

**SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG**



**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
KHOA PHỤ SẢN**

NĂM 2016

LƯU HÀNH NỘI BỘ

BVĐKKV Tỉnh AG Khoa Sản	PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ	Mã số: QT 01-KS Lần ban hành: 01 Ngày ban hành:
------------------------------------	-------------------------	--

THEO DÕI SỬA ĐỔI / BỔ SUNG

Nội dung bổ sung: Điều trị tắc tuyến sữa bằng tia hồng ngoại
--

THEO DÕI PHÂN PHỐI TÀI LIỆU:

Khoa sản Bs điều trị

	Nhân viên	Kiểm soát	Phê duyệt
Họ tên	Bs Trịnh Thanh Nhung	BS Nguyễn Văn Ngọc Răng	TS.BS Lữ Văn Trạng
Chức vụ	Trưởng khoa sản	Phó Giám Đốc BV	Giám Đốc BV
Chữ ký			

MỤC LỤC

Trang

PHẦN I: SẢN KHOA

1. Xử trí phù phổi cấp trong chuyển dạ	01
2. Tăng huyết áp – tiền sản giật – sản giật	02
3. Nhau bong non	05
4. Nhau tiền đạo	07
5. Nhau cài răng lược	09
6. Võ tử cung	10
7. Băng huyết sau sanh	12
8. Dọa sanh non – sanh non	14
9. Võ ối non	15
10. Bệnh tim và thai kỳ	16
11. Viêm ruột thừa và thai kỳ	18
12. Đái tháo đường trong thai kỳ	20
13. Chẩn đoán và theo dõi chuyển dạ đẻ thường	22
14. Thai chết trong tử cung	23
15. Thai suy	24
16. Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm	26
17. Kỹ thuật làm giác hút sản khoa	28
18. Nhiễm HIV khi có thai	30
19. Các phương pháp gây chuyển dạ	31
20. Thai quá ngày	33
21. Vết mổ cũ lấy thai	34
22. Bóc nhau nhân tạo	35
23. Non Stresstest	37
24. Stresstest	38
25. Sa dây rốn	39
26. Đẻ chỉ huy	40
27. Chuyển dạ đình trệ	41
28. Sinh đôi	42
29. Khám thai	43
30. Chẩn đoán trước sinh	46
31. Chỉ định chấm dứt thai kỳ những dị tật bẩm sinh nặng	47
32. Sử dụng oxytocin trong sản khoa	49
33. Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ	51
34. Ngôi bất thường	52
35. Sử dụng kháng sinh trong phẫu thuật sản phụ khoa	54
36. Săn sóc vết may tầng sinh môn	55
37. Nhiễm trùng hậu sản	56
38. Bí tiểu sau sanh	59
39. Điều trị tắc tuyến sữa bằng tia hồng ngoại	60

PHẦN II: PHỤ KHOA

40. Dọa sảy thai	62
------------------	----

41. Sẩy thai	63
42. Bệnh nguyên bào nuôi	64
43. Nhiễm khuẩn âm đạo	66
44. Viêm âm đạo do nấm	67
45. Viêm âm đạo do Trichomonas	68
46. Viêm âm đạo do thiếu nội tiết	69
47. Viêm cổ tử cung	70
48. Viêm sinh dục do Herpes	71
49. Sùi mào gà sinh dục	73
50. Viêm phần phụ	74
51. Thai ngoài tử cung	77
52. U xơ tử cung	78
53. U nang buồng trứng	80
54. Sa sinh dục	82
55. Đốt điện cổ tử cung	84
56. Sinh thiết cổ tử cung	85
57. Soi cổ tử cung	86
58. Phết tế bào cổ tử cung	87
59. Ung thư cổ tử cung	88
60. Ung thư niêm mạc tử cung	89
61. Rong kinh – rong huyết	90
62. Tiền mãn kinh – mãn kinh	93
63. Nang tuyến Bartholine	95
64. Chấn thương và vết thương đường sinh dục	96
PHẦN III: KẾ HOẠCH GIA ĐÌNH	
65. Phá thai đến hết 7 tuần bằng thuốc	97
66. Phá thai đến hết 12 tuần bằng phương pháp hút chân không	99
67. Phá thai to	101
68. Băng huyết trong và sau khi hút thai	102
69. Điều trị sốt nhau/sốt thai	103

PHẦN IV: SƠ SINH

70. Chăm sóc thiết yếu bố mẹ và trẻ sơ sinh trong và ngay sau sanh	104
71. Cấp cứu bé sặc sữa	106
72. Hồi sức sơ sinh tại phòng sanh	107
73. Lưu đồ hồi sức sơ sinh	110

PHẦN I : SẢN KHOA**XỬ TRÍ PHÙ PHÔI 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.
- 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.

Tài liệu tham khảo

Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 121

TĂNG HUYẾT ÁP-TIỀN SẢN GIẬT-SẢN GIẬT

1. Định nghĩa

- Tăng HA: + khi HA tâm trương $> 90\text{mmHg}$ hoặc HA tâm thu $> 140\text{mmHg}$ đối với người không biết số đo HA bình thường của mình. Hoặc khi HA tâm trương tăng 15mmHg hoặc HA tâm thu tăng trên 30mmHg so với HA bình thường trước khi có thai.

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

2. Chẩn đoán

Triệu chứng	Chẩn đoán
-HA tâm trương $\geq 90\text{mmHg}$ trước 20 tuần 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 $\geq 110\text{mmHg}$ 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 +Thiểu niệu $< 400\text{ml}/24\text{h}$ +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, tiểu cầu giảm $< 100000/\text{mm}^3$ 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

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

3. Điều trị

3.1. Thai nghén gây tăng HA:

- Tư 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.

3.2. Tiền sản giật nhẹ:

- Tư 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

3.3. Tiền sản giật nặng:

- Thuốc chống co giật: magnesi sulfat 15% liều đầu 3-4,5 g/50 ml Glucose 5% tiêm tĩnh mạch chậm 15-20 phút, sau đó duy trì 1-2g/giờ truyền tĩnh mạch(pha 6g magnesium sulfas 15% với 500ml Glucose 5% truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút)
- Hạ áp: + Hydralazin 5mg tiêm tĩnh mạch chậm mỗi 30phút cho đến khi HA tâm trương giảm còn 100mmHg

+ Nicardipine: ống 10mg/10ml pha với 40ml nước cất hoặc Nacl 0,9 %. Tần công 0,5-1mg(2,5-5ml) tiêm tĩnh mạch chậm. Duy trì bơm tiêm điện 1-3mg/ giờ (5-15 ml/giờ). Nếu không đáp ứng sau 15 phút tăng 2,5 mg/giờ tối đa 15mg/giờ

- 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.

3.4. 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

3.5. 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 mạch 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 mổ lấy thai tùy theo tình trạng cô tử cung 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

4. Theo dõi

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

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế - *Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 107*
2. Bộ y tế - *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 29-34*

NHAU BONG NON

1. Định nghĩa

Nhau bong non là nhau bám ở vị trí bình thường nhưng bong một phần hoặc hoàn toàn trước khi sô 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 sậm 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.

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 sậm 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.

3. Điều trị

* *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 ồi, sinh đường âm đạo.
- Tiên lượng diễn tiến chuyên dạ thuận lợi: bám ồi, 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 ồi, tăng co theo dõi sinh đường âm đạo.
- Điều trị nội khoa tích cực khi có rối loạn đông máu.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 99
2. Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 27-28
3. Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 43-46

NHAU TIỀN ĐẠO

1. Định nghĩa

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

2. 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 cận lâm sàng :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.

3. Điều trị Tùy thuộc lượng ra huyết âm đạo, tuổi thai và chuyển dạ chưa

3.1. 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).

3.2. 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 mô cấp cứu.

3.3 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 $\geq 60\%$ \rightarrow mổ lấy thai.
- Nhau tiền đạo 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.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 98
2. Bệnh viện Từ Dũ – Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 64-66
3. Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 39-42
4. Yoong W, Karavolos S, Damodaram M, et al. Observer accuracy and reproducibility of visual estimation of blood loss in obstetric: how accurate and consistent are health-care professionals? *Arch Gynecol Obstet* 2010; 281-307

NHAU CÀI RĂNG LƯỢC

1. Yếu tố nguy cơ :

- Nhau tiền đạo đặc biệt mặt trước
- Tiền căn phẫu thuật trên tử cung
- Tiền căn hút nạo lòng tử cung
- Đa sản
- Tuổi sản phụ ≥ 35 tuổi
- Hội chứng Asherman

2. Chẩn đoán :

- Chẩn đoán sớm trước sinh để có kế hoạch can thiệp kịp thời và thích hợp nhằm giảm thiểu nguy cơ cho mẹ và con.

Siêu âm với các dấu hiệu :

- Xoang mạch máu bờ không đều trong bánh nhau
- Gián đoạn hoặc mất ranh giới khoảng echo kém giữa bánh nhau và lớp cơ TC
- Cơ tử cung < 1 mm hoặc không có
- Gián đoạn thanh mạc mặt sau bàng quang
- Dòng chảy xoáy trên doppler màu

3. Điều trị :

a. Đối với trường hợp không có triệu chứng cấp cứu : Bác sĩ sẽ tư vấn cho gia đình sản phụ về nguy cơ xuất huyết âm đạo trước sinh, sinh non tháng, khả năng truyền máu lượng lớn, mổ lấy thai, cắt tử cung và thậm chí tử vong. Đề nghị nơi sinh an toàn là tuyến cao nhất (bv Từ Dũ , bv Hùng Vương,...).

b. Đối với trường hợp cấp cứu ra huyết âm đạo nhiều : cần phối hợp nhiều chuyên khoa

- Hồi sức tích cực : lập đường truyền, dùng thuốc cầm máu
- Giải thích người nhà sản phụ các nguy cơ có thể xảy ra
- Hội chẩn trường khoa, trực viện, bs gây mê hồi sức
- Báo ngân hàng máu
- Bs ngoại niệu, bs ngoại tổng hợp, bs ICU sẵn sàng tham gia khi cần thiết
- Phương pháp phẫu thuật mổ lấy thai và cắt tử cung toàn phần

Chăm sóc và theo dõi sau mổ tại hồi sức :

- nếu diễn tiến hậu phẫu tốt thì theo dõi hồi sức 24 giờ chuyển trại hậu phẫu sản.
- nếu diễn tiến không tốt thì cần hội chẩn liên khoa, trực viện hướng xử trí tốt hơn, xem xét chuyển tuyến trên.

Tài liệu tham khảo

1. Lê thị Thu Hà, quan điểm mới trong chẩn đoán và xử trí nhau cài răng lược, p.43, nội san y học sinh sản HOSREM số 27 09/2013.
2. Bộ môn sản phụ khoa ĐHYD HCM, xuất huyết 3 tháng cuối thai kỳ , p.139, nhà xuất bản y học 2014.
3. Williams Obstetrics 23rd Edition, chapter 35 obstetrical hemorrhage, p.757, Mc Graw Hill Medical edition.

