

SỞ Y TẾ TỈNH AN GIANG
TRUNG TÂM Y TẾ HÀ TIÊN



**HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ
CHUYÊN NGÀNH SẢN PHỤ KHOA
CẬP NHẬT NĂM 2026**
(Lưu hành nội bộ)

MỤC LỤC

PHẦN SẢN KHOA	3
KHÁM THAI	3
CHUYÊN DẠ	7
ĐỒ ĐỂ THƯỜNG NGÔI CHỖM	11
ĐỌA ĐỂ NON VÀ ĐỂ NON	15
XỬ TRÍ THAI QUÁ NGÀY SINH	17
TẮC MẠCH ỎI	18
VỠ TỬ CUNG	21
BĂNG HUYẾT SAU SINH	24
NHAU BONG NON	28
SA DÂY RÓN	30
SUY THAI	31
NGÔI MÔNG	36
NGÔI BẤT THƯỜNG	38
CON TO	40
TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ	42
THIẾU ỎI	53
ỎI VỠ NON	55
NHIỄM TRÙNG ỎI	59
NHAU TIỀN ĐẠO	62
PHẦN PHỤ KHOA	65
U XƠ TỬ CUNG	65
U BUỒNG TRỨNG	67
XOẢN PHẦN PHỤ	69
NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO	72
VIÊM ÂM ĐẠO DO NẤM	73
ĐỌA SẤY THAI, SẤY THAI 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ	74
THAI NGOÀI TỬ CUNG	77
ÁP XE VÚ	81
CHĂM SÓC CHUNG HẬU PHẪU	84
XỬ TRÍ THAI NGỪNG TIẾN TRIỂN, SẤY THAI TAM CÁ NGUYỆT I	86
KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH	90
TƯ VẤN KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH	90
DỤNG CỤ TRÁNH THAI TRONG TỬ CUNG	93
THUỐC TIÊM TRÁNH THAI	102
BIỆN PHÁP TRÁNH THAI CHO BÚ VÔ KINH	107
SƠ SINH	109
VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN TỰ DO	109
SUY HÔ HẤP SƠ SINH	110

PHẦN SẢN KHOA

KHÁM THAI

I. LỊCH KHÁM THAI

- 3 tháng đầu (tính từ ngày đầu kinh cuối đến 13 tuần 6 ngày):
 - + Khám lần đầu: sau trễ kinh 2-3 tuần.
 - + Khám lần 2: lúc thai 11-13 tuần 6 ngày để đo độ mờ da gáy, xét nghiệm tiền sản.
- 3 tháng giữa (tính từ tuần 14 đến 28 tuần 6 ngày):
 - + Tuần 18-20: khám 1 lần.
 - + Tuần 20-28: 4 tuần khám 1 lần.
- 3 tháng cuối: (tính từ tuần 29 đến tuần 40) tái khám:
 - + Tuần 29-32: khám 1 lần.
 - + Tuần 33-35: 2 tuần khám 1 lần.
 - + Tuần 36-40: 1 tuần khám 1 lần.

Lưu ý:

- Lịch khám thai như trên áp dụng cho chăm sóc thường quy các thai kỳ đơn thai không kèm yếu tố nguy cơ.
- Lịch khám thai sẽ thay đổi tùy từng trường hợp cụ thể khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, ra nước, ra huyết...) hoặc khi thai kỳ có kèm các yếu tố nguy cơ.
- Hướng dẫn thai phụ về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và chích ngừa uốn ván rốn.
 - Bổ sung sắt, canxi và các vi chất khác:
 - + Cung cấp sắt và acid folic suốt thai kỳ.
 - + Sắt 30-60 mg/ngày uống lúc bụng đói.
 - + Acid folic 400-1000 mcg/ngày.
 - + Cung cấp canxi 1000-1500 mg/ngày.

II. KHÁM THAI TRONG 3 THÁNG ĐẦU (TỪ KHI CÓ THAI ĐẾN 13 TUẦN 6 NGÀY)

2.1. Mục đích

- Xác định có thai - tình trạng thai.
- Xác định tuổi thai - tính ngày dự sinh: tính ngày dự sinh theo kinh chót và siêu âm 3 tháng đầu:
 - Chênh lệch < 5 ngày: tính dự sinh theo kinh chót.
 - Chênh lệch \geq 5 ngày: tính dự sinh theo siêu âm (tuổi thai 7-8 tuần).

- Tính tuổi thai theo siêu âm theo Khuyến cáo của Hiệp hội sản phụ khoa Canada (SOGC), 2014:

+ Chiều dài đầu mông (CRL) ở quý 1: có giá trị nhất trong việc xác định tuổi thai và nên thực hiện bất cứ lúc nào khi quan sát được phôi/thai trong quý 1.

+ Nếu sản phụ siêu âm nhiều lần trong quý 1: chọn kết quả siêu âm tối thiểu gần với thời điểm 7 tuần nhất (CRL = 10 mm) để tính tuổi thai.

+ Thai 12-14 tuần, CRL và đường kính lưỡng đỉnh (BPD) có độ chính xác tương đương nhau trong việc xác định tuổi thai, nên sử dụng CRL lớn nhất là 84 mm, nếu CRL > 84 mm nên sử dụng BPD.

+ Nếu sử dụng siêu âm quý 2 hoặc quý 3 có thể xác định tuổi thai: cần tổng hợp các thông số sinh học (BPD, chu vi đầu (HC), chu vi bụng (AC) và chiều dài xương đùi (FL)) để xác định tuổi thai.

Đánh giá sức khỏe của mẹ: bệnh lý nội, ngoại khoa và thai nghén.

2.2. Các việc cần làm

a) Hỏi bệnh

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

b) Khám tổng quát: cân nặng, mạch, huyết áp, tim phổi.

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

d) Tầm soát một số bệnh lý: cho thai (lệch bội nhiễm sắc thể...) và cho mẹ (thiếu máu tán huyết di truyền, tiền sản giật, ...)

2.3. Cận lâm sàng

- Tư vấn xét nghiệm máu (khi xác định có tim thai qua siêu âm):
- + Huyết đồ, HBsAg, VDRL, HIV, đường huyết khi đói.
- + Nhóm máu, Rhesus.
- + Tư vấn xét nghiệm Rubella: IgM, IgG; với trường hợp tiền sử sẩy thai liên tiếp xét nghiệm thêm: CMV, Toxoplasma.
- Nước tiểu: 10 thông số.
- Siêu âm (lần 1): bắt buộc, để xác định:
- + Vị trí thai: thai trong hoặc thai ngoài tử cung.
- + Tuổi thai.
- + Dấu sinh tồn của thai: có tim thai chưa?
- + Tình trạng thai: thai trứng, đa thai, dọa sẩy thai, thai lưu,...

- Siêu âm đo độ mờ gáy (thai 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày), siêu âm Doppler màu đo chỉ số xung (PI) động mạch tử cung (nếu có điều kiện).

- Xét nghiệm Combined test (sau khi đo độ mờ gáy) và tư vấn xét nghiệm máu PIGF (nếu có điều kiện).

- Tiêm VAT: 2 lần cách nhau 1 tháng.

Lịch tiêm VAT /thai phụ

- VAT 1: càng sớm càng tốt.

- VAT 2: cách VAT 1 tối thiểu 1 tháng (≥ 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.

III. KHÁM THAI TRONG 3 THÁNG GIỮA (TỪ 14 ĐẾN 28 TUẦN 6 NGÀY)

3.1. Các việc cần làm

a) Theo dõi sự phát triển của thai: đo bề cao tử cung, nghe tim thai.

b) Phát hiện những bất thường của thai kỳ: đa ối, đa thai, nhau tiền đạo, tiền sản giật,...tư vấn khám tuyến trên khi có kết quả xét nghiệm sàng lọc thuộc nhóm nguy cơ cao hoặc siêu âm thai có phát hiện bất thường.

c) Phát hiện các bất thường của mẹ:

- Hở eo tử cung: dựa vào tiền căn, lâm sàng và siêu âm.

- Tiền sản giật: huyết áp cao, protein niệu.

- Dọa sảy thai to hoặc dọa sinh non.

d) Hướng dẫn về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và chích ngừa uốn ván rôn.

3.2. Cận lâm sàng

- Tư vấn làm nghiệm pháp dung nạp đường ở tuổi thai từ 24-28 tuần tầm soát đái tháo đường thai kỳ.

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

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

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

IV. KHÁM THAI TRONG 3 THÁNG CUỐI (TỪ 29 ĐẾN 40 TUẦN)

4.1. Các việc cần làm

Ngày ban hành 15/12/2025

a) Ngoài những phần khám tương tự 3 tháng giữa thai kỳ, từ tuần 36 trở đi cần xác định thêm:

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

b) Hướng dẫn sản phụ

- Đếm cử động thai.

Lưu ý các triệu chứng bất thường:

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

c) Tư vấn thai phụ phù hợp với tình trạng thai.

d) Phân loại thai kỳ nguy cơ cao tư vấn tuyến điều trị phù hợp.

4.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm.

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

Tư vấn siêu âm màu (thai ≥ 28 tuần) khi:

+ Nghi ngờ thai chậm tăng trưởng trong tử cung (mẹ tăng cân chậm, bề cao tử cung không tăng, các số đo sinh học thai nhi không tăng sau 2 tuần).

- + Tăng huyết áp thai kỳ.
- + Song thai một bánh nhau.
- + Đái tháo đường thai kỳ.
- + Bất thường hình thái thai có nguy cơ gây chậm tăng trưởng thai.
- + Mạch máu tiền đạo, dây rốn bám rìa.

Lặp lại sau mỗi 2 tuần hoặc khi có chỉ định.

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

- Tư vấn xét nghiệm tầm soát liên cầu khuẩn nhóm B (GBS – Group B Streptococcus): đối với thai từ 36-37 tuần 6 ngày (đối với đơn thai), thai 32-34 tuần (đối với đa thai).

Một số lưu ý chung

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

- Có thể siêu âm nhiều lần hơn nếu cần.
- Những xét nghiệm chuyên biệt được chỉ định theo y lệnh bác sĩ: bệnh tim, bệnh thận, tuyến giáp...
- Tư vấn chuyển tuyến trên khâu vòng cổ tử cung dự phòng: thai từ 13-20 tuần.
- Thời điểm nhập viện trong trường hợp thai quá ngày dự sinh: nếu sức khỏe mẹ và thai ổn định: nhập viện khi thai ≥ 40 tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

CHUYỂN DẠ

Chuyển dạ là một loạt hiện tượng diễn ra ở người có thai trong giai đoạn cuối làm cho thai và bánh rau được đưa ra khỏi buồng tử cung qua đường âm đạo. Chẩn đoán chuyển dạ không chính xác có thể dẫn đến sự lo lắng hoặc can thiệp không cần thiết.

