo hộ.

Phương pháp giảm đau – vô cảm

- Uống thuốc giảm đau trước khi làm thủ thuật đối với những trường hợp vô cảm bằng phương pháp gây tê cạnh cổ TC (Ibuprofen 400mg hoặc Paracetamol 1g uống trước khi làm thủ thuật 30 phút)

*** Thực hiện thủ thuật**

- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung.
- Thay găng vô khuẩn.

- Sát khuẩn ngoài, trãi 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 dụng cụ tử cung (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.

4. Theo dõi

a. Theo dõi 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 5 – 7 ngày. Theo thứ tự ưu tiên
 - + Doxycycline 100mg.
 - + Betalactame + acid clavulanic.
 - + Quinolone.
- Tư vấn sau thủ thuật.
- Hẹn khám lại sau 2 tuần.

b. Khám lại sau 2 tuần

Khám để đánh giá hiệu quả điều trị bằng lâm sàng và siêu âm. Nếu

- Ú máu, sốt nhau, thai lưu : có thể tiếp tục dùng Misoprotol đơn thuần liều 400 – 600 mcg uống hay ngâm dưới lưỡi, hoặc hút buồng trứng.
- Thai tiếp tục phát triển : Hút thai.

BĂNG HUYẾT TRONG VÀ SAU KHI HÚT THAI

Băng huyết là tình trạng ra huyết âm đạo nhiều $\geq 300\text{ml}$ trong vòng 24 giờ sau hút thai hoặc ảnh hưởng đến tổng trạng.

1. Chẩn đoán

Tổng trạng

- Vã mồ hôi, da xanh, niêm nhợt.
- Mạch nhanh trên 90 l/p.
- Huyết áp thấp, tụt.

Khám

- Máu âm đạo ra nhiều, đỏ tươi, có khi có máu cục.
- Băng vệ sinh hoặc quần áo ướt đẫm máu.
- Tử cung gò kềm, có thể do ứ máu trong lòng tử cung, sót tổ chức thai, mô nhau, do tổn thương ở cổ tử cung hoặc thủng tử cung.

2. Xử trí

Tùy theo tình trạng lâm sàng mà có hướng xử trí thích hợp

Có choáng : H/A < 90/60 mmHg hoặc tình trạng ra máu không cải thiện.

- Hồi sức tích cực.
- Chuyển bệnh nhân lên phòng mổ và xử trí tiếp.
- Lưu ý : Hoàn tất hồ sơ bệnh án, ghi rõ diễn tiến thủ thuật.

Không choáng : Huyết áp $\geq 90/60$ mmHg

- Truyền tĩnh mạch, tốt nhất là 2 đường truyền : **Glucose 5%, 500ml pha với 2 ống Oxytocine 5 đv, truyền tĩnh mạch (TM) XXXg/p.**
- Thở Oxy
- Nằm đầu thấp.
- Nạo sạch buồng tử cung, lấy hết mô sót và máu cục.
- Thông tiểu.
- Đánh giá lại tình trạng tử cung, có thể dùng thêm :
 - + Thuốc :
 - Oxytocine 5 đv x 2 ống pha loãng tiêm TM chậm hay tiêm bắp.
 - Ergometrine 0,20mg, 1 ống tiêm TM chậm hay tiêm bắp (TB).
 - Misoprostol 200mcg 04 viên đặt hậu môn.
 - + Thất động mạch cổ tử cung.
 - + Bóng chèn.
- Tiếp tục theo dõi sinh hiệu và tình trạng ra máu của khách hàng.

PHẦN IV: SƠ SINH

CẤP CỨU BÉ SẠC SỮA

Sặc sữa là một cấp cứu nhi khoa tối cấp vì có thể gây đe dọa đến tính mạng bé

Cấp cứu: Bảo đảm nguyên tắc: -Lưu thông đường thở
-Bảo đảm hô hấp
-Bảo đảm tuần hoàn

1. Khi phát hiện có bé sơ sinh bị sặc sữa

-Báo ngay cho bác sĩ hay nữ hộ sinh trực :
-Cách xử trí : thực hiện ngay thủ thuật **VỖ LƯNG - ÁN NGỰC**

+ **VỖ LƯNG:**

Đặt trẻ nằm sấp, dọc theo đùi của người cấp cứu, đầu thấp hơn than, cổ hơi ngửa, miệng há, một tay giữ chắc cằm trẻ

Khum bàn tay còn lại vỗ mạnh 5 cái vào vùng lưng trẻ ở khoảng giữa 2 xương bả vai, nếu thấy sữa trào ra thì lau sạch nhanh

Nếu trẻ khóc được và da hồng hào thì không cần làm tiếp, chuyển bé đi khám nếu có dấu hiệu suy hô hấp