VỠ TỬ CUNG

1. Đại cương

- Vỡ tử cung là một trong 5 tai biến sản khoa, có thể xảy ra trong thời kỳ mang thai, nhưng thường gặp nhất là trong chuyển dạ.
- Vỡ tử cung có triệu chứng điển hình là do vỡ tất cả các lớp của tử cung mà không phải do phẫu thuật, thường kèm chảy máu, có thể tống xuất một phần hoặc tất cả các phần thai vào ổ bụng.

2. Chẩn đoán

2.1. Dọa vỡ tử cung trong chuyển dạ (Chỉ xảy ra trên tử cung không có sẹo mổ cũ)

- Sản phụ đau bụng nhiều
- Con co tử cung dồn dập, mạnh
- Vòng Bandl lên cao, tử cung có hình quả bầu.
- Dấu hiệu Frommel: hai dây chằng tròn bị kéo dài, căng như hai sợi dây đàn.
- Tim thai có thể bình thường, không đều hoặc suy.
- Thăm âm đạo: ngôi bất thường, ngôi cao hoặc chưa lọt.

2.2. Vỡ tử cung trong chuyển dạ

- Có dấu dọa vỡ, đột ngột đau nhói sau đó bớt đau nhưng tổng trạng xấu dần
- Choáng: da xanh, niêm nhạt, mạch nhanh nhẹ khó bắt, tụt huyết áp, tay chân lạnh
- Xuất huyết âm đạo
- Nước tiểu có thể có màu đỏ
- Nhìn bụng có thể biến dạng, linh phình
- Sờ nắn bụng thấy có phản ứng thành bụng, đau nhói nơi vết mổ, sờ thấy phần thai ngay dưới da bụng
- tim thai suy hoặc không nghe được tim thai
- Khám âm đạo có thể không còn thấy ngôi thai, máu đỏ tươi theo găng.

3. Điều trị

3.1. Dọa vỡ tử cung

- Lập đường truyền TM : Natriclorua 0,9 % hoặc Ringer lactat.
- Thông tiểu
- Mổ lấy thai cấp cứu

3.2. Vỡ tử cung

- Hồi sức tích cực
- Mổ cấp cứu
- Xử lý tử cung
 - + Bảo tồn tử cung nếu tổng trạng cho phép, < 40 tuổi, < 2 con, nứt hoặc vết vỡ đơn giản, chưa có dấu hiệu nhiễm trùng.
 - + Cắt tử cung toàn phần nếu choáng nặng, có nhiễm trùng, vết vỡ phức tạp, > 40 tuổi, số con ≥ 2 .

Các vấn đề cần lưu ý

- Hồi sức chống choáng thật tốt trước – trong – sau phẫu thuật.
- Kháng sinh phổ rộng, liều cao trước và sau mổ.
- Nếu bảo tồn tử cung
 - + Phải cắt lọc trước khi khâu bảo tồn vết rách do sẹo mổ cũ

- + Cố gắng phủ được phúc mạc tử cung
- + Cần triệt sản nếu bệnh nhân đủ con
- Cần thận không làm tổn thương niệu quản 2 bên
- Quan sát, phát hiện tổn thương ở các cơ quan lân cận để giải quyết kết hợp kịp thời
- Cần theo dõi biến chứng viêm phúc mạc toàn thể hay khu trú trong thời kỳ hậu phẫu

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 100
2. Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 20-22
3. Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 99-102

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

- Đo lượng máu mất bằng túi đo máu lớt ngay sau khi sổ thai và ra hết nước ối.
- Dấu hiệu mất máu cấp: mệt, vật vã, da xanh niêm nhạt, vã mồ hôi
- Thay đổi tổng trạng: mạch nhanh, huyết áp tụt
- Tử cung mềm nhão, không khối cầu an toàn
- Chảy máu (ra âm đạo/đọng trong lòng tử cung; ồ ạt từng đợt/nhỏ giọt liên tục).

Nguyên nhân

- Đờ tử cung (thường gặp nhất)
- Tổn thương đường sinh dục
- Bất thường về bong nhau, sổ nhau
- Rối loạn đông máu

3. Điều trị

- * Hồi sức tích cực + co hồi tử cung + 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 (mạch, 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 tiêu
- Xoa đáy tử cung và dùng thuốc co hồi tử cung:
 - + 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 tiêm mạch chậm, 1 liều duy nhất (khuyến cáo sử dụng dự phòng trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS)
 - + Misoprostol (cytotec) 200mcg: 800mcg đặt hậu môn 1 lần duy nhất
- Tìm nguyên nhân: kiểm tra đường sinh dục và thực hiện các biện pháp cầm máu cơ học khác
- Làm các xét nghiệm cơ bản: nhóm máu, huyết đồ, đông máu toàn bộ.

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.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 101
2. Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 23-26
3. Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 103-106

DỌA SANH NON VÀ SANH NON

1. Định nghĩa

Sinh non là khi trẻ được sinh ra ở tuổi thai từ trước 22 đến trước khi hết 37 tuần.

2. Chẩn đoán

2.1. Dọ sanh non

- Đau bụng từng cơn không đều đặn, tức nặng bụng dưới, đau lưng
- Ra dịch nhầy âm đạo lẫn máu
- Cơn co tử cung thưa nhẹ(2 cơn trong 10 phút, thời gian co < 30 giây)
- Cổ tử cung đóng hoặc xóa mở < 2 cm
- Đo chiều dài cổ tử cung bằng siêu âm đường bụng, đường âm đạo.

2.2. Sanh non

- Đau bụng từng cơn, đều đặn, các cơn đau tăng dần
- Ra dịch nhầy âm đạo có lẫn máu, nước ối
- Cơn co tử cung 2-3 cơn trong 10 phút, tăng dần
- Cổ tử cung mở trên 2 cm, xóa trên 80%
- Thành lập đầu ối hoặc vỡ ối

3. Điều trị

- 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 20mg ngâm dưới lưỡi trong 20 phút, tối đa 3 liều.
Sau khi cắt cơn co duy trì Nifedipine 20mg chậm, uống 6-8h /lần, theo dõi huyết áp khi dùng thuốc, chống chỉ định khi huyết áp < 90/50 mmHg.
 - + Magnesium sulfate liều tấn công 4-6g pha trong 100ml Glucose 5% truyền tĩnh mạch trong 20 phút, liều duy trì 2g/h truyền tĩnh mạch trong 12h, sau đó 1g/h trong 24h
- Liệu pháp corticoid: tăng cường sản xuất surfactant, thúc đẩy sự trưởng thành của mô liên kết, làm giảm suy hô hấp ở trẻ non tháng. Chỉ định cho thai từ 28 đến hết 34 tuần tuổi, có thể dung: bethamethasone 12mg, 2 liều tiêm bắp cách nhau 24h hoặc Dexamethasone 6mg/lần, tiêm bắp 4 lần cách nhau 12h
- Cố gắng làm chậm cuộc sanh trong 24 giờ sau khi tiêm corticoid .
- Chuẩn bị phương tiện hồi sức, chăm sóc sơ sinh thiếu tháng.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 113
2. Bệnh viện Từ Dũ – Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 52-54
3. Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 17-19

4. Haas DM, Imperiale TF, Kirkpatrick PR, et al. Tocolytic therapy: a meta-analysis and decision analysis *Obstet Gynecol* 2009; 113-585

VỠ ỒI NON

1. Định nghĩa

Vỡ ối non là vỡ tự nhiên của màng ối và màng đệm tại bất kỳ thời điểm nào trước khi có chuyển dạ

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng

- Ra nước rỉ rả hay đột ngột trong âm đạo
- Tính chất dịch: đục, lợn cợn, trong, vàng hay xanh sậm
- Đóng băng vệ sinh thấy ướt nước ối
- Đặt mỏ vịt: thấy nước ối chảy ra từ cổ tử cung

2.2. Cận lâm sàng: siêu âm không có giá trị chẩn đoán nhưng có thể ghi nhận lượng nước ối giảm hoặc bình thường

3. Điều trị

- Theo dõi thân nhiệt
- Đóng băng vệ sinh, 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 < 34tuần, 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 sỏ, 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.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 116
2. Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 31-33
3. Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 88-92

BỆNH TIM VÀ THAI KỲ

1. Đại cương

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

2. 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 miu.
 - + 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.

3. Điều trị

3.1 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 tiêm bắp/ tuần.
 - Theo dõi, hội chẩn.

Chú Ý

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

3.2. Trong chuyển dạ

- Đo CVP
- Kháng sinh: penicilline thường hoặc Cephalosporine thế hệ I ngừa bội nhiễm
- Digoxin (theo chỉ định chuyên khoa)
- Lợi tiểu: sử dụng khi đe dọa phù phổi cấp
- Sinh ngã âm đạo nếu đủ điều kiện
- Nếu có chỉ định mổ lấy thai: phải gây mê toàn thân.

3.3. Hậu Sản

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, nhất là T^0 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 kế hoạch hóa gia đình, 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 . . .

Tài liệu tham khảo

1. Đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh - Sản phụ khoa tập 1 - NXB y học năm 2007, trang 509
2. Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa , trang 49-53

VIÊM RUỘT THỪA VÀ THAI KỲ

1. Đại cương

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 phúc mạc → Nhiễm trùng huyết.

2. 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:

2.1 Cơ năng

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

2.2 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.
- Con co tử cung (±)

2.3 Thăm âm đạo

- Xóa mở cổ tử cung (±)
- Huyết âm đạo (±)

2.4 Xét nghiệm cận lâm sàng

- 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.

Chẩn đoán phân biệt

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

3. Điều trị

- 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.

Tài liệu tham khảo

Đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh – Sản phụ khoa tập 1- NXB y học năm 2007, trang 532

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG THAI KỲ

1. Định nghĩa

Đái tháo đường trong thai kỳ là có rối loạn dung nạp đường mới xuất hiện hoặc được ghi nhận lần đầu trong khi mang thai

2. Chẩn đoán

2.1 Lâm sàng

- Béo phì (BMI > 27 kg/m²)
- Ăn nhiều, uống nhiều, lên cân nhiều
- Thai to, đa ối, thai lưu

2.2 Cận lâm sàng

- Đường huyết lúc đói \geq (7 mmol/L); hoặc
- Đường huyết bất kỳ \geq 200 mg/dl (11.1 mmol/L), hoặc
- Test dung nạp glucose đường uống (OGTT): (+)

3. Điều trị

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

Mục tiêu: giữ mức đường huyết

- Lúc đói: 90 -95 mg/dl (5 -5,5 mmol/l)
- 1 giờ sau ăn: < 140 mg/dl (< 7.8 mmol/l)

3.1 Thai chưa đủ trưởng thành

Điều trị đái tháo đường

-Chế độ ăn tiết chế: 2200-2400 kcal/ngày (protein 20-25%, carbohydrate 35-45%, 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

- + Đái tháo đường trước khi có thai
- + Đường huyết bất kỳ \geq 200 mg/dl
- + Lúc đói khi làm OGTT: \geq 126 mg/dl
- + Bất kỳ trị số nào của OGTT: \geq 200 mg/dl
- +Chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ trước 24 tuần

-Liều bắt đầu phụ thuộc vào tuổi thai:

- + < 18 tuần: 0,7 UI/kg/24h
- + 18 -26 tuần: 0,8 UI/kg/24h
- +26-36 tuần: 0,9 UI/kg/24h
- + > 36 tuần: 1 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 cử động thai, Non stresstest 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 lầy thai chọn lọc: khi trọng lượng thai to > 4000g hoặc do những chỉ định khác.