I. TRIỆU CHỨNG CHUYỂN DẠ.

- Đau bụng từng cơn do co bóp tử cung tăng dần, tần số đạt 3 cơn trong 10 phút, mỗi cơn kéo dài trên 20 giây
- Sản phụ thấy ra dịch nhầy có máu ở âm đạo.
- Cổ tử cung xóa hết hoặc gần hết và đã mở từ 2 cm trở lên.
- Thành lập đầu ối.

II. KHÁM CHẨN ĐOÁN CHUYỂN DẠ.

2.1. Hỏi.

- Tiền sử: cá nhân, gia đình, tiền sử sản phụ khoa.
- Tình hình kỳ thai này:
 - + Kinh cuối cùng.
 - + Diễn biến quá trình thai nghén. Kết quả các lần khám thai.
- Dấu hiệu chuyển dạ: tính chất của đau bụng, ra nhầy hồng...

2.2. Khám toàn thân.

- Đo chiều cao, cân nặng, đếm mạch, đo huyết áp, đo thân nhiệt, nghe tim phổi, khám phù, da-niêm mạc, quan sát toàn bộ (thể trạng, cao, lùn, thọt...). Đặc biệt chú ý người đẻ con so hay đẻ con rạ nhưng lần đẻ trước con bé, đẻ khó...

2.3. Khám sản khoa.

- Quan sát bụng to hay nhỏ, tư thế tử cung.
- Đo chiều cao tử cung, vòng bụng.

- Sờ nắn bụng xem ngôi thai.
- Nghe tim thai.
- Đo con co tử cung.
- Đo và đánh giá khung chậu ngoài
- Thăm âm đạo đánh giá tình trạng:
- Ngôi, thế, kiểu thế và mức độ tiến triển của ngôi thai.
- Tình trạng đầu ối (đã thành lập chưa, phòng hay dẹt).

Phân biệt chuyển dạ thật và chuyển dạ giả

	Chuyển dạ thật	Chuyển dạ giả
Cơn co tử cung	Tiến triển tăng dần theo quá trình chuyển dạ: đều đặn, mỗi lúc một mạnh lên, dài ra và mau hơn. Cơn co gây đau.	Cơn co tử cung thất thường, không đều, không tăng lên rõ rệt về tần số và cường độ. Cơn co không gây đau.
Xóa mở cổ tử cung	Cổ tử cung biến đổi, mở rộng dần theo quá trình chuyển dạ.	Cổ tử cung hầu như không tiến triển sau một thời gian theo dõi.
Đầu ối	Đã thành lập.	Chưa thành lập

2.4. Xử trí.

Nếu đã chuyển dạ: cho sản phụ nhập viện, theo dõi chuyển dạ cho đến khi đẻ (xem bài “Theo dõi chuyển dạ đẻ thường”).

Nếu chưa rõ chuyển dạ:

- + Cho về nhà nếu thai nghén bình thường.
- + Chuyển tuyến trên nếu thai nghén có nguy cơ cao, nặng

III. THEO DÕI CHUYỂN DẠ ĐẸ THƯỜNG

3.1. Các nguyên tắc chăm sóc trong khi chuyển dạ.

- Cuộc chuyển dạ phải được theo dõi bằng biểu đồ chuyển dạ, ghi và phân tích biểu đồ, phát hiện các yếu tố bất thường để kịp thời xử trí (thuốc, thủ thuật, phẫu thuật hay chuyển tuyến), đảm bảo an toàn cho mẹ và con.

- Khi đỡ đẻ, đỡ rau, kiểm tra rau, chăm sóc rốn sơ sinh phải thao tác đúng qui trình. Một số trường hợp phải bóc rau nhân tạo, kiểm soát tử cung, khâu tầng sinh môn cũng phải thao tác đúng qui trình và đảm bảo vô khuẩn.

- Trong khi theo dõi quá trình chuyển dạ, cán bộ y tế cần động viên, hỗ trợ về tinh thần cho sản phụ.

3.2. Theo dõi trong quá trình chuyển dạ.

3.2.1. Với cuộc chuyển dạ đẻ bình thường.

Theo dõi toàn thân.

- Mạch

+ Trong chuyển dạ bắt mạch 4 giờ/lần, ngay sau đẻ phải đếm mạch, ghi lại trong hồ sơ rồi sau đó cứ 15 phút/lần trong giờ đầu, 30 phút/lần trong giờ thứ hai và 1 giờ/lần trong 4 giờ tiếp theo.

+ Bình thường mạch 70-80 lần/phút, mạch nhanh >100 lần/phút hoặc chậm <60 lần/phút, tuyến xã phải hồi sức rồi chuyển tuyến gần nhất. Các tuyến trên phải khám, tìm nguyên nhân để xử trí.

- Huyết áp

+ Đo huyết áp: trong chuyển dạ 4 giờ/lần, ngay sau đẻ phải đo huyết áp để ghi lại trong hồ sơ, sau đó 1 giờ/lần trong 2 giờ đầu; phải đo huyết áp thường xuyên khi có chảy máu hoặc mạch nhanh.

- Thân nhiệt

+ Đo thân nhiệt 4 giờ/lần.

+ Bình thường < 37°C. Khi nhiệt độ > 38°C, giảm nhiệt độ bằng các phương tiện đơn giản (ví dụ chườm mát...),

+ Cho sản phụ uống đủ nước.

+ Quan sát diễn biến toàn trạng: nếu bà mẹ mệt lả, kiệt sức, vật vã, khó thở cần có xử trí thích hợp

Theo dõi cơn co tử cung.

- Theo dõi độ dài một cơn co và khoảng cách giữa 2 cơn co.

- Trong pha tiềm tàng đo 6 – 8 giờ/lần trong 10 phút, pha tích cực 30 phút/lần trong 10 phút. Cơn co tử cung quá dài (> 60 giây) hoặc rối loạn (tần số < 2 hoặc > 4) phải tìm nguyên nhân gây rối loạn cơn co để có thái độ xử trí thích hợp.

Theo dõi nhịp tim thai.

- Nghe tim thai ít nhất 6 – 8 giờ/lần ở pha tiềm tàng, 30 phút/lần ở pha tích cực. Nghe tim thai trước và sau vỡ ối hay khi bầm ối.

- Thời điểm nghe tim thai là sau khi hết cơn co tử cung. Đến giai đoạn rặn đẻ nghe tim thai sau mỗi cơn rặn.

- Đếm nhịp tim thai trong 1 phút, nhận xét nhịp tim thai có đều hay không.

- Nhịp tim thai trung bình từ 120-160 lần/phút. Nếu nhịp tim thai trên 160 lần/phút hoặc dưới 120 lần/phút hoặc không đều, phải tìm nguyên nhân để xử trí.

Theo dõi tình trạng ối.

- Nhận xét tình trạng ối mỗi lần thăm âm đạo (4 giờ/lần) và khi ối vỡ.

- Bình thường đầu ối dẹt, nước ối có thể trong hay trắng đục.

- Nếu nước ối màu xanh, màu đỏ hoặc nâu đen, hôi, đa ối, thiếu ối tìm nguyên nhân để xử trí thích hợp.

- Nếu ối vỡ non, ối vỡ sớm trên 6 giờ chưa đẻ, cho kháng sinh.

Theo dõi mức độ xóa mở cổ tử cung.

- Thăm âm đạo 4 giờ/lần, khi ối vỡ và khi quyết định cho sản phụ rặn. Trường hợp cuộc chuyển dạ tiến triển nhanh, có thể thăm âm đạo để đánh giá cổ tử cung, độ lọt của ngôi. Cần hạn chế thăm âm đạo để tránh nhiễm khuẩn.

- Pha tiềm tàng kéo dài 8 giờ (từ khi cổ tử cung xóa đến mở 3 cm).

- Pha tích cực kéo dài tối đa 7 giờ (từ khi cổ tử cung mở 3 cm đến 10 cm).

- Bình thường cổ tử cung mềm, mỏng, không phù nề. Đường biểu diễn cổ tử cung trên biểu đồ chuyển dạ luôn ở bên trái đường báo động.

- Nếu cổ tử cung không tiến triển, phù nề, đường biểu diễn cổ tử cung chuyển sang bên phải đường báo động hoặc cổ tử cung mở hết mà đầu không lọt hội chẩn phẫu thuật.

Theo dõi mức độ tiến triển của ngôi thai

- Phải đánh giá mức độ tiến triển của đầu thai nhi bằng cách nắn ngoài thành bụng và thăm âm đạo. Có 4 mức: đầu cao lỏng, đầu chúc, đầu chặt và đầu lọt. Khi đầu đã lọt, có 3 mức: lọt cao, lọt trung bình và lọt thấp.

- Ghi độ lọt vào biểu đồ chuyển dạ. Phát hiện sớm chuyển dạ đình trệ kịp thời xử trí.

Tóm tắt các yếu tố cần theo dõi

Yếu tố	Pha tiềm tàng	Pha tích cực
Các chỉ số sinh tồn (mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở)	4 giờ/lần	4 giờ/lần
Tim thai	1 giờ/lần	30 phút/lần
Cơn co tử cung	1 giờ/lần	30 phút/lần
Tình trạng ối	4 giờ/lần	2 giờ/lần
Độ lọt của ngôi	1 giờ/lần	30 phút/lần
Độ mở cổ tử cung	4 giờ/lần	2 giờ/lần

3.3.2. Cuộc chuyển dạ có dấu hiệu bất thường.

- Trong quá trình theo dõi chuyển dạ, khi phát hiện có dấu hiệu bất thường cần chuyển tuyến có khả năng điều trị phù hợp.

- Khi theo dõi, trong và sau mỗi lần thăm khám, người hộ sinh phải thông báo cho sản phụ biết tình hình cuộc chuyển dạ lúc đó để họ yên tâm.

3.3. Với cuộc chuyển dạ ở sản phụ nhiễm HIV

- Cân nhắc các yếu tố tiên lượng cuộc chuyển dạ, quyết định phương cách đẻ. Hạn chế tối đa các thủ thuật Forceps, giác hút, lấy máu da đầu trẻ.

- Giữ đầu ối đến cùng, chỉ cắt tầng sinh môn khi đầu lọt thấp.

- Can thiệp thuốc kháng virus HIV cho sản phụ và trẻ sơ sinh theo phác đồ hiện hành của Bộ Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.