+ **ÁN NGỰC**

Dùng cẳng tay và bàn tay áp sát thân trẻ để lật trẻ nằm ngửa dọc theo đùi của người cấp cứu, đầu trẻ thấp hơn than, cổ hơi ngửa, miệng há, một tay giữ chắc trẻ

Quan sát vùng họng và mũi trẻ, nếu có sữa thì lau sạch nhanh

Dùng ngón trỏ và ngón giữa bàn tay còn lại ấn mạnh ở vùng dưới xương ức 5 lần

Đánh giá lại trẻ sau mỗi lần vỗ lưng ấn ngực

-Nếu hồng hào, khóc tốt: không cần làm tiếp

-Nếu trẻ vẫn còn khó thở: tiếp tục thực hiện vỗ lưng ấn ngực, đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn. Có thể thực hiện đến 8 lần

-Trong khi cấp cứu phải quan sát đánh giá trẻ, nếu ngừng tim ngừng thở thì tiến hành hồi sức ngừng tim ngừng thở

- Chuyển bé sang khoa sơ sinh để tiếp tục điều trị suy hô hấp và dùng kháng sinh điều trị nhiễm trùng

2. Biện pháp dự phòng sặc sữa

Cần dặn người nhà các bé sơ sinh :

1. Không cho bé bú quá no hay quá nhiều trong cùng một lúc, nếu cho uống bằng muỗng thì phải cho uống từng chút một, không đổ thẳng vào họng bé mà phải đổ từ từ vào một bên miệng cho bé tự nuốt rồi mới cho muỗng khác

2. Vỗ lưng rồi cho bé ợ hơi sau mỗi cữ bú

3. Cho bé nằm đầu cao và đầu nghiêng sang một bên đặc biệt đối với các bé hay ọc sữa, kém tiêu hoặc đang khò khè

4. Không tự ý cho bé uống bất kỳ một thứ thuốc nào hay loại thức uống nào mà không có chỉ định của bác sĩ :ví dụ cam thảo, thuốc tiêu đàm ...

5. Nếu bé có biểu hiện không bình thường báo BS hay NHS trực để cho bé đi khám tại khoa sơ sinh .

HỒI SỨC SƠ SINH TẠI PHÒNG SANH

1. Các nguyên tắc hồi sức sơ sinh

Nguyên tắc A-B-C : cũng giống như HS ở người lớn và trẻ lớn, việc hồi sức sơ sinh (HSSS) cũng tuân thủ các nguyên tắc quan trọng sau:

- A (Airway): thông đường hô hấp
- B (Breathing): hỗ trợ hô hấp
- C (Circulation): bảo đảm tuần hoàn tối thiểu có hiệu quả

2. Ba nguy cơ cần tránh trong khi hồi sức sơ sinh

- Tránh sang chấn : Động tác HSSS phải nhẹ nhàng, chính xác
- Tránh bị lạnh : lau khô nhanh, ủ ấm
- Tránh nhiễm trùng HSSS trong điều kiện vô trùng

3. Ba điều người thực hiện HSSS cần phải có

- Hiểu biết : tiên lượng và xử trí được các tình huống sẽ xảy ra
- Luôn luôn bình tĩnh trong mọi tình huống
- Thao tác hồi sức phải chính xác, nhanh nhẹn, nhẹ nhàng

4. Ba điều cần thiết

- Hút nhớt sạch
- Thông khí hiệu quả
- Bảo đảm tuần hoàn

5. Thực hành hồi sức sơ sinh tại phòng sanh

Những động tác cần làm trước khi hồi sức sơ sinh

- Mặc áo blouse sạch, đeo khẩu trang, rửa tay, đeo gant vô trùng
- Chuẩn bị dụng cụ hồi sức :
- Dụng cụ hút nhớt : máy hút, sonde hút nhớt, bình xả,
- Dụng cụ giúp thở : bóng giúp thở, mặt nạ sơ sinh, dây nối oxy
- Dụng cụ đặt NKQ : đèn soi thanh quản, ống NKQ số từ 2,5 đến 3,5
- Nguồn oxy 100%
- Các loại thuốc dùng cho hồi sức sơ sinh

Cần phải kiểm tra kỹ tất cả các dụng cụ trước khi tiến hành hồi sức sơ sinh

- Chuẩn bị 2 khăn vô trùng để lau khô em bé .