Chọn thời điểm mổ lúc sáng 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.

Tài liệu tham khảo

1. *Đại học y dược Thành phố Hồ Chí minh - Sản phụ khoa tập 1- NXB y học năm 2007, trang 518*
2. *Bệnh viện Từ Dũ – Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 59-62*
3. *Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 59-64*
4. *US Preventive Services Task Force. Screening for gestational diabetes. Topic page. Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality 2008, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsgdm.htm>. Accessed January 5, 2009*

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 15-30p

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

Sau khi sản phụ đã được khám nhận, nữ hộ sinh 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	
Chống 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: > 1ph hoặc < 20giây có liên quan đến tiến triển chậm của cổ TC
- Bất tương xứng giữa khung chậu và đầu thai nhi: đầu không lọt, có hiện tượng chống 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)

Tài liệu tham khảo

Bộ y tế - *Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 57*

THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG**1. Định nghĩa**

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, chặm tăng trưởng trong tử cung
- Do phần phụ: dây rốn quấn cổ, đa ối, thiếu ối

2. 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 chõng khớp, nước ối có thể ít hoặc hết.

3. Điều trị

3.1 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 < 2g/l hay thai phụ có bệnh nội khoa khác thì chuyển tuyến trên, đề phòng tai biến ở thì số nhau.

3.2 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 < 2g /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.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế - *Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 119*

2. *Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 20-24*

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. Chẩn đoán

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 tiềm 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 đẻ 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.

Tài liệu tham khảo

1. Đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh - Sản phụ khoa tập 1- NXB y học năm 2007, trang 426
2. Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 93-95

NGHIỆM PHÁP LỘT NGÔI CHỖM

Nghiệm pháp lọt ngôi chễm 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 chễm
- Sa dây rốn
- Có sẹo mổ cũ ở tử cung

3. Điều kiện

- Làm ở nơi có thể phẫu thuật được
- Thai sống, ngôi chễm
- 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 brou huyệt 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

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 156
2. Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 40-41

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 chuyển (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 chỏm

3. Điều kiện

- Ngôi chỏm 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 bấu huyết thanh nhân tạo bám chắc thành bầu để khi kéo không bị tuột

Bước 10: Chờ con rặn, 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 cơn rặn, kéo bằng lực của cẳng tay, theo cơ chế dễ. Giữ tầng sinh môn khi trán sổ, 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

Tài liệu tham khảo

Bộ y tế - *Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009*, trang 165

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. Điều trị

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

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 120

2. Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 68-73

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 mở. 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.

Tài liệu tham khảo

Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 151

THAI QUÁ NGÀY

1. Định nghĩa

Thai quá ngày là những trường hợp thai nghén kéo dài quá 42 tuần hoặc quá 294 ngày tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng

2. Chẩn đoán

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

3. Điều trị

- 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.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 115
2. Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 47-48

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 cần chú ý các vấn đề sau

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

Tài liệu tham khảo

Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 123

BÓC NHAU NHÂN TẠO

Bóc nhau nhân tạo là thủ thuật đưa tay vào buồng tử cung để lấy nhau ra sau khi thai đã sổ.

1. Chỉ định

- Ngay sau sổ thai máu chảy ra âm đạo nhiều.
- Sau sổ thai 30 phút mà rau vẫn chưa bong, chưa sổ.
- 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 tiêu
- Thuốc giảm đau: Dolargan 100mg hoặc Seduxen 10mg
- 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 tiêu 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 bong hết, tay trong tử cung đẩy bánh nhau xuống dưới ra ngoài, nhưng không rút tay ra, nếu cần dùng tay ngoài cầm kẹp cặp cuống rốn để lấy nhau ra.
- Tay trong buồng tử cung tiếp tục kiểm soát và vét sạch buồng tử cung.
- Tiêm thuốc Oxytocin vào cơ tử cung và/ hoặc:
- Ergometrine 0,2mg tiêm bắp hoặc,

- Misoprostol 200mcg ngậm dưới lưỡi 1-2 viên hoặc đặt hậu môn 3-4 viên
- Nếu không bóc được bánh nhau vì nhau bám chặt hoặc nhau cài răng lược thì không được cố sức bóc, phải chuyển sang phẫu thuật cắt tử cung.

5. Theo dõi bệnh nhân sau thủ thuật

- Toàn trạng, mạch, huyết áp.
- Co hồi tử cung
- Lượng máu chảy ra từ tử cung
- Kháng sinh uống hay tiêm.

Tài liệu tham khảo

Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 167

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).

Tài liệu tham khảo

1. Đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh - Thực hành sản phụ khoa – NXB y học năm 2004, trang 91
2. Đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh - Sản phụ khoa tập 1 – NXB y học năm 2007, trang 419

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.
- Ối 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.

Tài liệu tham khảo

1. Đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh - Thực hành sản phụ khoa – NXB y học năm 2004, trang 92
2. Đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh - Sản phụ khoa tập 1 – NXB y học năm 2007, trang 421

SA DÂY RÓN

1. Nguyên nhân

1.1 Về phía mẹ

- Đẻ 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

- Hoặ nhìn thấy dây rốn sa ra ngoài âm hộ.
- Hoặ thăm âm đạo thấy dây rốn nằm cuộn trong âm đạo.
- Hoặ thăm âm đạo thấy dây rốn ở cổ tử cung bên cạnh ngôi hoặ 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.

3. Điều trị

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 ngả 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 hoặ dùng forceps nếu đủ điều kiện. Trong khi chờ mổ thì cho sản phụ nằm đầu thấp mông cao và không nên rặn.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 117
2. Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 39

ĐỀ CHỈ HUY

1. Định nghĩa

Đề 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 đề 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.

Tài liệu tham khảo

Bệnh viện Hùng Vương - Phác đồ điều trị năm 2005, trang 71

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 diễn tiến 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.

Tài liệu tham khảo

Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 122

SINH ĐÔI

1. Chẩn đoán

- Tử cung to hơn so với tuổi thai
- Nhìn thấy 3 hoặc nhiều hơn 3 cực (1 hoặc 2 đầu, 1 hoặc 2 mông)
- Nghe thấy 2 ổ tim thai ở 2 vị trí khác nhau (cách nhau ≥ 10 cm) với tần số khác nhau
- Thăm âm đạo có thể xác định được ngôi thể của thai thứ nhất
- Có thể dựa vào siêu âm để xác định chắc chắn
- Chẩn đoán phân biệt với thai to, đa ối, có thai và khối u trong ổ bụng

2. Xử trí

- Phần lớn song thai có thể đẻ đường dưới được vì trọng lượng thường không to
- Nên gây tê ngoài màng cứng nếu có điều kiện để sẵn sàng giảm đau khi phải nội xoay thai thứ hai
- Nếu thai thứ nhất là ngôi mông thì nên phẫu thuật lấy thai
- Đỡ đẻ thai thứ nhất giống như đỡ đẻ cho một thai
- Nguy cơ có thể xảy ra cho thai thứ hai sau khi đẻ thai thứ nhất : tử cung co lại làm nhau bong và có thể gặp ngôi bất thường
- Ngay sau khi đẻ thai thứ nhất cần kiểm tra ngôi của thai thứ hai : nếu là ngôi đầu thì bấm ối cố định ngôi. Nếu là ngôi vai thì nội xoay thai và đại kéo thai.
- Có thể dùng oxytocin truyền tĩnh mạch 5 đv trong 500ml dung dịch glucose 5% nếu cơn co tử cung yếu hoặc sau khi thai thứ nhất sỏ 15 phút không có cơn co tử cung (chỉ dùng sau khi đã xác định thai thứ hai là ngôi chỏm hoặc ngôi mông).
- Chú ý dự phòng băng huyết sau sanh vì dễ bị ðờ tử cung.
- * *Phẫu thuật lấy thai khi :*
 - 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.

Tài liệu tham khảo

Bộ y tế - *Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 110*

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.
 - Xét nghiệm 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 : Mạch, Huyết áp, tim - phổi, cân nặng.
- 3. Khám sản khoa: khám âm đạo, CCTC, tim thai, đặt mỏ vịt / lần khám đầu tiên.
- 4. Cận lâm sàng:
 - 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 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 huyết áp 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”.

Cận lâm sàng:

1. Test dung nạp đường / 24 – 28 tuần:
Chỉ định: béo phì, tăng cân nhanh, tiền sử 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 cân nặng 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 ($> 2\text{kg} / 1 \text{ tuần}$), nhức đầu, chóng mặt.
 - Sốt kéo dài
 - Vàng da bất thường,
3. Phân loại thai kỳ nguy cơ cao.

Cận lâm sàng:

1. Tổng phân tích nước tiểu (mỗi lần khám)
2. Siêu âm
 - SĂ 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 ≥ 28 tuần) / nghi thai chậm tăng trưởng, mẹ tăng cân không đạt, mẹ tăng huyết áp, 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 xét nghiệm chuyên biệt được chỉ định theo y lệnh bác sĩ: 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, xét nghiệm AFP, βhCG và CA 125

Tài liệu tham khảo

Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 2-4

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH

1. Mục đích

- Phát hiện sớm những thai kỳ bị dị tật bẩm sinh 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 dị tật bẩm sinh nặng như: *vô sọ, nang bạch huyết vùng cổ, khiếm khuyết cột sống, cụt chi, dẫn não thất nặng, hội chứng 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:

+ Dị tật bẩm sinh nặng: Dẫn não thất nặng, hội chứng 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, ...

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 39

2. Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 12

CHỈ ĐỊNH CHẤM DỨT THAI KỶ NHỮNG DI 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
- Chẻ 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 < 1/2 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

Tài liệu tham khảo

Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 15

SỬ DỤNG OXYTOCIN TRONG CHUYỂN DẠ

1. Chỉ định

- Khởi phát chuyển dạ hoặc tăng co / cơn co tử cung thưa / 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.