ĐỠ ĐẸ THƯỜNG NGÔI CHỖM

I. ĐỊNH NGHĨA

Đỡ đẻ thường ngôi chỏm là thủ thuật tác động vào thì sổ thai để giúp cuộc đẻ được an toàn theo đường âm đạo, không cần can thiệp (trừ trường hợp cắt tầng sinh môn).

II. CHỈ ĐỊNH

Thai ngôi chỏm, đầu đã lọt thắp, thập thò ở âm hộ và chuẩn bị sổ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thai không có khả năng đẻ được theo đường dưới.
- Ngôi chỏm chưa lọt.

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Phương tiện

- Bộ dụng cụ đỡ đẻ và bộ khăn vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ cắt, khâu tầng sinh môn.
- Khăn, bông, băng, gạc hấp, chỉ khâu, kim khâu, kẹp rôn vô khuẩn.
- Thuốc oxyocin 10 đơn vị lấy sẵn trong bơm tiêm.
- Dụng cụ để hút nhót và hồi sức sơ sinh (máy hút, ống hút, bóng và mặt nạ sơ sinh).
- Thông tiểu.

4.2. Sản phụ.

- Được động viên, hướng dẫn cách thở, cách rặn và thư giãn ngoài cơn rặn.
- Được hướng dẫn đi đại tiện hoặc thụt tháo phân lúc mới bắt đầu chuyên dạ và tiểu tiện khi sắp đẻ. Nếu có cầu bàng quang mà không tự tiểu được thì thông tiểu.
- Rửa vùng sinh dục ngoài bằng nước sạch.
- Sát khuẩn rộng vùng sinh dục và bẹn, đùi.
- Trải 1 khăn vô khuẩn lên bụng sản phụ để đón bé.

4.3. Tư thế sản phụ.

- Nằm ngửa trên bàn đẻ, nâng giường đẻ lên để có tư thế nửa nằm nửa ngồi, đầu cao, hai tay nắm vào hai thành bàn đẻ, hai đùi giang rộng, mông sát mép bàn, hai cẳng chân gác trên hai cọc chống giữ chân.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Nguyên tắc

Ngày ban hành 15/12/2025

- Người đỡ đẻ phải tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn trong khi đỡ đẻ, phải kiên nhẫn chờ đợi, hướng dẫn sản phụ rặn khi cổ tử cung mở hết và có cơn co tử cung, không được nong cổ tử cung và âm đạo, không được đẩy bụng sản phụ.

- Ổ thì lọt, xuống và xoay không can thiệp, chỉ theo dõi cơn co tử cung, tim thai, độ xóa mờ cổ tử cung, độ lọt, khi cổ tử cung mở hết đầu lọt thấp mới cho sản phụ rặn.

Thời gian rặn tối đa ở người con so là 60 phút.

5.2. Người đỡ đẻ chỉ bắt đầu đỡ khi có đủ các điều kiện sau

- Cổ tử cung mở hết.

- Ổi đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ối).

- Ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm tăng sinh môn căng giãn, hậu môn loe rộng.

- Hướng dẫn cho sản phụ chỉ rặn khi có cảm giác mót rặn cùng với sự xuất hiện của cơn co tử cung.

5.3. Các thao tác đỡ đẻ gồm có

5.3.1. Đỡ đầu

Sở kiểu chằm vệ.

- Giúp đầu cúi tốt: ấn nhẹ nhàng vào vùng chằm trong mỗi cơn co tử cung.

- Nếu cần thì cắt tầng sinh môn ở vị trí 5 giờ hoặc 7 giờ, vào lúc tầng sinh môn giãn căng.

- Khi hạ chằm tì dưới khớp vệ: sản phụ ngừng rặn, một tay giữ tầng sinh môn, một tay đẩy vào vùng trán ngược lên trên, giúp đầu ngửa dần, mắt, mũi, miệng, cằm sẽ lần lượt sổ ra ngoài.

Sở kiểu chằm cùng.

- Khi đỡ đầu vì ngôi chồm sở kiểu chằm cùng mặt thai ngửa lên phía xương mu người mẹ nên phải giúp đầu cúi bằng cách dùng đầu ngón tay ấn vào đầu thai từ dưới lên.

- Khi hạ chằm của thai ra đến mép sau âm hộ thì cho đầu thai ngửa dần ra sau để lộ các phần trán, mắt, mũi, cằm.

- Khi đầu đã sổ hoàn toàn chờ cho đầu tự quay về phía nào sẽ giúp thai quay hẳn sang bên đó (trái hoặc phải ngang).

5.3.2. Đỡ vai

- Quan sát xem đầu thai có xu hướng quay về bên nào thì giúp cho chằm quay về bên đó (chằm trái-ngang hoặc chằm phải-ngang), kiểm tra dây rốn nếu quấn cổ: gỡ hoặc cắt (khi chặt không gỡ được).

- Hai bàn tay ôm đầu thai nhi ở hai bên đỉnh thái dương, kéo thai xuống theo trục rốn-cụt để vai trước sổ trước. Khi bờ dưới cơ delta tì dưới khớp vệ thì một tay giữ đầu (cổ nằm giữa khe hai ngón cái và trỏ) tay kia giữ tầng sinh môn, nhắc thai lên

phía trên và cho sỏ vai sau. Ở thì này dễ rách tầng sinh môn, vì vậy phải giữ tầng sinh môn tốt và cho vai sỏ từ từ.

5.3.3. Đỡ thân, mông và chi

- Khi đã sỏ xong hai vai, bỏ tay giữ tầng sinh môn để thân thai nhi sỏ và khi thân ra ngoài thì bắt lấy hai bàn chân,

5.4. Tiếp xúc da kề da ngay sau đẻ

Sau khi thai sỏ, đánh giá nhanh tình trạng trẻ. Nếu trẻ khóc hoặc trương lực cơ tốt thì đặt trẻ lên bụng mẹ.

- Nhanh chóng, vừa lau khô trẻ theo trình tự (lau mắt, mặt, đầu, ngực, bụng, tay, chân, mông...) vừa đánh giá nhanh toàn trạng chung của trẻ theo thường qui.

- Bỏ khăn đã lau khô cho trẻ

- Đặt trẻ nằm sấp tiếp xúc da kề da trên bụng mẹ, đầu nằm nghiêng giữa hai bầu vú, ngực áp vào ngực mẹ, tay để sang hai bên. Dùng 1 khăn khô, sạch để che lưng cho trẻ. Đội mũ cho trẻ. Nếu trời lạnh có thể dùng thêm áo ấm của mẹ hoặc khăn bông ấm đắp bên ngoài cho cả mẹ và con.

- Hướng dẫn và hỗ trợ người mẹ ôm ấp, vuốt ve trẻ.

Chú ý: Chỉ kẹp cắt rốn ngay nếu trẻ cần phải hồi sức

5.5. Tiêm Oxytocin

- Sau khi đặt trẻ lên bụng mẹ, cho mẹ ôm lấy trẻ, sờ nắn tử cung qua thành bụng sản phụ để chắc chắn không còn thai trong tử cung.

- Tiến hành tiêm 10đv oxytocin vào mặt trước đùi sản phụ.

5.6. Kẹp dây rốn muộn, một thì

- Chờ đến khi dây rốn ngừng đập thì mới tiến hành kẹp và cắt dây rốn.

- Kẹp thứ nhất cách chân rốn 2cm, kẹp thứ 2 cách kẹp thứ nhất 3cm, cắt dây rốn sát kẹp thứ nhất bằng kéo vô khuẩn.

5.7. Kéo dây rốn có kiểm soát

- Đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ để đánh giá co hồi tử cung. Chỉ khi tử cung đã co tốt mới thực hiện các bước tiếp theo.

- Một tay cầm kẹp và dây rốn, giữ căng dây rốn, bàn tay còn lại đặt lên trên khớp vệ giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lên trên về phía xương ức trong khi tay cầm kẹp dây rốn kéo với lực vừa phải theo hướng của cơ chế đẻ (lúc đầu kéo xuống, tiếp đến kéo ngang rồi kéo lên). Động tác này nhằm đề phòng lộn đáy tử cung.

- Khi bánh rau đã ra đến âm hộ thì tay giữ dây rốn hạ thấp xuống cho trọng lượng bánh rau kéo màng rau bong ra theo. Nếu màng rau không bong ra thì 2 tay người đỡ giữ bánh rau xoay theo 1 chiều để màng rau sỏ ra ngoài.

- Nếu kéo dây rốn trong 30-40 giây mà bánh rau không tụt xuống thấp (nghĩa là không có dấu hiệu bong rau) thì dừng lại không tiếp tục kéo dây rốn nữa.

- Lúc này chỉ giữ dây rốn và chờ đến khi tử cung co bóp trở lại.

- Tiếp tục lặp 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.

5.8. Xoa đáy tử cung

- Sau khi rau sổ 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 1 lần trong 2 giờ đầu (có thể hướng dẫn cho sản phụ hoặc gia đình hỗ trợ).

- Bảo đảm tử cung vẫn co tốt sau khi kết thúc xoa tử cung.

Chú ý

- Kiểm tra rau để tránh sót rau. Nếu sót rau hay có chảy máu phải tiến hành kiểm soát tử cung, tìm nguyên nhân chảy máu sau đẻ để kịp thời xử trí theo đúng phác đồ.

- Nếu sau 30 phút mà bánh rau chưa bong hoặc chảy máu nhiều thì cần tiến hành bóc rau nhân tạo ngay.

5.9. Hỗ trợ bà mẹ cho trẻ bú sớm và bú mẹ hoàn toàn

- Quan sát các dấu hiệu đòi bú của trẻ: trẻ mở miệng, chảy dãi, mút ngón tay, trườn tìm vú mẹ.

- Hỗ trợ bà mẹ cho trẻ bú sớm ngay trên bụng mẹ, cho em bé nằm trên bụng mẹ 60-90 phút nếu tình trạng của mẹ và bé cho phép.

- Sau khi trẻ bú xong bữa bú đầu tiên mới tiến hành chăm sóc thường quy như cân, đo chiều cao, vòng đầu, tiêm vaccin, vitamin K1 theo quy định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.

DỌA ĐẼ NON VÀ ĐẼ NON

Đẻ non là khi trẻ sơ sinh được sinh ra còn sống từ khi đủ 22 tuần đến trước khi đủ 37 tuần thai kỳ. Dựa vào tuổi thai, đẻ non được chia nhóm như sau:

- + Cực non: tuổi thai dưới 28 tuần.
- + Rất non: tuổi thai từ 28-32 tuần.
- + Non trung bình: tuổi thai từ 32 đến dưới 34 tuần.
- + Sinh non muộn: tuổi thai từ 34 đến dưới 37 tuần.