Trang bị

- Một bàn hồi sức sạch có đèn sưởi ấm và đủ sáng
- Các loại dụng cụ, nguồn oxy, thuốc hồi sức đã nêu trên
- Các thao tác hồi sức sơ sinh
- Lau khô nhanh trẻ bằng khăn sạch và ủ ấm
- Thông đường hô hấp :

Hút nhớt : Luôn luôn hút miệng rồi mới hút mũi

- Kích thích thở : búng vào gan bàn chân hay xoa má, ngực, bụng, lưng (có tài liệu không còn dùng nữa

- Giúp thở : (sau khi đã hút sạch) : bóp bóng 40 lần/phút với oxy

+Thông khí qua mặt nạ

Chú ý có 2 chống chỉ định

- Thoát vị hành bẩm sinh :(vì khi bóp hơi vào thực quản và hệ tiêu hóa nhiều làm phồng khối thoát vị)

-Hút phân su

Thao tác :

Tư thế phải đúng : đường thẳng nối giữa cằm và rái tai vuông góc với mặt phẳng bé nằm

-Mặt nạ phải phủ cả mũi miệng

-ÁP LỰC BÓNG 15- 25 CM NƯỚC

Nếu dùng loại bóng dành cho trẻ sơ sinh

Bóp bằng 2 ngón tay : áp lực đặt 15-20 cm nước

Bóp bằng 3 ngón tay : áp lực 20-25 cm nước

Bịt van an toàn để bóp bóng trong ba nhịp đầu tiên

+Thông khí qua nội khí quản

Chỉ định :

-Thoát vị hoành

-Hít phân su

-Thông khí qua mặt nạ không hiệu quả

-Trẻ trong tình trạng chết giả (apgar dưới 3)

Thao tác đặt nội khí quản

Dùng đèn soi thanh quản nhẹ nhàng nâng lưỡi và nắp thanh quản, hút sạch nhớt vùng hầu họng và hút luôn nhớt trong khí quản (Trường hợp không thấy thanh môn có thể dùng ngón tay đeo nhẫn ấn lên sụn thanh quản để làm lộ thanh môn) sau đó đặt nội khí quản và bóp bóng oxy kiểm tra vị trí sonde nội khí quản bằng cách đặt ống nghe ở 2 bên ngực và vùng thượng vị .

-Chiều dài sonde bằng 6 cm + số Kg (1kg=1cm)

-Thông khí với oxy 100%

Hỗ trợ tuần hoàn : xoa bóp tim ngoài lồng ngực :

-Mục đích : Duy trì tuần hoàn tối thiểu : xoa bóp tim phải đảm bảo được 20-25% cung lượng tim bình thường bằng cách gia tăng áp lực trung bình của lồng ngực

-Chỉ định khi nhịp tim < 80 l/p

-Số lần xoa bóp tim : 120 l/p (thông thường nhấn tim 3 - 4lần /thông khí 1 lần)

Vị trí nhấn tim ½ giữa xương ức

Luôn luôn kết hợp với bóp bóng giúp thở

Các loại thuốc và dịch truyền

Đường sử dụng

-Đường tĩnh mạch ngoại biên :Không nguy hiểm nhưng không có sẵn từ phút đầu

-Tĩnh mạch rốn chích thuốc trực tiếp

-Cho thuốc vào nội khí quản : 1 vài loại thuốc có thể cho qua nội khí quản nhanh chóng và có hiệu quả tương đương đường tĩnh mạch

Vài loại thuốc thông thường :

-Adrenaline 1/1000

chỉ định :

Khi nhịp tim <80 l/p sau 30 giây thông khí và xoa bóp tim ngoài lồng ngực .

Liều 0,1ml dd 1/1000 pha loãng với 0,9ml dd NaCl 9/1000 tĩnh mạch rốn hay nội khí quản.

-Bicarbonate Natri 4,2%

Liều 2- 4ml/kg tĩnh mạch rốn có thể lập lại sau 10 phút (thông thường dùng liều 2 mEq/kg)

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

Bicarbonate Natri có thể bất hoạt với Adrenaline : không pha chung .

Tránh tiêm Bicarbonate Natri quá nhanh (ít nhất là 2 phút)

-Glucose 10% :3ml /kg

Chú ý : không nên cho quá nhiều glucose vì trong điều kiện thiếu oxy, glucose sẽ chuyển hóa theo con đường yếm khí tạo ra ít năng lượng mà giải phóng nhiều acid lactic gây toan chuyển hóa .

-Naloxone (Narcane 0,4 mg/kg) :

Chỉ định cho các bé ức chế hô hấp do các thuốc thuộc nhóm morphine

Cách pha : lấy 0,5ml (1/2 ống =0,2mg) pha với 1,5ml NaCl9/1000.

Dùng liều 1ml dd/kg TM hay nhỏ vào NKQ (0,1 mg/kg/lần)

-Albumine 5% :

Chỉ định khi giảm thể tích tuần hoàn .

Liều 10- 20 ml/kg TTM trong 15 phút .

-Isuprel: nếu tim chậm kéo dài

Liều 0,05- 0,5 ug/kg/phút TTM

LƯU ĐỒ HỒI SỨC SƠ SINH