• *Tương 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.
- **Đọa 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. (>80 UI / 24 giờ và sử dụng nhiều ngày liên tiếp)
- **Ảnh hưởng tim mạch:**
 - Khi dùng liều cao > 45 mUI/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.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 125
2. Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 29-30

XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN 3 CHUYÊN DẠ

1. Định nghĩa

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 tĩnh mạch 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 vẹt, 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)

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 69
2. Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 34

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

Xử trí

- Ngôi mặt cằm 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 sanh khó khác
- Ngôi mặt cằm 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 cằm.
- Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi mặt

Xử trí

- Mổ lấy thai / hầu hết các trường hợp
- Theo dõi sanh 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
 - + Chuyển dạ kéo dài.
 - + Ngôi mông thiếu kiểu chân.

- + Khung chậu giới hạn, hẹp, biến dạng.
- + Con so, thai > 3.000g
- + Thai to / ngôi mônng (ước lượng cân nặng thai > 3.200g).
- + Đầu không cúi tốt.
- + Vết mổ cũ trên tử cung.
- + Ổi vỡ lâu / Bishop thấp <5điểm

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 móm vai hoặc tay thai nhi
- Siêu âm giúp chẩn đoán.
- Chẩn đoán phân biệt với ngôi mônng.

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.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 111
2. Bệnh viện Từ Dũ – Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 35-37

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.

SẢN SỐC VẾT MAY TĂNG SINH MÔN

Sản phụ sau khi sanh có vết may tăng sinh môn cần được chăm sóc và hướng dẫn trong những ngày đầu của hậu sản. Đa số thường lành tốt trong 5 ngày .

1. Hướng dẫn chăm sóc

Ngày đầu tiên

- Khám xem vết may tăng sinh môn có sưng nề, đỏ đau nhiều hay không ? Có khối máu tụ âm hộ, âm đạo hay không ?
- Làm thuốc 1 lần /ngày bằng thuốc sát trùng.
- Hướng dẫn sản phụ tự rửa thêm khi tiêu tiểu, băng vệ sinh sạch thay nhiều lần /ngày.
- Khuyến sản phụ tập đi tiểu, ngồi dậy đi lại.

Những ngày sau

Theo dõi vết may tăng sinh môn mỗi ngày, phát hiện sưng, bầm tím. Nếu vết may tốt, cho cắt chỉ vào ngày thứ 5 sau sanh và cho xuất viện.

Đối với vết may nhiễm trùng

Khi có dấu hiệu vết may tăng sinh môn nề, sưng đỏ, ấn chân chỉ có mủ...

- Cắt chỉ cách mới, nặn mủ, rửa bằng oxy già.
- Cắt chỉ toàn bộ khi vết may có mủ nhiều.
- Rửa bằng oxy già 2-3 lần/ngày hoặc rửa với Betadine 10%
- Kháng sinh liều cao
- Cho xuất viện khi tăng sinh môn khô , hết mủ
- Hẹn tái khám sau 2 tuần

2. Thuốc kháng sinh

** Vết may tăng sinh môn diễn biến bình thường*

Cefuroxim 500mg 1viên x2 lần/ngày x5 ngày

Thuốc bổ năng thể trạng (chú ý với Fe...)

** Vết may tăng sinh môn bầm tím , phù nề*

Có thể thêm Alphachymotrypsine 2viên x 3 lần/ngày x 3 ngày

** Vết may tăng sinh môn nhiễm trùng*

Kháng sinh liều cao

Thông thường dùng:

Cephalosporine thế hệ III 1g (test) 1 lọ x 2 lần tiêm bắp / ngày

Có thể kết hợp metronidazol

Ngoài ra có thể dùng thêm thuốc giảm đau (nếu cần)

NHIỄM TRÙNG HẬU SẢN

Các thể lâm sàng : từ nhẹ đến nặng có thể

- Nhiễm khuẩn tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung
- Viêm nội mạc tử cung
- Viêm tử cung toàn bộ
- Viêm tử cung và phần phụ
- Viêm phúc mạc tiểu khung
- Viêm phúc mạc toàn bộ
- Nhiễm trùng huyết

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

* *Triệu chứng*

- Vết rách hoặc chỗ khâu sưng tấy, đỏ, đau đôi khi có mủ
- Tử cung co hồi tốt, sản dịch có thể hôi hoặc rất hôi.
- Có thể sốt nhẹ 38C - 38,5C

* *Xử trí*

- Khám âm đạo loại trừ sót gạc.
- Vệ sinh tại chỗ và kháng sinh.
- Nếu sau khi dùng kháng sinh, vết khâu vẫn sưng, đỏ, rỉ nước vàng thì cắt chỉ ngắt quãng.
- Nếu toàn bộ vết khâu nhiễm khuẩn, bung hết chỉ thì phải rửa vết thương cho đến khi hoàn toàn không có mủ, nước vàng, mô dưới da hồi phục trở lại mới được khâu lại tầng sinh môn.

2. Viêm nội mạc tử cung

Thường do kiểm soát tử cung, nhiễm khuẩn ối, chuyển dạ kéo dài hoặc đôi khi có thể do sót rau. Viêm nội mạc tử cung không điều trị sẽ dẫn đến các biến chứng trầm trọng hơn như viêm tử cung toàn bộ, viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn huyết...

* *Triệu chứng*

- Mệt mỏi, lo lắng.
- Người mẹ sốt 38oC - 39oC từ 2 ngày sau khi đẻ.
- Tử cung co hồi chậm, mềm, ấn đau.
- Sản dịch hôi, đôi khi có lẫn mủ.

* *Xử trí*

- Hạ sốt bằng đắp khăn ẩm và cho uống nước.
- Cho thuốc co hồi tử cung (oxytocin 5 đv x 1 - 2 ống/ngày, tiêm bắp).
- Dùng kháng sinh thích hợp có thể tiêm hoặc uống trong 7 ngày.
- Nếu bế sản dịch: nong cổ tử cung cho dịch thoát ra ngoài.

- Nếu sốt rau: hút hoặc nạo lấy rau sau khi cho kháng sinh.
- Sau điều trị các triệu chứng giảm, cho kháng sinh tiếp đến 5 - 7 ngày rồi xuất viện.

3. Viêm tử cung toàn bộ

** Triệu chứng*

- Đây là hình thái lâm sàng tiến triển nặng lên của viêm nội mạc tử cung, sản dịch rất hôi thối, màu nâu đen.
- Tử cung to, mềm, ấn rất đau, di động tử cung đau, đôi khi ấn gây tiếng kêu lạo xạo như có hơi, đặc biệt có thể có ra huyết vào khoảng ngày thứ 8 - 10.

** Xử trí*

Điều trị cần sử dụng kháng sinh liều cao và phối hợp nhiều loại.

4. Viêm tử cung và phần phụ

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

** Triệu chứng*

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

** Điều trị*

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

5. Viêm phúc mạc tiểu khung

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

** Triệu chứng*

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

** Điều trị*

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

6. Viêm phúc mạc toàn bộ

** Triệu chứng*

- Toàn thân mệt mỏi, sốt cao, gây sút cân, hốc hác, mạch nhanh, khó thở, nôn.
- Bụng chướng, đau.
- Phản ứng thành bụng.

- Cảm ứng phúc mạc
- Thăm túi cùng rất đau.

** Điều trị*

- Dùng kháng sinh liều cao, kết hợp.
- Nâng thể trạng.
- Viêm phúc mạc toàn bộ phải cắt tử cung dẫn lưu ổ bụng. Đây là nơi phát sinh ra ổ mủ.

7. Nhiễm khuẩn huyết

- Do thủ thuật hoặc dụng cụ không vô khuẩn.
- Do điều trị các tình trạng nhiễm khuẩn không đúng cách, dùng kháng sinh, không đủ liều lượng, không đủ thời gian.
- Có thể do can thiệp phẫu thuật quá sớm khi chưa bao vây được ổ nhiễm khuẩn khu trú tại bộ phận sinh dục bằng kháng sinh, tạo điều kiện cho vi khuẩn lan tràn vào máu.

** Triệu chứng và chẩn đoán*

- Thường là sốt cao, rét run nhiều lần trong ngày. Có những thể bán cấp, không sốt cao nhưng sốt kéo dài.
- Toàn trạng suy nhược, có thể đi đến choáng, hạ huyết áp, mê man.
- Cây máu để chẩn đoán xác định
- Ở các trường hợp nặng, ngoài ổ nhiễm khuẩn đầu tiên còn có những ổ nhiễm khuẩn thứ phát như ở thận, gan, phổi, não...

** Xử trí*

- Kháng sinh liều cao, kết hợp, đường tĩnh mạch.
- Truyền dịch, điều chỉnh cân bằng nước điện giải.
- Giải quyết ổ nhiễm khuẩn nguyên phát: cắt tử cung (đa số trường hợp cắt tử cung bán phần để lại hai phần phụ, sản phụ còn trẻ và thường thì hai phần phụ hầu như không bị hoại tử sau khi cắt tử cung bán phần).
- Tiên lượng rất xấu.
- Vấn đề chính là phòng bệnh.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 129
2. Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 107-112

BÍ TIỂU SAU SANH

1. Định nghĩa

Bí tiểu sau sanh là tình trạng rối loạn đường tiểu, biểu hiện bằng cảm giác muốn đi tiểu nhưng không thể tiểu được và có cầu bàng quang căng khi khám

*Có thể bí tiểu sau sanh thường hoặc sanh mổ. Nguyên nhân do:

+ Đau: do cắt may tầng sinh môn và các tổn thương khác ở âm đạo, cổ tử cung ...