I. DỌA ĐẼ NON

1.1. Các yếu tố nguy cơ đẻ non

- Từ mẹ:
 - + Hở eo tử cung, cổ tử cung ngắn, tiền sử có khoét chóp cổ tử cung.
 - + Tình trạng viêm nhiễm: viêm nhiễm âm đạo, viêm đường tiết niệu không triệu chứng, viêm nha chu.
 - + Những bất thường tử cung: u xơ tử cung, dị dạng tử cung bẩm sinh.
 - + Có tiền sử sinh non. Yếu tố di truyền (bản thân mẹ trước đây đã bị sinh non...)
- Từ con và phần phụ:
 - + Đa thai
 - + Thai sau thụ tinh trong ống nghiệm.
 - + Nhiễm khuẩn ối, ối vỡ non.
 - + Thai chậm tăng trưởng, thai có khuyết tật.
 - + Rau tiền đạo, rau bong non.
 - + Đa ối.

1.2. Chẩn đoán

- Tuổi thai từ hết 22 đến hết 37 tuần.
- Có cơn co tử cung gây đau (ít nhất 2 cơn trong 1 tiếng).
- Có sự biến đổi cổ tử cung.
- Có thể có ra máu hay chất nhầy màu hồng.

1.3. Xử trí

- Nằm nghỉ tuyệt đối.
- Tư vấn.
- Dùng corticoid: chỉ định: 24-34 tuần. Nếu chưa sinh sau 7 ngày, nhắc lại 1 đợt nếu còn nguy cơ sinh non trong 7 ngày tới. Liều sử dụng: Betamethasone 12mg tiêm bắp 2 lần, cách 24 giờ, hoặc Dexamethasone 6mg tiêm bắp 4 lần cách 12 giờ

- Thuốc giảm co tử cung:

+ Nifedipine (thuốc ức chế calci): liều tấn công 20mg uống mỗi 4-8 giờ cho đến khi hết cơn hoặc đủ 48 giờ. Điều chỉnh liều theo tần suất và cường độ các cơn co tử cung trong 48 giờ.

+ Progesteron: uống Dydrogesterone viên 10mg x 2 viên mỗi ngày hoặc đặt âm đạo Progesterone dạng mịn, liều 200mg mỗi ngày khi không có viêm nhiễm âm đạo hoặc ra máu âm đạo.

+ Kháng sinh: khi rỉ ối và có dấu hiệu nhiễm trùng viêm nhiễm.

Chống chỉ định sử dụng thuốc giảm co tử cung:

+ Nhiễm trùng ối, nhiễm trùng huyết.

+ Chảy máu âm đạo lượng nhiều.

+ Rau bong non.

+ Tiền sản giật nặng, sản giật.

+ Dị ứng với thuốc giảm co tử cung.

- Lưu ý: Không điều trị dọa đẻ non cho thai từ 36 tuần trở lên.

1.4. Dự phòng

- Hướng dẫn thai phụ khám thai định kỳ theo lịch hẹn.

- Phát hiện, xử trí sớm các yếu tố nguy cơ từ mẹ:

+ Điều trị sớm tình trạng viêm nhiễm, hoặc từ trước khi mang thai nếu có thể;

+ Tìm nguyên nhân và điều trị nếu có tiền sử đẻ non;

+ Điều trị những bất thường trong tử cung: đo chiều dài cổ tử cung bằng siêu âm đường âm đạo vào thời điểm 16 tuần và 23 tuần tuổi thai, khi không có cơn co tử cung. Nếu cổ tử cung ngắn hơn 25mm: uống Dydrogesterone (Duphaston) 10mg 1 viên x 2 viên mỗi ngày đến khi thai được 36 tuần; hoặc đặt âm đạo Progesterone dạng mịn 100mg

+ Đặt Progesterone dạng mịn 100mg 1viên x 2 lần mỗi ngày khi không có ra máu ra nước âm đạo và không có viêm nhiễm âm đạo. Nếu cổ tử cung ngắn hơn 20mm: Tư vấn khâu CTC nếu đủ điều kiện

+ Theo dõi các yếu tố di truyền (bản thân mẹ trước đây đã bị đẻ non...).

+ Cải thiện tình trạng dinh dưỡng, sinh hoạt, nghỉ ngơi.

+ Theo dõi, xử trí tốt chảy máu âm đạo trong thai kỳ.

+ Phát hiện, theo dõi, xử trí sớm các yếu tố nguy cơ từ con, nếu được.

II. Đẻ non

2.1. Chẩn đoán

- Tuổi thai từ đủ 22 tuần đến trước khi đủ 37 tuần.

- Cơn co tử cung đều đặn, gây đau, sờ thấy được, kéo dài hơn 30 giây và xảy ra tối thiểu 4 lần mỗi 30 phút.

- Có sự thay đổi về vị trí, mật độ, chiều dài và/hoặc sự mở của cổ tử cung.

2.2. Xử trí

Nếu chuyển dạ nhanh, không kịp thời chuyển viện, Cần đảm bảo cho trẻ ít bị chấn thương nhất trong đẻ

- Thông báo cho bác sĩ nhi khoa.
- Chuẩn bị phương tiện hồi sức, chuyển viện sơ sinh non tháng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.

XỬ TRÍ THAI QUÁ NGÀY SINH

I. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐÁNH GIÁ

- Thai quá ngày sinh là thai ở trong bụng mẹ quá 294 ngày (quá 42 tuần) tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng.

- Phải theo dõi sát các thai nghén từ sau 41 tuần (287 ngày) trở lên để phát hiện sớm suy thai.

- Vì bánh rau thoái hóa nên thai dễ bị suy, ngạt, tử vong do thiếu dinh dưỡng.
- Thai quá ngày sinh thường to nên dễ gây tai biến khi đẻ.

II. XỬ TRÍ

2.1. Chẩn đoán

- Dựa vào tuổi thai (tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối, có giá trị nếu chu kỳ kinh đều, 28- 30 ngày).

- Dựa vào siêu âm trong 3 tháng đầu để xác định tuổi thai nếu không nhớ chính xác ngày đầu kỳ kinh cuối hoặc chu kỳ kinh không đều.

2.1. Xử trí

- Theo dõi.

+ Theo dõi chỉ số nước ối bằng siêu âm (thiếu ối là dấu hiệu của suy c ối tuần hoàn rau-thai và thai thiếu oxy). Siêu âm cách nhau 48 giờ vì nướ thay đổi sau mỗi 48 giờ.

+ Soi ối (nước ối lẫn phân su thường gặp ở thai quá ngày sinh).nếu đủ điều kiện

+ Monitoring: test không đả kích (non-stress test) 2-3 ngày/lần. Nếu test không đáp ứng thì phải làm test có đả kích (stress tess) (test núm vú). Nếu không có dấu hiệu suy thai thì tiến hành gây chuyển dạ. Nếu test đả kích có biểu hiện dấu hiệu suy thai thì cần mổ lấy thai.

+ Đánh giá chỉ số Bishop để tiên lượng gây chuyển dạ thành công.

- + Gây chuyển dạ bằng bấm ối và truyền oxytocin tĩnh mạch.
- Mổ lấy thai trong các trường hợp:
 - + Suy thai
 - + Các trường hợp kèm theo nguyên nhân dễ khó khác (mổ lấy thai cũ, ngôi môn, mẹ lớn tuổi, điều trị vô sinh)
 - Theo dõi trẻ sau đẻ
 - Trẻ quá ngày sinh cần được chăm sóc: ủ ấm, thông đường hô hấp, cho vitamin K1 và theo dõi sự phát triển của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.

TẮC MẠCH ỎI

I. ĐẠI CƯƠNG

Tắc mạch ối là một biến chứng sản khoa rất nguy hiểm, tỉ lệ tử vong cao, chiếm tỉ lệ 1 - 12/100.000 ca sinh, xảy ra trong khi mang thai hoặc sau khi sinh xong, không thể đoán trước và không thể dự phòng được.

Tắc mạch ối là do nước ối, tế bào của thai nhi, chất gây, tóc, lông tơ hoặc các mảnh mô khác lọt vào tuần hoàn của người mẹ, gây ra suy tuần hoàn và suy hô hấp cấp tính.

Thời điểm xảy ra tắc mạch ối cũng rất khác nhau tùy trường hợp:

- 12% trường hợp xảy ra tắc mạch ối khi màng ối còn nguyên.
- 70% trường hợp xảy ra trong chuyển dạ.
- 11% trường hợp xảy ra sau sinh qua đường âm đạo.
- 19% trường hợp xảy ra trong mổ lấy thai khi đã có chuyển dạ hay khi chưa có chuyển dạ.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Sản phụ trên 35 tuổi
- Con rạ nguy cơ cao hơn con so
- Mổ lấy thai, sinh có can thiệp thủ thuật forceps, giác hút, chọc ối
- Đa ối, đa thai, nhau tiền đạo, nhau bong non, sản giật....
- Tổn thương tử cung hoặc cổ tử cung
- Suy thai, thai lưu
- Chuyển dạ với cơn gò cường tính, chuyển dạ được giục sinh

III. CƠ CHẾ BỆNH SINH

Hiện vẫn chưa biết một cách chính xác cơ chế bệnh sinh của tắc mạch ối. Khi dịch ối vào tuần hoàn mẹ thông qua hệ thống tĩnh mạch nơi nhau bám hoặc nơi có tổn thương tử cung, gây ra bệnh cảnh sốc tim, suy hô hấp giống như một sốc phản vệ.

IV. CHẨN ĐOÁN

4.1. Lâm sàng

- Xuất hiện đột ngột, thường trong lúc chuyển dạ, lúc sinh hoặc sau khi sinh; hiếm xảy ra sau 48 giờ sau sinh.

- Khởi đầu là suy hô hấp, tím tái xảy ra đột ngột trong vài phút và tiếp đến là tụt huyết áp, phù phổi, choáng, biểu hiện thần kinh như: mất ý thức và co giật.

4.2. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm phục vụ chẩn đoán:

- Công thức máu, đông máu toàn bộ, xét nghiệm khí trong máu.

- X quang phổi: thường không tìm thấy dấu hiệu đặc hiệu, có thể quan sát thấy dấu hiệu phù phổi.

- Điện tâm đồ: có thể thấy nhịp tim nhanh, phần ST và sóng T thay đổi. Tùy từng trường hợp, có thể chỉ định các xét nghiệm chuyên biệt khác.

4.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ và Anh khuyến cáo 4 tiêu chuẩn chẩn đoán tắc mạch ối như sau:

- + Tụt huyết áp hay sốc tim
- + Thiếu oxy cấp tính và suy hô hấp
- + Hôn mê hoặc co giật
- + Đông máu nội mạch lan tỏa (DIC)

- Các triệu chứng trên thường xảy ra trong chuyển dạ, lúc sinh hoặc trong vòng 30 phút sau sinh mà không có các lý giải khác cho các dấu hiệu này.

4.4. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với ba nhóm nguyên nhân: sản khoa, gây mê và không liên quan đến sản khoa.

- Liên quan đến sản khoa: nhau bong non, vỡ tử cung, dờ tử cung, sản giật, bệnh cơ tim chu sinh.

- Liên quan đến gây mê: vô cảm cột sống cao, nhiễm độc cục bộ do vô cảm.

- Không liên quan đến sản khoa: thuyên tắc phổi, thuyên tắc khí, sốc phản vệ, sốc nhiễm trùng, phản ứng truyền máu, nhồi máu cơ tim.

4.5. Chẩn đoán xác định

Dựa vào kết quả mổ tử thi: tìm thấy tế bào của thai và thành phần nước ối trong động mạch phổi mẹ.

V. XỬ TRÍ

5.1. Nguyên tắc xử trí

- Hồi sức tích cực
- Phối hợp giữa Sản khoa, Gây mê Hồi sức (GMHS) và Nhi khoa.
- Hội chẩn tuyến trên có hướng giải quyết, báo động toàn viện.

5.2. Về mặt GMHS: kiểm soát và hỗ trợ hô hấp - tuần hoàn

- Duy trì cung cấp oxy cho sản phụ (đặt nội khí quản, thở máy).
- Đặt hơn 2 đường truyền TM, nâng huyết áp bằng dung dịch cao phân tử.
- Hồi sức tim nếu ngừng tim.
- Truyền máu và các chế phẩm của máu nếu kết quả đông máu không tốt kèm chảy máu dữ dội: truyền máu toàn phần hay khối hồng cầu và huyết tương,...

5.3. Về mặt sản khoa

- Cho sinh ngay.
- Tùy từng trường hợp cụ thể để có chỉ định phù hợp.

5.4. Về mặt nhi khoa: hồi sức sơ sinh tích cực.

VI. BIẾN CHỨNG

- Tử vong mẹ (lên đến 90%), tử vong con (20-60%).
- Hậu quả về tinh thần và vận động cho mẹ và con do thiếu oxy não.
- Hội chứng Sheehan: chảy máu nặng có thể dẫn tới hoại tử một phần hoặc toàn bộ thùy trước tuyến yên gây suy tuyến yên, biểu hiện bằng dấu hiệu vô kinh, rụng lông, rụng tóc, suy tuyến giáp, suy tuyến thượng thận, mất sữa.
- Biến chứng khác: sự mất máu nhiều gây ảnh hưởng tới sức khỏe và tinh thần của sản phụ, có thể gây suy gan, suy thận, suy đa tạng, rối loạn đông máu và dễ nhiễm khuẩn hậu sản. Bên cạnh đó, việc truyền máu điều trị chảy máu sau sinh làm tăng các nguy cơ và biến chứng của truyền máu.

VII. DỰ PHÒNG

Chưa có biện pháp dự phòng do hiện vẫn chưa rõ nguyên nhân nước ối vào hệ tuần hoàn chỉ xảy ra ở một số ít người mà không xảy ra ở nhiều người khác cũng như không biết vai trò của mức độ, số lượng mảnh mô thai, loại mảnh mô thai (có chứa kèm theo phân su hay không) hay một số yếu tố nào đó của người mẹ nên tắc mạch ối chỉ ở một tỉ lệ rất nhỏ phụ nữ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

VỠ TỬ CUNG

I. MỞ ĐẦU

- Vỡ tử cung (TC) là một trong 5 tai biến sản khoa, có thể gây tử vong cho thai nhi và sản phụ. Vỡ TC có thể xảy ra trong thời kỳ mang thai, nhưng thường gặp nhất trong chuyển dạ.

- Vỡ TC có triệu chứng điển hình là do sự vỡ tất cả các lớp của TC 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.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Vỡ tử cung trong thai kỳ

Thường xảy ra trên TC có sẹo mổ cũ hoặc dị dạng.

2.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Đột ngột đau nhói vùng TC, nhất là chỗ mổ cũ, có thể ra huyết âm đạo.
- Có thể có triệu chứng của choáng.

2.1.2. Triệu chứng thực thể

- Tổng trạng: có thể có dấu hiệu choáng.
- Nhìn: bụng có thể có sẹo mổ cũ, có thể biến dạng, linh phình.
- Sờ nắn:
 - + Sờ thấy các phần thai nhi nằm ngay dưới da bụng, không sờ thấy đáy TC nếu thai bị đẩy ra khỏi buồng TC.
 - + Có phản ứng thành bụng.
 - + Đau nhói vùng vết mổ cũ (VMC) khi sờ nắn.
 - + Gõ đục vùng thấp hoặc gõ đục toàn ổ bụng.
- Thai suy hoặc không nghe được tim thai.
- Khám âm đạo có thể không thấy ngôi thai khi thai bị đẩy vào ổ bụng, máu đỏ tươi theo găng.

2.1.3. Cận lâm sàng

- HCT giảm.
- Có thể có tăng bạch cầu.
- Siêu âm: dịch ổ bụng, vị trí thai bất thường, duỗi tứ chi, tim thai: nhịp chậm rời rạc hoặc không có.

Lưu ý: trường hợp vết sẹo mổ cũ chỉ mới bị nứt, ít có dấu hiệu điển hình của xuất huyết nội.

2.2. Vỡ TC trong chuyển dạ

2.2.1. Dọa vỡ TC trong thời kỳ chuyển dạ

Chỉ xảy ra trên TC không có sẹo mổ cũ.

a) Triệu chứng cơ năng

- Thai phụ đau bụng nhiều.
- Cơ co TC dồn dập, mạnh.

b) Triệu chứng thực thể

- Vòng Bandl lên cao (cao ngang rốn và trên rốn là sắp vỡ TC), TC có hình quả bầu.
- Dấu hiệu Frommel: hai dây chằng tròn bị kéo dài, căng lên như hai sợi dây đàn.
- Tim thai có thể bình thường, không đều hoặc tim thai chậm.
- Khám âm đạo thấy đầu cao chưa lọt, các dấu hiệu bất xứng đầu chậu; có thể phát hiện các nguyên nhân: khung chậu hẹp, ngôi bất thường.

2.2.2. *Vỡ TC*

a) Triệu chứng cơ năng

- Sản phụ 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 HA, tay chân lạnh.
- Xuất huyết âm đạo.
- Nước tiểu có thể có màu đỏ.

b) Triệu chứng thực thể

- Triệu chứng tổng quát: có thể có choáng.
- Nhìn: bụng có thể biến dạng, linh phình.
- Sờ nắn:
 - + Phản ứng thành bụng.
 - + Đau nhói nơi vết vỡ.
 - + Sờ thấy thai nhi, không sờ thấy đáy TC nếu thai bị đẩy ra khỏi buồng TC.
- Gõ đục vùng thấp hoặc gõ đục toàn ổ bụng.
- Thai suy hoặc không nghe được tim thai.
- Khám âm đạo có thể không còn thấy ngôi thai, máu đỏ tươi theo găng.
- Trường hợp vỡ TC sau sinh thường, sinh giúp: thấy máu đỏ tươi chảy từ lòng TC, có thể có choáng, soi tử cung phát hiện vết vỡ ở đoạn dưới TC, vết rách cổ tử cung (CTC) lên tới đoạn dưới TC, sẹo mổ cũ không còn nguyên vẹn liên tục, mỏng hoặc đã rách vỡ rộng.

III. XỬ TRÍ

3.1. Dọa vỡ TC

- Lập đường truyền tĩnh mạch với NaCl 9%o hoặc Lactated Ringer's.
- Thông tiểu.

- Mổ lấy thai cấp cứu.

3.2. Vỡ TC

- Hồi sức tích cực.
- Mổ lấy thai cấp cứu.
- Xử lý tử cung
 - + Bảo tồn TC nếu tổng trạng cho phép, tuổi < 40, số con < 2, nút hoặc vết vỡ đơn giản, chưa có dấu nhiễm trùng.
 - + Cắt TC toàn phần nếu choáng nặng, có nhiễm trùng, vết vỡ phức tạp, tuổi \geq 40, số con \geq 2.
- Các vấn đề cần lưu ý:
 - + Hồi sức chống choáng thật tốt trước, trong và sau phẫu thuật.
 - + Kháng sinh phổ rộng, liều cao trước và sau mổ.
 - + Nếu bảo tồn TC:
 - Cắt lọc trước khi khâu bảo tồn vết rách do sẹo mổ cũ.
 - Cố gắng phủ được phúc mạc TC.
 - Cần triệt sản nếu người bệnh 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.
 - + Hội chẩn tuyến trên khi vượt quá khả năng, báo động toàn viện.

IV. DỰ PHÒNG

- Quản lý thai tốt, đặc biệt đối với VMC
- + Đánh giá lại thai kỳ và định hướng phương pháp sinh khi thai 38 tuần có
- + Đối với phụ nữ có vết mổ trên cơ TC ngay sau mổ nên ngừa thai ít nhất 1
 - Khi khởi phát chuyển dạ hoặc tăng co phải theo dõi sát cơn gò với monitor sản khoa, phát hiện sớm các dấu hiệu bất xứng đầu chậu, cơn gò cường tính.
 - Đối với các thai kỳ có chỉ định mổ lấy thai nên được mổ chủ động hoặc ngay khi bắt đầu có chuyển dạ.
 - Khi giúp sinh phải tôn trọng đúng chỉ định, đủ điều kiện và thực hiện đúng kỹ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

BẢNG HUYẾT SAU SINH

I. ĐỊNH NGHĨA

- Băng huyết sau sinh (BHSS) là tình trạng mất ≥ 500 mL máu sau sinh đường âm đạo hoặc mất ≥ 1000 mL máu sau mổ lấy thai hoặc ảnh hưởng tổng trạng hoặc hematocrit giảm $> 10\%$ so với trước sinh.

- Phân loại: nguyên phát (< 24 giờ đầu) và thứ phát (sau 24 giờ đến 12 tuần) (WHO).

II. NGUYÊN NHÂN

- Đờ TC.
- Chấn thương đường sinh dục (đặc biệt là vỡ tử cung (TC)).
- Bất thường về bong nhau, sổ nhau.
- Rối loạn đông máu.