Khi sản phụ đi tiểu sợ đau, đưa tới ứ đọng nước tiểu, gây bí tiểu tạm thời

+ Do gây tê, mê

+ Thần kinh quá lo lắng

+ Tổn thương do thủ thuật quá thô bạo, dập bàng quang → liệt bàng quang → bí tiểu

2. Cách xử trí

- Dội nước ấm vùng ân hộ, vận động sớm, tập tiểu

- Nếu thủ thuật trên thất bại thì đặt sond tiểu và lưu trong 24 giờ

- Tập bàng quang, 03 giờ tiểu 1 lần (mở sond) cho tới lúc tạo được cảm giác mắc tiểu, cho sản phụ tiểu qua sond → rút sond

- Thuốc: (khi các phương pháp trên thất bại)

+ Dimitazol 2v x 2 uống trong 5 ngày

+ Xatral SR 5mg 1v x 2 trong 5 ngày(giảm áp lực niệu đạo)

+ Nếu sử dụng thuốc không hiệu quả thì tiến hành đả sond tiểu)

Tài liệu tham khảo

Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị năm 2012, trang 125

ĐIỀU TRỊ TẮC TUYẾN SỮA BẰNG TIA HỒNG NGOẠI

1. Mục đích :

- Thông tuyến sữa
- Hạn chế tai biến
- Cải thiện tình trạng đau nhức tuyến vú

2. Chẩn đoán:

- Dấu hiệu chính:
 - Vú căng tức, đau, một hoặc hai bên
 - Xuất hiện 3 – 5 ngày sau đẻ hoặc sau mổ lấy thai
 - Khám vú có thể có những khối tròn, di động nhiều kích thước, bề mặt gồ ghề nằm riêng rẽ hay liên kết lại với nhau thành khối lớn, chạm vào cứng và đau
- Có thể kèm mệt mỏi, nhức đầu, sốt nhẹ
- Sữa không tiết ra được khi cho bé bú, hút hoặc nặn

3. Điều trị:

- Viêm tắc tuyến sữa cấp tính: thời gian điều trị 10 -15 phút/lần, ngày 2 lần
- Viêm tắc tuyến sữa mạn tính: thời gian điều trị 15-20 phút/lần, ngày 1 lần

4. Qui trình kỹ thuật

a. Chuẩn bị dụng cụ:

Đèn hồng ngoại, dây dẫn, giường, ghế, khăn, gối, thước dây.

b. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Tiếp xúc giải thích động viên, nói cho bệnh nhân biết cảm giác nóng ấm vừa phải.
- Đặt tư thế nằm ngòai cho phù hợp tùy theo vùng điều trị.
- Bộc lộ vùng điều trị, các vùng khác che lại.

c. Chuẩn bị kỹ thuật viên:

Trang phục đầy đủ, đứng hoặc ngồi cạnh bệnh nhân.

d. Kỹ thuật tiến hành:

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Đánh giá	
			Có	Không

1	Chọn đèn đúng tiêu chuẩn, dây dẫn tốt công suất đèn 600W	Để đánh giá hiệu quả của điều trị		
2	Cắm đèn thử	Đánh giá đèn tốt hay không tốt		
3	Đặt bệnh nhân tư thế nằm hoặc ngồi	Thoải mái, thư giãn, vững chắc		
4	Đo khoảng cách từ đèn đến da vùng điều trị: 50 – 60cm	Tùy thuộc công suất đèn		
5	Xác định thời gian điều trị: 15 – 20 phút	Đánh giá hiệu quả		
6	Bật đèn sáng	Đánh giá hiệu quả		
7	Chiếu tia hồng ngoại thẳng góc vào điểm giữa vùng trị liệu	Đánh giá kết quả điều trị		
8	Điều trị xong tắt đèn	Đánh giá hiệu quả		

5. Tai biến :

- Bỏng da
- Vỡ bóng đèn : Mảnh thủy tinh bắn vào da gây chảy máu da.
- Hoại tử trên da vùng điều trị
- Tăng cảm giác đau
- Nhức đầu
- Táo bón
- Ngát xiú
- Tổn thương mắt :Viêm kết mạc, viêm võng mạc
- Dị ứng với tia hồng ngoại :Hoa mắt chóng mặt, nhức đầu mệt mỏi.

6. . Biện pháp an toàn khi điều trị tia hồng ngoại

- Thử cảm giác nóng lạnh trên bệnh nhân, nếu cảm giác kém không điều trị.
- Nếu nóng quá bệnh nhân phải báo cáo cho thầy thuốc.
- Không tự ý tăng giảm điều trị.
- Khi đang điều trị không chạm tay vào đèn và di chuyển đèn.
- Không chiếu tia hồng ngoại vào mắt bệnh nhân, nếu chiếu phải che mắt.
- Khi điều trị nếu bệnh nhân ra mồ hôi nhiều phải cho bệnh nhân uống nước pha với đường và muối.
- Da vùng điều trị phải khô và sạch.

PHẦN II: PHỤ KHOA

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

DỌA SẢY 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

* 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

3. Điều trị

- 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

Tài liệu tham khảo

1. *Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 93*
2. *Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 7-11*

SẢY 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 tống 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.

Tài liệu tham khảo

1. *Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 94*
2. *Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 7-11*

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 dẹt).
- 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.

Tài liệu tham khảo

1. *Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 144 – 156*

2. *Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 169-177*

NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO

1. Định nghĩa

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

Nguyên nhân

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

2. 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

3. 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.

Tài liệu tham khảo

1. Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 69
2. Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 132-134

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

Tài liệu tham khảo

1. Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 70
2. Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 132-134

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 lơng, 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.

Tài liệu tham khảo

1. Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 71
2. Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 132-134

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.

Tài liệu tham khảo

Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 72

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.

Tài liệu tham khảo

Bệnh viện Từ dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 73

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 mủ.
- + 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.

Tài liệu tham khảo

Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 75-76

SỤI 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).

Tài liệu tham khảo

Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 79

VIÊM PHẦN PHỤ

1. Đại cương

Viêm phần phụ bao gồm: viêm ở vòi trứng, buồng trứng, dây chằng rộng. Viêm phần phụ thường bắt đầu từ viêm vòi tử cung sau đó lan ra xung quanh.

2. Chẩn đoán

2.1 Hình thái cấp tính

- Đau vùng hạ vị, đau tăng khi đi lại, thường đau cả 2 bên (90%)
- Rối loạn kinh nguyệt xảy ra ở 50% các trường hợp
- Sốt, có thể đến 39 độ
- Khám có dấu hiệu đề kháng bụng dưới
- Đặt mỏ vịt có nhiều khí hư, có khi là mủ, chiếm 35-65 % các trường hợp
- Đau khi di động cổ tử cung hoặc đau tử cung hoặc phần phụ.
- Công thức máu có bạch cầu tăng, CRP tăng
- Siêu âm phát hiện các khối viêm nhiễm và apxe phần phụ

2.2 Hình thái bán cấp (30% trường hợp)

- Đau âm ỉ vùng hạ vị hoặc thắt lưng
- Rong kinh thường hay gặp
- Khí hư không rõ ràng, không đặc hiệu
- Sốt nhẹ 37,5 đến 38 độ
- Khám bụng mềm, đề kháng không rõ
- Khám âm đạo có thể thấy đau một hoặc 2 bên phần phụ, khối nề khó phân biệt ranh giới với tử cung, lắc cổ tử cung đau

2.3 Hình thái mãn tính (do viêm phần phụ cấp tính không được điều trị đầy đủ kịp thời)

- Đau vùng hạ vị hay 2 bên hố chậu, đau tăng khi đi lại nhiều hay làm việc nặng
- Khí hư không nhiều, không đặc hiệu
- Khám âm đạo thấy tử cung hạn chế khi lay động, có thể có khối cạnh tử cung ranh giới không rõ, ấn đau

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 tại 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 Ceftizoxime 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 tiêm bắp sau duy trì 1.5mg/kg mỗi 8 giờ.
- + Lựa chọn khác : Levofloxacin 500mg truyền tĩnh mạch, kết hợp Metronidazol 500mg truyền tĩnh mạch.
- + 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 absces 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 vòng (nếu có)
 - Nghỉ ngơi kiêng quan hệ hoặc quan hệ kèm dùng bao cao su.

Tài liệu tham khảo

1. Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2011, trang 79
2. Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 128-131

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 tử cung 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 tử cung, dịch tự do ổ bụng, dịch túi cùng.

3. Điều trị

* *Thai ngoài tử cung 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 < 5000IU/mL
 - + Người bệnh phải tuân thủ tuyệt đối chế độ điều trị và theo dõi.
 - + Methotrexate: 1mg/ kg /TB, tối đa 2 liều.

* *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

Tài liệu tham khảo

Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 135-140

U XƠ TỬ CUNG

1. Định nghĩa

- 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. Điều trị

- **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.

3.1 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**

4.2 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.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 189
2. Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012, trang 89-92
3. Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 154-156

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

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...

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

2. Điều trị

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 buồng trứng

* 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

Tài liệu tham khảo

Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 149-151

SA SINH DỤC

1, Định nghĩa

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

2.Chẩn đoán

- Tùy theo sa nhiều hay ít, sa lâu hay mới sa, sa đơn thuần hay phối hợp. Triệu chứng thường là khó chịu, nặng bụng dưới, tiểu gắt, són tiểu, tiểu không tự chủ, có khi đại tiện khó. Triệu chứng trên chỉ xuất hiện khi bệnh sa lâu, mức độ cao
 - Khám thấy khối sa nằm ở ½ dưới âm đạo hoặc thập thò âm môn, nặng nhất là ra ngoài âm hộ, bao gồm thành trước âm đạo, cổ tử cung, thân tử cung, thành sau âm đạo. Khối sa ra ngoài có thể bị sứng hóa hoặc bị loét do cọ xát, bội nhiễm
 - Làm PAP loại trừ tổn thương ác tính cổ tử cung
 - Thăm dò niệu động học : khảo sát tình trạng són tiểu
- * Phân loại , mức độ

Sa độ I :

- Sa thành trước (kèm sa bàng quang)
- Sa thành sau (kèm sa trực tràng)
- Cổ tử cung ở thấp nhưng còn nằm trong âm đạo, ngang với 2 gai hông)

Sa độ II :

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

Sa độ III :

- Sa thành trước (kèm sa bàng quang)
- Sa thành sau (kèm sa trực tràng)
- Cổ tử cung sa hẳn ra ngoài âm hộ

3, Điều trị

3.1 Điều trị nội khoa : khi người bệnh lớn tuổi, mắc các bệnh mãn tính, không có điều kiện phẫu thuật

- Phục hồi chức năng tăng sinh môn, hướng dẫn các bài tập cơ cơ để phục hồi cơ nâng ở vùng đáy chậu.
- Vòng nâng đặt trong âm đạo
- Estrogen(Ovestin, Colpotrophine) : có tác dụng tốt để chuẩn bị phẫu thuật

3.2 Điều trị ngoại khoa : các yếu tố có liên quan đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật

- Tuổi và nhu cầu sinh đẻ sau khi phẫu thuật
- khả năng sinh lý tình dục
- Tình trạng chung của người bệnh
- Mức độ sa sinh dục
- Ảnh hưởng của sa sinh dục đến các cơ quan lân cận
- Tình trạng cổ tử cung bình thường hay viêm nhiễm
- Tử cung, 2 phần phụ có u cục gì không
- Bụng có sẹo mổ cũ hay không, tiên lượng mức độ dính của tiểu khung

- Điều kiện trang thiết bị của cơ sở và trình độ phẫu thuật viên

* *Phương pháp Manchester* : chỉ định chủ yếu cho phụ nữ còn trẻ, muốn có con và sa độ II, hoặc bệnh già bị sa độ III mà không chịu được cuộc mổ lớn. Các bước phẫu thuật chính gồm :

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

* *Phương pháp Crossen* : chỉ định khi sa độ III

- Cắt tử cung hoàn toàn theo đường âm đạo
- Buộc chéo các dây chằng Mackenrodt và dây chằng tròn bên kia để treo móm cắt khâu vào nhau thành cái võng chắc
- Khâu nâng bàng quang
- Làm lại thành trước âm đạo
- Khâu cơ nâng hậu môn, làm lại thành sau âm đạo

* Phẫu thuật làm bít âm đạo : phẫu thuật Lefort

Tài liệu tham khảo

Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 143-148

ĐỐT 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 đốm, 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 gỗ 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 thực 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 xịt keo cố định phủ lên bề mặt lam và để khô (xịt 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 chuyển soi cổ tử cung

Tài liệu tham khảo

Đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh - Thực hành sản phụ khoa – NXB y học năm 2004, trang 145

UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

1. Định nghĩa

Ung thư cổ tử cung là u ác tính nguyên phát ở cổ tử cung, có thể xuất phát từ các tế bào biểu mô vảy, biểu mô tuyến hoặc các tế bào của mô đệm. Tuy nhiên, hầu hết các ung thư cổ tử cung là ung thư biểu mô, trong đó chủ yếu là ung thư biểu mô vảy.