III. CHẨN ĐOÁN

- Đo lượng máu mất bằng túi đo máu lót ngay sau khi sổ thai và ra hết nước ối.
- Dấu hiệu mất máu cấp tính: mệt, vật vã, da xanh, niêm nhạt, vã mồ hôi.
- Thay đổi tổng trạng, sinh hiệu: mạch nhanh, huyết áp tụt.
- TC tăng thể tích.
- Ra huyết âm đạo đồ tươi lượng nhiều, liên tục.

IV. XỬ TRÍ CHUNG

Hồi sức tích cực + co hồi tử cung + tìm nguyên nhân

- Huy động tất cả mọi người để cấp cứu.
- Thiết lập ít nhất 2 đường truyền tĩnh mạch, catheter 18G cho dịch chảy với tốc độ nhanh.
- Đánh giá tình trạng mất máu và thể trạng chung của sản phụ (các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ).
- Nếu nghi ngờ có choáng hoặc bắt đầu có choáng phải xử trí ngay theo phác đồ xử trí choáng.
- Thông tiểu.
- Xoa đáy TC và dùng thuốc co hồi TC:
 - + Oxytocin 5 UI 4 ống pha 500 mL dịch tinh thể, tối đa 80 UI.
 - + Methyl-ergometrin (maleate) 0,2 mg 1 ống tiêm bắp (TB) hay tiêm vào cơ TC (không tiêm tĩnh mạch), tối đa 5 liều, không sử dụng: tiền căn cao huyết áp, hội chứng Raynaud.
 - + Carbetocin 100 mcg 1 ống tiêm mạch chậm (TMC), chỉ một liều duy nhất (khuyến cáo sử dụng dự phòng trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS).

+ Prostaglandin E1 (Misoprostol) 200 mcg: 800 mcg đặt hậu môn 1 lần duy nhất, có thể dùng cho người tăng huyết áp hay hen phế quản. Theo dõi nhiệt độ sản phụ vì có thể sốt $\geq 40^{\circ}\text{C}$ và lạnh run. Sử dụng phối hợp với thuốc gò TC đường tiêm, không sử dụng như thuốc gò duy nhất để điều trị BHSS.

+ Prostaglandin F2 alpha (Carboprost Tromethamine) 250 mcg (tiêm sâu vùng hông), có thể lặp lại sau 30-90 phút nếu cần, tổng liều là 2 mg). Chống chỉ định: bệnh lý tim, phổi, thận, gan.

- Thuốc cầm máu

+ Tranexamic acid: Tiêm tĩnh mạch sớm trong vòng 3 giờ sau sinh ở sản phụ được chẩn đoán BHSS ngã âm đạo hoặc sau mổ lấy thai bất kể nguyên nhân.

+ Liều: Tranexamic acid 1 g, tiêm TMC với tốc độ 100 mg/phút, lặp lại liều thứ hai nếu 30 phút sau sản phụ còn tiếp tục băng huyết hoặc nếu băng huyết lại trong vòng 24 giờ sau liều đầu tiên.

- Tìm nguyên nhân: kiểm tra đường sinh dục và thực hiện các biện pháp cầm máu cơ học khác.

- Làm xét nghiệm cơ bản: nhóm máu, huyết đồ, đông máu toàn bộ.

- Hội chẩn tuyến trên khi vượt quá khả năng.

V. TRIỆU CHỨNG VÀ XỬ TRÍ THEO BỆNH CẢNH LÂM SÀNG

5.1. Đờ tử cung (Tonus)

5.1.1. Triệu chứng

- Chảy máu ngay sau khi sổ nhau là triệu chứng phổ biến nhất.

- TC giãn to, mềm nhão, co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối an toàn.

- Có thể dẫn đến choáng nếu không xử trí kịp thời.

5.1.2. Xử trí: ngoài phân xử trí chung có thể cần thêm

- Chèn bóng lòng TC, phẫu thuật may mũi B-Lynch hoặc thắt động mạch TC, thắt động mạch hạ vị, cắt TC.

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

5.2. Chấn thương đường sinh dục (Trauma)

Gồm rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn, cổ tử cung, vỡ TC và máu tụ đường sinh dục.

5.2.1. Triệu chứng

- TC co hồi tốt nhưng máu đỏ tươi vẫn chảy ra ngoài âm hộ.

- Khám thấy vết rách và máu tụ đường sinh dục.

5.2.2. Xử trí: ngoài xử trí chung còn thêm

- Khâu phục hồi đường sinh dục.

- Nếu bị tụ máu, tùy theo vị trí, kích thước và sự tiến triển của khối máu tụ để có thái độ xử trí thích hợp. Nguyên tắc chung là phải phá khối máu tụ và khâu cầm

máu kỹ, tránh tái phát. Thực hiện tại phòng mổ khi khối máu tụ to, sâu hoặc ở vị trí khó kiểm soát.

- Với vỡ TC: xem phác đồ “Vỡ tử cung”.

5.3. Bất thường về bong nhau và sổ nhau (Tissue)

5.3.1. Triệu chứng

- Sốt nhau, sốt màng
- + Chảy máu thường xuất hiện sau khi sổ nhau.
- + TC có thể co hồi kém.
- + Ra máu rỉ rả, lượng máu ra có thể ít hoặc nhiều, máu đỏ tươi lẫn máu cục.
- + Có thể phát hiện sớm sót nhau bằng cách kiểm tra nhau và màng nhau.
- + Nếu phát hiện muộn, không kịp thời, mất máu nhiều có dấu hiệu choáng.
- Nhau không bong
 - + Nhau không bong trong vòng 30 phút sau khi sổ thai hoặc dùng biện pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ không kết quả.
 - + Nhau bám chặt và không chảy máu.
 - + Nhau cài răng lược bán phần thì sau khi thai đã sổ 30 phút nhau không bong hoàn toàn, chảy máu nhiều hay ít tùy theo diện nhau bong rộng hay hẹp. Nhau cài răng lược toàn phần: ít gặp, không chảy máu.

5.3.2. Xử trí

- Sốt nhau, sốt màng
- + Truyền dịch tĩnh mạch ngay.
- + Cho thuốc giảm đau (Morphin 10 mg x 1 ống TB hay tiêm dưới da, hay Pethidin 100 mg 1 ống TB) và tiến hành kiểm soát TC.
- + Tiêm bắp 5-10 đơn vị Oxytocin và/hoặc Methyl ergometrin (maleate) 0,2 mg.
- + Dùng kháng sinh toàn thân.
- + Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi TC.
- + Hồi sức truyền máu nếu thiếu máu cấp.
- Nhau không bong
 - + Nếu chảy máu, tiến hành bóc nhau và kiểm soát TC, Oxytocin 10 đơn vị (TB), xoa đáy TC, hồi sức chống choáng, kháng sinh.
 - + Nhau cài răng lược bán phần chảy máu hoặc nhau cài răng lược toàn phần phải cắt TC nếu có điều kiện hoặc chuyển tuyến an toàn.
 - + Nếu chảy máu nhiều cần phải hồi sức chống choáng, truyền máu và phẫu thuật.
 - + Duy trì gò TC theo nguyên tắc chung.

5.4. Rối loạn đông máu (Thrombin)

- Có thể tiên phát do các bệnh về máu nhưng thường là thứ phát do chảy máu nhiều, mất sinh sợi huyết (đông máu nội mạch lan tỏa). Đông máu nội mạch lan tỏa có thể kết hợp với tiền sản giật nặng, thai chết trong tử cung, nhau bong non thể ản, nhiễm trùng ối hay thuyên tắc ối. Tất cả các tình trạng bệnh lý này có thể dẫn đến tiêu sinh sợi huyết.

- Điều trị nội khoa bằng máu tươi là chính, các yếu tố đông máu và điều trị nguyên nhân.

- Chuyển tuyến an toàn.

VI. DỰ PHÒNG

- Đảm bảo quản lý thai nghén tốt, phát hiện sớm các nguy cơ cao.

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ: kéo dây rốn có kiểm soát.

- Trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS: có thể sử dụng sớm Carbetocin 100 mcg 1 ống (TMC), một liều duy nhất.

- Áp dụng vẽ biểu đồ chuyển dạ, không để xảy ra chuyển dạ kéo dài.

- Đỡ sinh đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng để tránh gây chấn thương đường sinh dục. Khi có tổn thương đường sinh dục cần phát hiện sớm và xử trí kịp thời.

- Theo dõi sát sản phụ 6 giờ đầu sau sinh, đặc biệt là trong 2 giờ đầu để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.

2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

NHAU BONG NON

I. ĐỊNH NGHĨA

Nhau bong non (NBN) là tình trạng nhau bám ở vị trí bình thường nhưng bong sớm trước khi sỏ thai do bệnh lý hoặc chấn thương.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng cơ năng

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

2.2. Triệu chứng thực thể

- Tử cung (TC) co cứng nhiều. Trương lực cơ TC tăng, TC cứng như gỗ và TC tăng chiều cao.
- Có thể có thai suy hay mất tim thai.
- Có thể có choáng.
- Có thể có kèm 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 (CTC) chắc, siết chặt ở lỗ trong CTC, màng ối căng phồng, nước ối có thể có máu.

2.3. Cận lâm sàng

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

2.4. Phân loại

- Thể nhẹ
 - + Tổng trạng bình thường, chảy máu ít.
 - + Có thể không có dấu suy thai.
 - + Chuyển dạ thường diễn tiến nhanh.
 - + Thường chỉ chẩn đoán được khi làm siêu âm hoặc ghi nhận dấu ấn của huyết tụ trên bánh nhau ngay sau sinh.
- Thể nặng (phong huyết tử cung nhau)
 - + Sản phụ đau dữ dội.
 - + Mất tim thai.
 - + Có thể kèm tiền sản giật nặng.
 - + Tình trạng choáng nặng.
 - + Ra máu âm đạo sậm đen, loãng không đông.
 - + Trương lực cơ TC tăng, TC cứng như gỗ và TC tăng chiều cao.

+ CTC cứng, ối căng phồng, nước ối có thể có máu.

Chẩn đoán NBN chủ yếu dựa trên lâm sàng. XN chỉ hỗ trợ thêm cho lâm sàng.

III. XỬ TRÍ

3.1. Nguyên tắc xử trí

Tùy thuộc vào:

- Tổng trạng thai phụ.
- Tuổi thai.
- Tình trạng thai.

3.2. Xử trí

3.2.1. Nhau bong non thể nặng, ảnh hưởng tổng trạng mẹ: mổ lấy thai (MLT) cấp

- Mổ đường dọc.
- Thất động mạch TC dự phòng.
- Nếu xảy ra băng huyết: xem phác đồ “Băng huyết sau sinh”
- Dựa vào tuổi, PARA, tổng trạng mẹ để quyết định cắt TC hay không.

3.2.2. NBN thể nhẹ, tổng trạng mẹ và biểu đồ tim thai - con gò cho phép

- Tuổi thai \geq 34 tuần
 - + Tiên lượng sinh trong vòng 1 giờ: bấm ối, sinh ngã âm đạo.
 - + Tiên lượng diễn tiến chuyển dạ (CD) thuận lợi: bấm ối, tăng co (nếu gò tử cung không đủ), sinh đường âm đạo.
 - + Tiên lượng diễn tiến CD không thuận lợi: MLT.
- Tuổi thai < 34 tuần
 - + Liệu pháp Corticosteroid trước sinh, theo dõi sát tình trạng mẹ và thai.
 - + Trong thời gian TD, nếu tình trạng mẹ và thai diễn tiến xấu thì MLT cấp cứu.
 - + Sau liệu pháp Corticosteroids trước sinh, tổng trạng mẹ ổn định, tim thai tốt thì có thể chấm dứt thai kỳ bằng tăng co để sinh đường âm đạo khi diễn tiến chuyển dạ thuận lợi hoặc MLT khi chuyển dạ không thuận lợi.
- Trường hợp thai chết:
 - + Tổng trạng mẹ bị ảnh hưởng: MLT.
 - + Tình trạng mẹ cho phép: bấm ối, tăng co theo dõi sinh ngã âm đạo.
 - + Điều trị nội khoa tích cực khi có rối loạn đông máu.
- Cân nhắc chuyển nếu an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

SA DÂY RÓN

I. CHẨN ĐOÁN

Sa dây rốn trong bọc ối: khám âm đạo thấy dây rốn nằm ở bên hoặc dưới ngôi thai nhưng vẫn trong bọc ối.

- Nếu ối đã vỡ thì khám dây rốn sa trong âm đạo, có khi ra ngoài âm hộ.
- Hay gặp trong ngôi bất thường.

II. XỬ TRÍ CHUNG

2.1. Sa dây rốn trong bọc ối

- Không cho sản phụ rặn.
- Đặt sản phụ nằm tư thế mông cao ngay sau khi phát hiện và chuyển đến phòng mổ.
- Phẫu thuật lấy thai cấp cứu.
- Nếu thai chết, có đủ điều kiện: lấy thai đường dưới.

2.2. Sa dây rốn khi đã vỡ ối

- Xác định xem dây rốn còn đập không, nghe tim thai bằng Doppler.
- Nếu thai còn sống:
 - + Cho sản phụ nằm tư thế đầu thấp và đánh giá tiến triển của cuộc chuyển dạ và tình trạng thai nhi.
 - + Nếu đủ điều kiện sinh nhanh: cho sinh.
 - + Phẫu thuật lấy thai ngay nếu không đủ điều kiện sinh ngã âm đạo.
 - + Đưa tay vào trong âm đạo đẩy ngôi thai lên cao, giảm chèn ép vào dây rốn.
 - + Tư vấn cho gia đình sản phụ về diễn biến xấu có thể xảy ra đối với thai.
 - + Nếu dây rốn sa ra ngoài âm hộ, bọc dây rốn nhẹ nhàng bằng khăn ẩm, ấm.
- Nếu thai đã chết, không còn tính chất cấp cứu: theo dõi sinh ngã âm đạo nếu không có các nguyên nhân sinh khó khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

SUY THAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy thai là tình trạng thai nhi bị đe dọa hoặc tình trạng đáp ứng có chiều hướng bất lợi của thai trước tình trạng stress.

- Tiêu chuẩn khí máu và toan - kiềm là tiêu chuẩn nghiêm ngặt, tỉ lệ thuận với bệnh suất của tổn thương não và tử vong chu sinh, tuy nhiên chẩn đoán thường được xác lập khi đã muộn.

- Các thay đổi trên biểu đồ tim thai - cơn gò (CTG - Cardiotocography) có tính trực quan. Tuy nhiên mối liên quan giữa các biểu hiện trên CTG và tình trạng khí máu và cân bằng kiềm toan của thai là không đủ mạnh (độ nhạy 95%, độ đặc hiệu 50%).

+ CTG nhóm III liên quan mạnh với tình trạng toan chuyển hóa thì ít gặp.

+ CTG nhóm I chứng tỏ tình trạng thăng bằng kiềm toan bình thường tại thời điểm khảo sát với điều kiện không xảy ra biến cố nào khác, không đảm bảo trong chuyển dạ (do xuất hiện cơn gò tử cung trong nhiều giờ gây thiếu oxy thai).

+ CTG nhóm II thường gặp nhất, có ý nghĩa rất khác nhau.

Sự hiện diện phân su trong nước ối không tỉ lệ thuận với suy thai.

II. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nhóm nguyên nhân làm giảm nồng độ oxy trong máu mẹ

- Bệnh lý hô hấp mãn tính của mẹ: bệnh tim, bệnh lý hemoglobin, ... là nguyên nhân suy thai trường diễn dẫn đến thai chậm tăng trưởng trong tử cung, với hệ đệm suy yếu và mất khả năng bù trừ khi đối phó với stress trong chuyển dạ.

2.2. Nhóm nguyên nhân làm giảm vận chuyển máu chứa oxy đến hồ máu

- Nguyên nhân ngoài chuyển dạ: tăng huyết áp (tiền sản giật, tăng huyết áp mãn, ...), đái tháo đường biến chứng mạch máu, lupus đỏ.

- Nguyên nhân trong chuyển dạ: chèn ép tĩnh mạch chủ dưới (làm giảm cung lượng tuần hoàn về tim gây hệ quả giảm cung lượng tuần hoàn về tim gây hệ quả giảm cung lượng tim với biểu hiện tụt huyết áp), tê ngoài màng cứng, cơn gò tử cung.

Thai sử dụng hệ đệm để chống lại tình trạng toan hô hấp gây ra bởi sự gián đoạn cung cấp O₂ và đào thải CO₂. Nếu không đủ dự trữ kiềm sẽ nhanh chóng vào toan chuyển hóa.

2.3. Nhóm nguyên nhân làm giảm trao đổi khí máu tại hồ máu: có thể diễn ra cấp hoặc mạn tính.

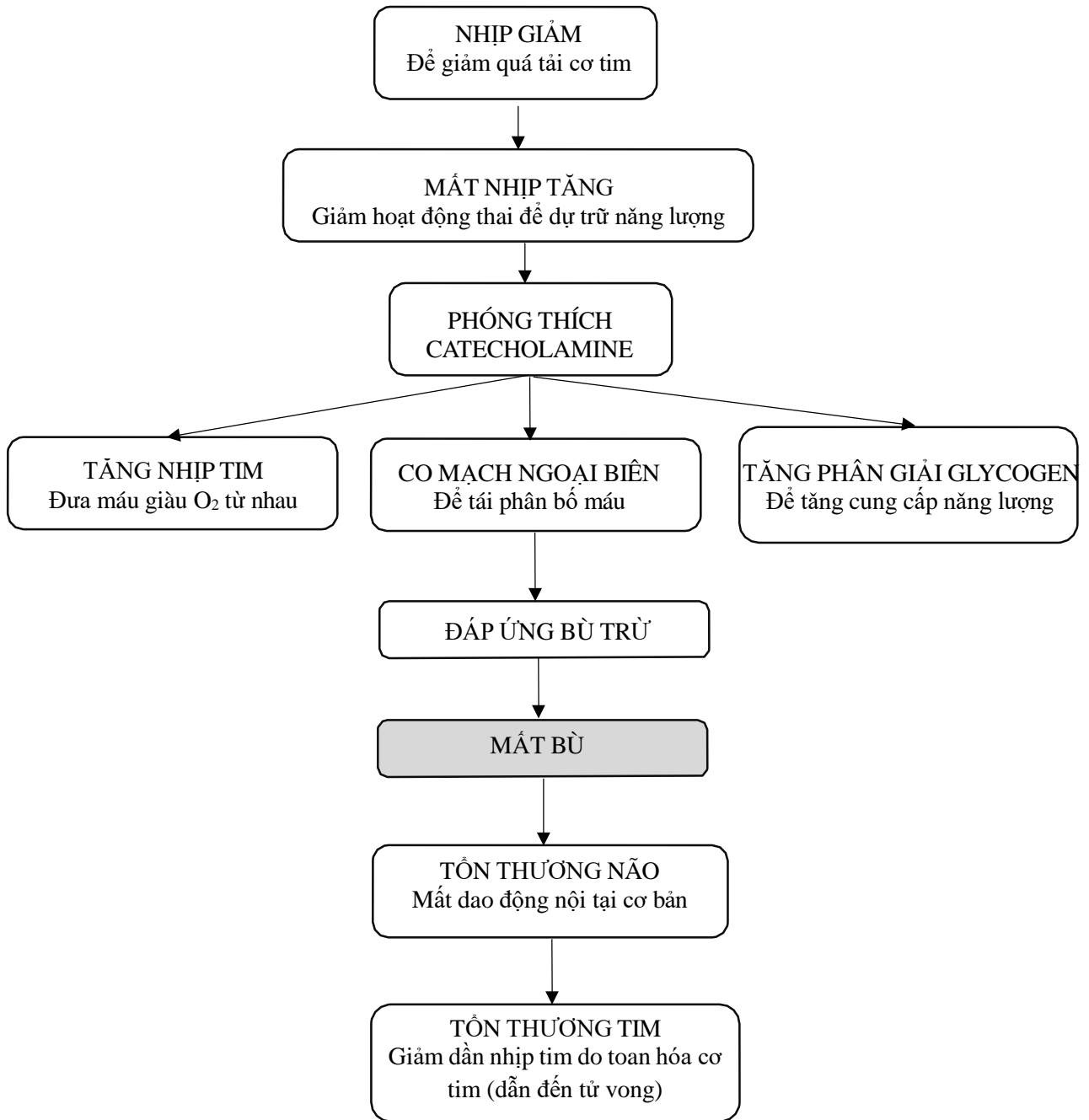
- Nguyên nhân mạn tính do các thành phần mao mạch của lông nhau bị thoái hóa, các bệnh lý gây suy giảm trao đổi khí: thai quá ngày, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, tiền sản giật...

- Nguyên nhân cấp tính: nhau bong non, cơn gò cường tính...

2.4. Nhóm nguyên nhân làm cản trở việc vận chuyển máu chứa oxy từ hồ máu đến thai nhi

- Bệnh lý hemoglobin thai: gây suy giảm vận chuyển O₂ từ nhau đến thai.