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng

- Giai đoạn tại chỗ, vi xâm nhập: ở giai đoạn này, các triệu chứng cơ năng rất nghèo nàn. Khi khám cổ tử cung có thể thấy hình thái bình thường hoặc có vết loét trợt hoặc vùng trắng không điển hình hoặc tăng sinh mạch máu.

- Giai đoạn ung thư xâm nhập:

+ Ra máu âm đạo bất thường hay ra máu sau giao hợp.

+ Khám bằng mỏ vịt thường thấy khối sùi, dễ chảy máu khi chạm vào.

+ Giai đoạn muộn có thể thấy cổ tử cung biến dạng, có loét sâu hoặc cổ tử cung mất hẳn hình dạng.

+ Suy giảm sức khỏe toàn thân, đái máu, đái tiện ra máu, đau hông lưng...

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Soi cổ tử cung:

- Các hình ảnh bất thường: Vết trắng ẩn, vết trắng, chàm đậy, lát đá, vùng biểu mô không bắt màu lugol, mạch máu không điển hình.

- Nghi ngờ ung thư xâm lấn qua soi cổ tử cung: vùng loét, sùi, tổn thương loét sùi.

- Soi cổ tử cung không đạt: không thấy vùng chuyển tiếp giữa biểu mô lát và biểu mô trụ, viêm nhiễm nặng, cổ tử cung không thể nhìn thấy do âm đạo hẹp. Các tổn thương nghi ngờ khi soi cổ tử cung cần được bấm sinh thiết làm mô bệnh học.

2.2.2. Chẩn đoán tế bào học phụ khoa: Papanicolaou (Pap) thông thường

2.2.3. Sinh thiết cổ tử cung:

Sau khi soi cổ tử cung và xác định có tổn thương nghi ngờ hoặc có kết quả tế bào không bình thường. Sinh thiết hai mảnh: một mảnh ở ranh giới lát - trụ, một mảnh ở chính giữa tổn thương. Nếu nghi ngờ tổn thương trong ống cổ tử cung thì dùng thìa nạo sinh thiết. Khi các tổn thương nằm hoàn toàn trong cổ tử cung → Khoét chóp cổ tử cung.

2.2.4. Chẩn đoán hình ảnh:

Để đánh giá đầy đủ và chính xác mức độ lan tràn của ung thư cổ tử cung có thể chỉ định một số xét nghiệm sau: chụp MRI, PET CT

2.3. Chẩn đoán xác định

- Ung thư tại chỗ và vi xâm lấn: Dựa vào phiên đồ âm đạo kết hợp soi và sinh thiết cổ tử cung hoặc nạo ống cổ tử cung, LEEP hoặc khoét chóp cổ tử cung.

- Giai đoạn muộn: dựa vào triệu chứng lâm sàng và kết quả sinh thiết.

3. Điều trị

Chuyên tuyến trên điều trị

Tài liệu tham khảo

Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 178-183

UNG THƯ NIÊM MẠC TỬ CUNG

1. Định nghĩa

Ung thư biểu mô nội mạc tử cung là u biểu mô ác tính nguyên phát từ biểu mô nội mạc tử cung, thường biệt hóa dạng tuyến, nó có khả năng xâm nhập lớp cơ và lan đến những nơi xa.

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng

- Ra máu âm đạo bất thường ở phụ nữ đã mãn kinh hoặc rong kinh, rong huyết ở phụ nữ tiền mãn kinh hoặc còn kinh, triệu chứng này hay gặp khoảng 80%.
- Chảy dịch hôi âm đạo có thể gặp khoảng 30% các người bệnh. Chảy dịch thường do nhiễm khuẩn, máu lẫn chất hoại tử tạo mùi hôi.
- Đau vùng hạ vị thường xuất hiện muộn khi khối u đã lan tràn hoặc xâm lấn vào các bộ phận khác trong ổ chậu, triệu chứng này có thể gặp khoảng 20,4%.
- Các dấu hiệu thăm khám lâm sàng thường ít thấy. Đặt mỏ vịt chẩn đoán loại trừ trường hợp ra máu từ cổ tử cung. Nếu người bệnh đến ở giai đoạn muộn có thể thấy thân tử cung to, hoặc có xâm lấn cổ tử cung, âm đạo hay có dấu hiệu di căn xa.

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: Siêu âm, đặc biệt là siêu âm đầu dò âm đạo được sử dụng đánh giá ban đầu với những người bệnh nghi ngờ ung thư nội mạc tử cung. Siêu âm cho phép nhận biết chiều dày bất thường của nội mạc tử cung, độ xâm lấn u.
- Chụp MRI: cho phép đánh giá chẩn đoán u tại chỗ và các mức độ xâm nhập u cũng như những tổn thương nghi ngờ di căn.
- Sinh thiết nội mạc tử cung: sinh thiết nội mạc tử cung là yêu cầu bắt buộc trong chẩn đoán ung thư nội mạc tử cung. Nhằm đánh giá tổn thương là lành tính hay ác tính và độ mô học, tít mô bệnh học và ung thư nguyên phát ở nội mạc tử cung hay của cổ tử cung.
- Soi buồng tử cung :soi buồng tử cung cho phép nhìn thấy tổn thương, xác định mức độ lan rộng bề mặt và định hướng cho sinh thiết đúng vị trí tổn thương để chẩn đoán mô bệnh học.

2.3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào chẩn đoán sinh thiết niêm mạc tử cung.

3. Điều trị

Chuyên tuyến trên điều trị

Tài liệu tham khảo

Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 183-186

RONG KINH RONG HUYẾT

1. Định nghĩa

- Chảy máu bất thường từ niêm mạc tử cung, thường được gọi là rong kinh –rong huyết , là một vấn đề thường gặp trong lâm sàng phụ khoa với rất nhiều nguyên nhân khác nhau..
- Rong kinh là hiện tượng ra máu từ đường sinh dục kéo dài quá 7 ngày, có chu kỳ.
- Rong huyết là hiện tượng ra máu từ đường sinh dục kéo dài trên 7 ngày, không có chu kỳ.

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng

Khai thác bệnh sử: tần suất, thời gian và lượng kinh, xác định chảy máu có chu kỳ hay không.

2.2. Cận lâm sàng

Tùy theo từng tình huống để chỉ định xác xét nghiệm, thăm dò phù hợp:

- Công thức máu.
- Test thử thai đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.
- Tế bào cổ tử cung
- Siêu âm phụ khoa
- Xét nghiệm nội tiết tố phụ khoa: estrogen, progesteron, FSH, LH, prolactin.
- Xét nghiệm dịch âm đạo
- Nạo sinh thiết từng phần ống cổ tử cung và niêm mạc tử cung.

2.3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào kết quả khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng.

2.4. Chẩn đoán phân loại

2.4.1. Rong kinh, rong huyết tuổi trẻ

- Kinh nguyệt kéo dài, thường là máu tươi, xảy ra sau một vòng kinh dài (chậm kinh).
- Toàn trạng thiếu máu.
- Khám thực thể nhiều khi tử cung to mềm, cổ tử cung hé mở (cần phân biệt với sảy thai)

2.4.2. Rong kinh, rong huyết tiền mãn kinh

2.4.3. Cường kinh (kinh nhiều)

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

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

2.4.4. Rong kinh do chảy máu trước kinh

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

2.4.5. Rong kinh do chảy máu sau kinh

- Thực thể: khá thường gặp, có thể do viêm niêm mạc tử cung, u xơ tử cung, polyp buồng tử cung, u ác tính trong buồng tử cung.
- Cơ năng: có thể do niêm mạc tử cung có những vùng bong chậm hoặc những vùng tái tạo chậm.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc chung, mục tiêu điều trị

Điều trị rong kinh rong huyết bao gồm điều trị nguyên nhân (nếu có), làm ngừng tình trạng ra máu từ niêm mạc tử cung, tái lập chu kỳ kinh bình thường (nếu người phụ nữ nằm trong độ tuổi sinh đẻ) và điều trị hỗ trợ, nâng cao thể trạng.

3.2. Điều trị cụ thể một số rong kinh rong huyết thường gặp

3.2.1. Rong kinh, rong huyết tuổi trẻ

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

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

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

Có thể cho thuốc kích thích phóng noãn như clomifen.

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

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

3.2.2. Rong kinh, rong huyết tiền mãn kinh

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

+ Cầm máu nhanh (đỡ mất máu).

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

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

Ngày nạo được tính là ngày đầu tiên của kỳ kinh tới.

Thông thường cho progestin từ ngày thứ 16 của vòng kinh, mỗi ngày 10mg, uống trong 10 ngày, uống trong 3 vòng kinh liền.

3.2.3. Rong kinh, rong huyết tuổi sinh đẻ (18 - 45 tuổi)

- Cường kinh (kinh nhiều)

+ Trẻ tuổi:

Tử cung co bóp kém: thuốc co tử cung.

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

+ Lớn tuổi:

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

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

- Rong kinh do chảy máu trước kinh :

Trên 35 tuổi: nạo niêm mạc tử cung.

Thuốc: progestin hoặc thuốc uống tránh thai nửa sau vòng kinh.

- Rong kinh do chảy máu sau kinh

Trước hết phải loại trừ nguyên nhân thực thể.

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

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

Tài liệu tham khảo

Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 105-200

MÃN KINH – TIỀN MÃN KINH

1. Khái niệm

Tiền mãn kinh - mãn kinh là hiện tượng sinh lý bình thường của người phụ nữ xảy ra khi nồng độ estrogen giảm. Tuổi mãn kinh bao gồm thời kỳ trước, trong và sau mãn kinh.

Tuổi mãn kinh trung bình từ 48 - 52 tuổi. Nếu mãn kinh trước 40 tuổi gọi là mãn kinh sớm, và nếu sau 55 tuổi gọi là mãn kinh muộn.

Mãn kinh được chẩn đoán chủ yếu dựa trên lâm sàng, khi một phụ nữ từ trước vẫn có kinh đều mỗi tháng lại tự nhiên ngừng, không có kinh trong 12 chu kỳ liên tiếp.

2. Tiền mãn kinh

Là giai đoạn kéo dài khoảng 2 đến 5 năm trước khi kinh nguyệt dừng hẳn

2.1. Lâm sàng và chẩn đoán

Rối loạn kinh nguyệt dưới dạng chu kỳ kinh ngắn lại hay thưa, rong kinh, rong huyết, cường kinh

Xuất hiện hội chứng tiền kinh: tăng cân, lo âu, căng thẳng, đau vú...

Xét nghiệm nội tiết không có ý nghĩa vì thời kỳ này nội tiết đã trong tình trạng không ổn định

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng

2.2. Điều trị

- Thuốc ngừa thai kết hợp, đặc biệt loại thể hệ mới
- Progestins dùng trong 10 ngày mỗi tháng

3. Mãn kinh

Mãn kinh là khi người phụ nữ đã mất kinh liên tiếp 12 tháng

3.1. Triệu chứng thường gặp khi mãn kinh.

Tắt kinh: mất kinh liên tiếp 12 tháng.

Rối loạn vận mạch: cơn bốc nóng mặt, vã mồ hôi.

Triệu chứng thần kinh tâm lý: hồi hộp, mệt mỏi, khó chịu, mất ngủ, lo lắng, cáu gắt, trầm cảm, đau nhức xương khớp, có thể xuất hiện cơn đau nhức nửa đầu (migrain).

Triệu chứng tiết niệu - sinh dục: âm đạo khô teo, giao hợp đau, dễ bị viêm, khám âm đạo thấy niêm mạc mỏng, khô, nhợt nhạt, tử cung và cổ tử cung teo nhỏ. Niêm mạc tử cung mỏng, không còn có hiện tượng phân bào hay chế tiết, rất ít mạch máu, niêm mạc đường tiết niệu cũng teo mỏng, dễ nhiễm khuẩn tiết niệu, són tiểu hay đái dầm, tiểu không tự chủ.

3.2. Xét nghiệm cận lâm sàng

- Xét nghiệm định lượng FSH và estradiol, Cholesterol toàn phần, triglycerid, HDL, LDL, lipoprotein, chức năng gan, thận, điện tim, chụp vú.
- Sàng lọc ung thư cổ tử cung, nội mạc tử cung bằng tế bào âm đạo - cổ tử cung, soi cổ tử cung, nạo sinh thiết niêm mạc tử cung, đo mật độ xương.

3.3. Chẩn đoán.

- Ở một phụ nữ từ 45 - 52 tuổi đang hành kinh, tự nhiên không có kinh 12 tháng liên tiếp, có một số triệu chứng cơ năng của mãn kinh, có thể nghĩ đến hội chứng mãn kinh.

3.4. Điều trị: nội tiết và tư vấn cho người bệnh.

3.4.1. Nguyên tắc sử dụng nội tiết: liều thấp nhất có hiệu quả.

- Thời gian sử dụng tùy thuộc vào thể trạng và yêu cầu từng người.

- Phối hợp estrogen/progestogen nếu còn tử cung.
- Dễ giống với sinh lý, estrogen được dùng là estrogen tự nhiên hoặc gần giống với tự nhiên
- Hiện nay trên thị trường có nhiều loại thực phẩm chức năng gần giống với estrogen tự nhiên được sử dụng rộng rãi

3.4.2. Chống chỉ định sử dụng nội tiết.

- Có ung thư hay nghi ngờ ung thư
- Có thai hay nghi ngờ có thai.
- Có khối u liên quan đến nội tiết.
- Đã bị viêm tắc tĩnh mạch hay động mạch.
- Đang bị xuất huyết âm đạo bất thường chưa chẩn đoán được nguyên nhân.

3.4.3. Chế độ dinh dưỡng, sinh hoạt.

- Giữ tinh thần thanh thản, vui tươi, cảm thấy có ích cho gia đình và xã hội
- Cần có hoạt động chân tay kèm theo hoạt động trí tuệ.
- Dinh dưỡng theo khoa học
- Uống bổ sung các loại vitamine, vi khoáng, ăn nhẹ vào buổi tối
- Cung cấp thông tin về các triệu chứng cơ năng của tuổi mãn kinh và giải thích rõ nguyên nhân của các triệu chứng là những thay đổi nội tiết chứ không phải bệnh lý
- Cung cấp kiến thức về những bệnh lý mà tuổi mãn kinh thường gặp, cách dự phòng, chẩn đoán sớm và điều trị
- Cung cấp kiến thức về các biện pháp điều trị và dự phòng các triệu chứng và bệnh lý nói trên, phân tích rõ về hiệu quả cũng như các tác dụng phụ có thể có của các cách điều trị, đưa ra lịch theo dõi và thời gian cần điều trị đối với mỗi triệu chứng và bệnh lý
- Cần giải thích rõ các bệnh ung thư có thể xảy ra cho phụ nữ tuổi mãn kinh, cố gắng tập trung hướng dẫn làm các xét nghiệm để phát hiện sớm các loại ung thư ở phụ nữ cao tuổi như ung thư cổ tử cung, ung thư vú.

Tài liệu tham khảo

Bộ y tế - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa năm 2015, trang 201-209

NANG TUYẾN BARTHOLINE

1. Khái niệm

Nang tuyến Bartholine được hình thành do ống tuyến bị tắc nghẽn thường do viêm nhiễm bởi vi khuẩn, kể cả lậu cầu

2. Chẩn đoán

Sờ nắn vùng môi lớn thấy nang phình to, kích thước thay đổi từ vài cm đến chiếm toàn bộ môi lớn

Nang tuyến thường không gây đau gì cho bệnh nhân trừ khi bị áp xe hóa

3. Điều trị

Rạch nang tuyến, khâu viền miệng tuyến

Kháng sinh

4. Biến chứng

Nhiễm trùng

Khối máu tụ

Tái phát

Tài liệu tham khảo

Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh – Thực hành sản phụ khoa – năm 2007

CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG ĐƯỜNG SINH DỤC

1. Đại cương

Đề cập đến những chấn thương và vết thương đường sinh dục nữ do các tai nạn trong sinh hoạt, tai nạn giao thông, tai nạn trong các hoạt động thể dục thể thao, trong sinh hoạt vợ chồng....

2. Chẩn đoán

2.1 Chấn thương âm hộ- tầng sinh môn

Sau chấn thương bệnh nhân cảm thấy vùng âm hộ - tầng sinh môn đau nhiều hoặc có thể thấy ra máu đỏ tươi

Khám thấy âm hộ - tầng sinh môn sưng nề, tụ máu hoặc có vết rách

2.2 Rách âm đạo – cùng đồ

Thường gặp sau giao hợp

Bệnh nhân thấy đau và ra máu đỏ tươi nhiều khi đang quan hệ hoặc ngay sau khi quan hệ

Bệnh nhân có thể thấy choáng váng do mất máu

Khám âm đạo: có vết rách ở thành âm đạo hoặc cùng đồ tùy theo mức độ tổn thương

3. Điều trị

3.1 Chấn thương âm hộ - tầng sinh môn

Chăm sóc, vệ sinh âm hộ - tầng sinh môn

Kháng sinh, giảm đau

Xem xét có thể rạch thoát máu tụ

3.2 rách âm đạo – cùng đồ

Lập đường truyền hồi sức nếu có choáng

Đánh giá cẩn thận vết thương, phải thấy rõ đỉnh vết rách, khâu phục hồi cầm máu vết rách

Kháng sinh, giảm đau

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 tình , 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. Qui 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.

Tài liệu tham khảo

Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2011, trang 101

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 địa 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, trải khăn sạch dưới mông.
- Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.
- Kẹp cổ tử cung.
- Gây tê cạnh cổ tử cung.
- Đo buồng tử cung bằng ống hút.
- Nong cổ tử cung (nếu cần).
- Hút thai.
- Kiểm tra chất hút.
- Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành.
- Có thể đặt 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

- Ứ 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.

Tài liệu tham khảo

Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 372

PHÁ THAI TO

1. Chỉ định

Thai ngoài ý muốn < 22 tuần vô kinh, có nhu cầu bỏ thai

2. Chống chỉ định

- Đang mắc bệnh lý nội, ngoại khoa cấp tính
- Đang viêm nhiễm đường sinh dục
- Tiền sử dị ứng với Misoprostol
- Thận trọng với những trường hợp có sẹo mổ cũ ở tử cung

3. Kỹ thuật

3.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Khám toàn thân phát hiện bệnh lý nội, ngoại khoa
- Khám phụ khoa loại trừ chống chỉ định, điều trị bệnh phụ khoa nếu cần
- Tính tuổi thai dựa vào ngày kinh chót
- Siêu âm xác định tuổi thai, vị trí nhau
- Cam kết tự nguyện phá thai
- Xét nghiệm công thức máu, đông máu, nhóm máu, đo điện tim
- Một số xét nghiệm cần thiết khác

3.2 Tiến hành

Misoprostol 200mcg ngậm áp má hoặc đặt âm đạo

Lập lại mỗi 6 giờ. Tối đa 8 liều

Theo dõi mỗi 4 giờ: dấu hiệu sinh tồn, cơn co tử cung, độ xóa mở cổ tử cung

Sau 48 giờ nếu chưa chấm dứt thai kỳ, tùy tình trạng sẽ tăng co hoặc chuyển sang khởi phát bằng sond foley (xem bài các phương pháp gây chuyển dạ).

4. Tai biến

- Nhiễm trùng
- Chảy máu
- Vỡ tử cung
- Thủng tử cung, tổn thương các cơ quan lân cận do nạo gắp thai.

Tài liệu tham khảo

Bệnh viện Hùng Vương - Phác đồ điều trị năm 2005, trang 286

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.

Tài liệu tham khảo

Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2011, trang 123

ĐIỀU TRỊ SÓT NHAU/SÓT THAI

1. Định nghĩa

Sốt nhau/sốt thai là tình trạng còn sót lại mô nhau hoặc thai trong tử cung sau thủ thuật

2. Chẩn đoán

* Khám lâm sàng

Hỏi bệnh

- Thời điểm hút thai lần trước
- Nơi hút thai lần trước (tại viện hay ngoại viện)
- Tuổi thai hút lần trước

Thăm khám

- Tổng trạng: đánh giá tình trạng nhiễm trùng (sốt, đau bụng, dịch âm đạo hôi, môi khô, lưỡi bẩn...)
- Xác định tư thế và kích thước tử cung
- Xác định độ đau tử cung
- Đánh giá độ mở cổ tử cung
- Đánh giá mức độ ra huyết âm đạo

* Xét nghiệm cận lâm sàng

Siêu âm

- Xác định tình trạng sót nhau, sót thai
- Đánh giá mức độ sót nhau

Xét nghiệm

Công thức máu, CRP, β HCG (tuỳ trường hợp)

3. Điều trị

* Nội khoa

Chỉ định

- Ứ dịch lòng tử cung
- Nghi sót nhau kích thước nhỏ

Điều trị

- Oxytocin 5 đv 1-2 ống tiêm bắp x 3 ngày
- Hoặc Misoprostol 200mcg ngậm dưới lưỡi 2v x 2 lần/ngày X 2-3 ngày
- Kháng sinh ngừa nhiễm trùng

* Ngoại khoa

Chỉ định

Sốt thai, sót nhau hay ứ dịch lòng tử cung lượng nhiều

Điều trị

- Hút kiểm tra buồng tử cung
- Gửi giải phẫu bệnh mô sau hút
- Kháng sinh điều trị
- Thuốc tăng co hồi tử cung nếu cần

Tài liệu tham khảo

Bệnh viện Từ Dũ - Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2011, trang 121

**PHẦN IV: SƠ SINH
CHĂM SÓC THIẾT YẾU BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH
TRONG VÀ NGAY SAU SANH**

Quy trình chăm sóc thiết yếu gồm 6 bước

1/. Tiếp xúc da kề da ngay sau khi thai sỏ:

- Người đỡ đẻ rửa tay : trải 01 khăn lên bụng sản phụ, mang 02 găng tay.
- Khi Cổ tử cung mở trọn cho sản phụ rặn, sỏ thai xong đặt trẻ nằm nghiêng lên bụng sản phụ, nhanh chóng lau khô trong 5 giây, đánh giá nhanh Apgar trẻ, Apgar tốt không hút nhớt.
- Thông báo cho sản phụ ngày giờ, phút, giới tính của trẻ.
- Bỏ khăn đã lau, đặt trẻ nằm sấp tiếp xúc da kề da trên ngực mẹ, đầu trẻ nghiêng giữa 2 bầu vú, ngực trẻ áp vào ngực mẹ, tay và chân trẻ để 2 bên ngực mẹ, đắp khăn khô lên mình trẻ, đội mũ cho trẻ, hướng dẫn sản phụ ôm ấp và vuốt ve trẻ.

Lưu ý : Nếu trẻ Apgar thấp thì kẹp cắt rốn ngay chuyển qua bàn hồi sức và tiến hành hồi sức sơ sinh theo lưu đồ hồi sức sơ sinh.

2/. Tiêm oxytocin :

- Sờ nắn tử cung qua thành bụng để bảo đảm không còn thai trong tử cung
- Tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin cho sản phụ.

3/. Kẹp dây rốn muện và cắt dây rốn một thì :

- Nữ hộ sinh tháo bỏ đôi găng bản bên ngoài.
- Chờ cho rốn ngừng đập (Khoảng 1-3 phút) tiến hành kẹp cắt rốn một thì.
- Kẹp dây rốn bằng kẹp nhựa cách chân rốn 2cm, vuốt máu về phía mẹ, kẹp rốn thứ 2 bằng pen cách kẹp nhựa 3cm, Cắt rốn sát kẹp nhựa bằng kéo vô khuẩn (Không bôi hoặc đắp thứ gì lên chân rốn)

4/. Kéo dây rốn có kiểm soát:

- Người nữ hộ sinh đứng bên cạnh hoặc giữa 2 chân của sản phụ
- Đặt bàn tay lên bụng dưới của sản phụ để kiểm tra cơn co tử cung, chỉ khi có cơn co tử cung mới thực hiện kéo dây rốn
- Một tay cầm kẹp và dây rốn, giữ căng dây rốn, bàn tay còn lại đặt trên khớp vè, giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lại, trong khi tay cầm kẹp dây rốn kéo với một lực vừa phải theo hướng cơ chế đẻ, động tác này nhằm phòng lộn tử cung và đẻ nhau sỏ theo hướng cong của khung chậu.
- Khi bánh nhau đã ra đến âm hộ thì tay giữ nhau hạ thấp xuống cho trọng lượng bánh nhau bong ra theo, Nếu màng nhau không bong ra thì 2 tay người đỡ giữ bánh nhau xoay theo một chiều để màng nhau sỏ ra ngoài.
- Nếu kéo dây rốn trong 30-40 giây mà bánh nhau không tụt xuống thấp thì dừng lại không tiếp tục kéo nữa. Lúc này chỉ giữ dây rốn và chờ đến khi tử cung co bóp trở lại.
- Tiếp tục lập lại động tác kéo dây rốn vừa phải kết hợp với ấn ngược tử cung về phía xương ức khi có cơn co tử cung.
- Khi kéo thấy dây rốn dài ra, khó thao tác có thể cuộn dây rốn vào kẹp rốn cho dây rốn ngắn lại.

- **Lưu ý : Động tác kéo dây rốn không quá thô bạo, Không bao giờ kéo dây rốn mà không dùng tay đẩy ngược tử cung lên về phía xương ức.**

5/. Xoa đáy tử cung:

- Ngay lập tức sau sổ nhau ra ngoài phải xoa đáy tử cung qua thành bụng cho đến khi tử cung co chặt lại.
- Cứ 15 phút xoa đáy tử cung một lần trong 2 giờ đầu (Có thể hướng dẫn cho sản phụ hoặc gia đình hỗ trợ).

Lưu ý: Các bước tiếp theo như kiểm tra nhau hay phát hiện có chảy máu, phải tìm nguyên nhân chảy máu sau để kịp thời xử lý theo đúng phác đồ.

- Nếu sau 30 phút nhau không bong hoặc chảy máu nhiều thì cần bóc nhau nhân tạo ngay.

6/. Tư vấn, hướng dẫn và hỗ trợ bà mẹ cho con bú sớm :

- Quan sát trẻ, khi nào thấy dấu hiệu trẻ đòi ăn (mở miệng, chảy nước dãi, thè lưỡi, liếm...) hướng dẫn mẹ giúp trẻ hướng về phía vú, đưa môi dưới của trẻ vào phía dưới núm vú mẹ.
- Các dấu hiệu trẻ ngậm và bú tốt : Miệng mở rộng, môi dưới mở về phía ngoài, Cằm trẻ chạm vào vú, bú chậm, sâu và có khoảng nghỉ.

Tài liệu tham khảo

- Bộ y tế - Tài liệu hướng dẫn chuyên môn “Chăm sóc thiết yếu Bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ” theo quyết định 4673/QĐ-BYT ngày 10/11/2014.

CẤP CỨU BÉ SẶC 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 .

Tài liệu tham khảo

1. *Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 234*

2. *Bệnh viện Từ Dũ - Bài giảng chăm sóc, hồi sức sơ sinh và cấp cứu sản khoa năm 2011*

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 (Narcan 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

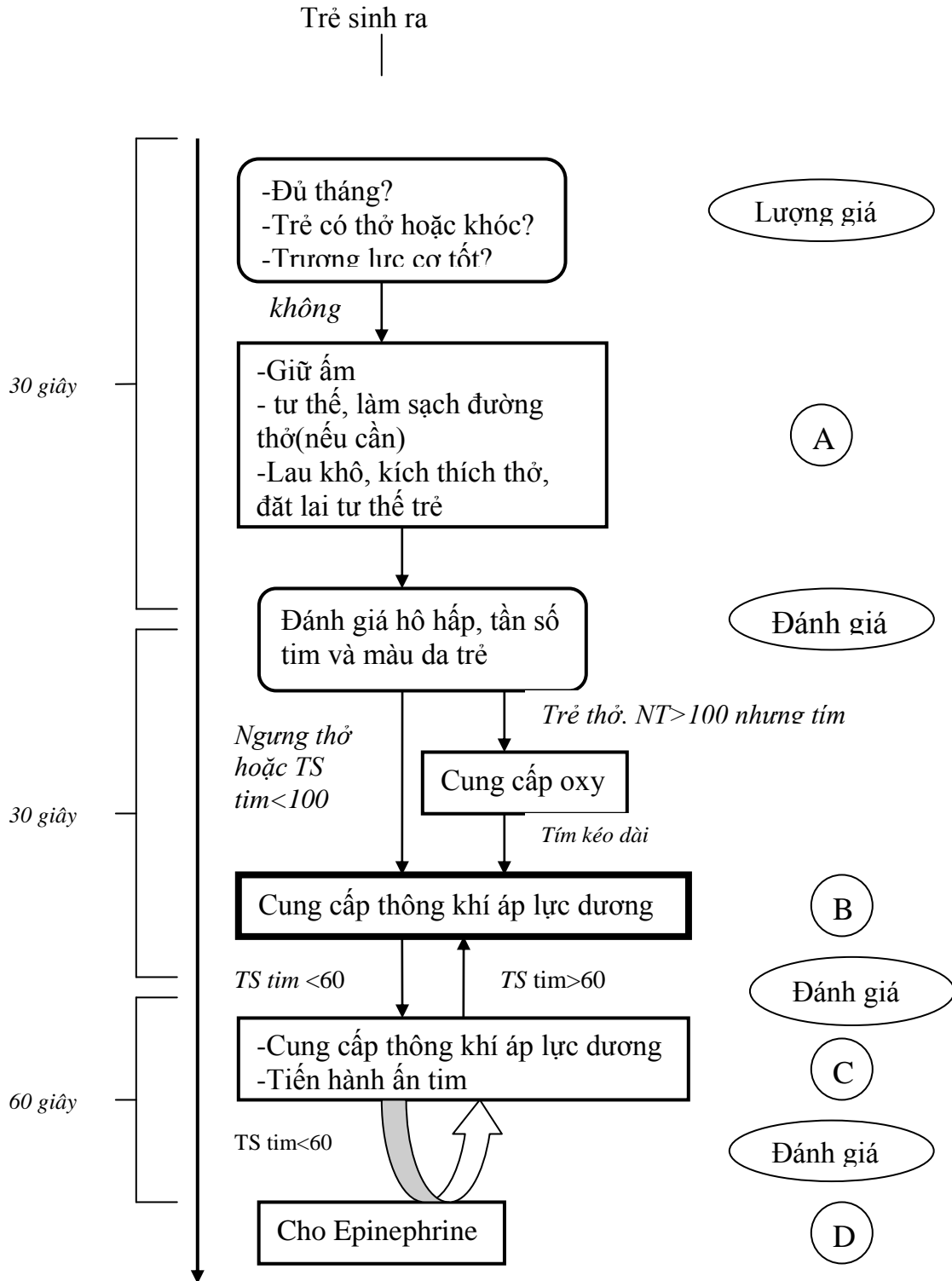
Liều 0,05- 0,5 ug/kg/phút TTM

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế - Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, trang 235

2. Bệnh viện Từ Dũ - Bài giảng chăm sóc, hồi sức sơ sinh và cấp cứu sản khoa năm 2011

LƯU ĐỒ HỒI SỨC SƠ SINH



Tài liệu tham khảo

Bệnh viện Từ Dũ - Bài giảng chăm sóc, hồi sức sơ sinh và cấp cứu sản khoa năm 2011