- Chèn ép rốn: tiên lượng rất khác nhau tùy theo kiểu cách và mức độ chèn ép.
 - Sa dây rốn: cấp cứu sản khoa thượng khẩn.
- * Đáp ứng của thai nhi khi thiếu O₂



III. CHỈ ĐỊNH THEO DÕI TIM THAI LIÊN TỤC TRONG GIAI ĐOẠN CHUYỂN DẠ HOẠT ĐỘNG

- Phương tiện phát hiện suy thai: CTG.
- Đánh giá nguy cơ khi vào chuyển dạ: dữ kiện lâm sàng, các xét nghiệm thường quy và theo dõi CTG 30 phút. Nếu không thuộc nhóm nguy cơ cao (liệt kê bên dưới): theo dõi tim thai gián đoạn.

3.1. Mẹ (các trường hợp làm tăng nguy cơ suy tuần hoàn nhau thai)

- Đái tháo đường
- Ối vỡ lâu (> 24 giờ)
- Xuất huyết âm đạo (nhau bong non tiên lượng có thể sinh ngã âm đạo, nhau bám thấp,...)
- Vết mổ cũ (nguy cơ nứt vết mổ cũ)
- Tiền sản giật
- Thai quá ngày (> 42 tuần)
- Bệnh lý nội khoa nặng (tim mạch, nội tiết, ...)

3.2. Thai (các trường hợp giảm tưới máu thai hoặc đe dọa đáp ứng thai với thiếu O₂)

- Thai non tháng (32 tuần - 36 tuần 6 ngày)
- Thiếu ối
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung
- Bất thường Doppler velocimetry
- Đa thai
- Ối lẫn phân su
- Nhiễm trùng ối

3.3. Các yếu tố nguy cơ trong chuyển dạ

- Tê ngoài màng cứng
- Mẹ sốt
- Ối xấu
- CTG có nhịp giảm hay nhịp tim thai cơ bản bất thường

Nhóm	Diễn giải	Tính chất
I	Dự báo tình trạng kiểm toan bình thường ở thời điểm khảo sát	<ul style="list-style-type: none"> - Nhịp tim thai cơ bản 110-160 lần/phút - Dao động nội tại (ĐĐNT) trung bình (6-25 lần/phút) Không nhịp giảm muộn hoặc bất định - Có/không nhịp tăng - Có/không nhịp giảm sớm
II	Không dự báo tình trạng kiểm toan bất thường, tuy nhiên chưa đủ cơ sở để phân loại là nhóm I hoặc III	<p>Tất cả CTG không thuộc I hoặc III, ví dụ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhịp tim thai cơ bản chậm, không kèm mất ĐĐNT - Nhịp tim thai cơ bản nhanh - Giảm ĐĐNT

		<ul style="list-style-type: none"> - Mất ĐĐNT không kèm nhịp giảm lặp lại - Nhịp tăng nhiều - Không có nhịp tăng sau kích thích thai - Nhịp giảm bất định lặp lại với ĐĐNT giảm hoặc bình thường - Nhịp giảm kéo dài ≥ 2 phút nhưng ≤ 10 phút - Nhịp giảm muộn lặp lại và ĐĐNT bình thường - Nhịp giảm bất định phục hồi chậm, “shoulders”, “overshoot”.
III	Dự báo tình trạng kiểm toan bất thường	<ul style="list-style-type: none"> - Hình sin - Mất ĐĐNT và 1 trong các yếu tố sau: <ul style="list-style-type: none"> + Nhịp giảm muộn lặp lại + Nhịp giảm bất định lặp lại + Tim thai cơ bản chậm

- Lưu ý quan trọng khi đánh giá CTG

+ Nhịp tim thai cơ bản (phải đặt trong bối cảnh lâm sàng, nhiệt độ, thuốc đang dùng, huyết áp, bệnh lý mẹ,...).

+ ĐĐNT (giảm trong trường hợp thai non tháng, thai ngủ, do thuốc, tổn thương thần kinh do thiếu O₂).

+ Nhịp tăng.

+ Nhịp giảm (loại nhịp giảm, tương quan với cơn gò và tần suất xuất hiện).

- Mục đích chính của đánh giá CTG là xác định tình trạng cung cấp O₂ và tình trạng kiểm toan thai, vì tình trạng thai là động có thể thay đổi nên cần phải thường xuyên đánh giá lại.

- Do có nhiều tình huống lâm sàng kết hợp với nhiều dạng CTG trong nhóm II, nhưng đằng sau là các nguyên nhân sinh lý khác nhau, cũng như mức độ liên quan sức khỏe thai khác nhau. Vì vậy việc sử dụng phân loại các nhóm CTG để ra quyết định lâm sàng trong nhóm II thực sự là thử thách.

V. XỬ TRÍ CTG NHÓM II

- Lưu đồ theo dõi và xử trí CTG nhóm II (đính kèm).

- Thông tin sử dụng lưu đồ:

+ Xác định ĐĐNT ưu thế của nhịp tim thai cơ bản trong 30 phút và ĐĐNT tăng được xem như ĐĐNT trung bình trong lưu đồ này.

+ Nhịp giảm “có ý nghĩa” được định nghĩa là 1 trong những nhịp giảm sau:

- Nhịp giảm bất định kéo dài > 60 giây và giảm > 60 nhịp so với nhịp tim thai cơ bản.
- Nhịp giảm bất định kéo dài > 60 giây và tim thai < 60 nhịp/phút bất kể nhịp tim thai cơ bản.
 - Nhịp giảm muộn.
 - Nhịp giảm kéo dài.
 - + Việc áp dụng lưu đồ có thể trì hoãn 30 phút trong khi cố gắng dùng các biện pháp cải thiện (điều chỉnh huyết áp, thay đổi tư thế, giảm hoặc ngưng thuốc gò tử cung, thuốc cắt cơn gò tử cung).
 - + Khi đã xác định là nhóm II, CTG phải được đánh giá mỗi 30 phút.
 - + Cân nhắc mổ lấy thai (MLT) khi có chỉ định đem thai ra nhanh.
 - + Khi CTG chuyển qua nhóm I hoặc III: không áp dụng tiếp lưu đồ. Tuy nhiên, khi CTG nhóm I trở lại nhóm II: áp dụng lưu đồ trở lại.
 - + Không sử dụng lưu đồ đối với thai < 32 tuần.
 - Các yếu tố cần xem xét khi CTG nghi ngờ hay bất thường:
 - + Nhịp tim thai cơ bản, ĐĐNT, có hay không nhịp tăng và nhịp giảm.
 - + Tình trạng cổ tử cung, diễn tiến chuyển dạ, liều Oxytocin đang sử dụng, hoạt tính cơ tử cung, cơn co tử cung nhiều, ra huyết, thuốc giảm đau, tê ngoài màng cứng, huyết áp, thời gian vỡ ối, màu sắc ối, mẹ sốt, chuyển dạ nhanh, cơn rặn của sản phụ, sa dây rốn, nghiệm pháp sinh ngã âm đạo ở sản phụ có vết mổ cũ.
 - + Các biện pháp hồi sức thai và hiệu quả.
 - + Tiến triển của CTG.
 - + Mức độ khẩn cấp.

VI. XỬ TRÍ BAN ĐẦU CTG BẤT THƯỜNG TRONG CHUYỂN DẠ

6.1. Do giảm nồng độ O₂ trong máu mẹ

- Thở O₂ (trong chuyển dạ sản phụ thở nhanh và nông do đau).
- Giảm đau sản khoa.

6.2. Do giảm cung cấp máu chứa O₂ đến hồ máu

- Truyền dịch tinh thể đẳng trương (tụt huyết áp do: mất nước, thuốc hạ áp, tê ngoài màng cứng, ...).
- Nằm nghiêng 1 bên (nếu do chèn ép tĩnh mạch chủ dưới).
- Điều chỉnh rối loạn cơn gò tử cung (ngưng Oxytocin, thuốc cắt cơn gò tử cung, MLT nếu có bất xứng đầu chậu).

6.3. Do giảm trao đổi khí tại hồ máu

- Cần chấm dứt chuyển dạ ngay.

6.4. Do bất thường tuần hoàn dây rốn

- Xử trí tùy nguyên nhân và mức độ.

Lưu ý: CTG nhóm II kéo dài đặc biệt trong 2 giờ ngay trước sinh làm tăng bệnh suất chu sinh (> 50% Apgar < 7).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

NGÔI MÔNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ngôi mông hay ngôi ngược là ngôi dọc, đầu ở đáy tử cung, mông hay chân ở dưới.

- Phân loại ngôi mông:

- + Ngôi mông đủ hoàn toàn: 5 – 10%
- + Ngôi mông thiếu kiểu mông: 50 – 70%
- + Ngôi mông thiếu kiểu chân, thiếu kiểu gối: 10 – 40%
- Tỷ lệ ngôi mông chiếm 3 – 4% thai kỳ đủ tháng

II. CHẨN ĐOÁN:

- Tử cung (TC) hình trứng, trục dọc, đầu ở đáy TC.

- Tim thai nghe rõ ở ngang hay cao hơn rốn.

- Khám âm đạo khi chuyển dạ: sờ thấy đỉnh xương cùng hoặc hậu môn, cơ quan sinh dục, bàn chân, trường hợp ngôi mông thiếu có thể chỉ sờ được: chân, gối, hoặc mông.

- Siêu âm: để xác định ngôi thai, khi vào chuyển dạ xác định vị trí lưng và hai chi dưới, ước lượng cân nặng thai, bất thường nhau – thai – ối.

- Thế và kiểu thế của ngôi mông:

+ Đỉnh móc: đỉnh xương cùng.

+ Thế: cùng bên với lưng.

+ Đường kính lọt = đường kính lưỡng ụ đùi = 9,5 cm.

+ 4 kiểu lọt: Cùng chậu trái trước 60%, cùng chậu phải sau 30%, cùng chậu trái sau 10%, cùng chậu phải trước: ít gặp

+ 2 kiểu sỏ: Cùng chậu trái ngang, cùng chậu phải ngang.

III. XỬ TRÍ

3.1. Chỉ định mổ lấy thai trong ngôi mông

- Con so, ước lượng cân thai > 3000 g
- Con rạ, ước lượng cân thai > 3200 g
- Con so lớn tuổi, con quý

- Ngôi mông tuổi thai < 36 tuần vào chuyển dạ hoặc có chỉ định chấm dứt thai kỳ

- Đầu thai nhi ngửa tiên phát
- Tiền căn sinh khó
- Chuyển dạ kéo dài
- Sa dây rốn
- Khung chậu giới hạn, hẹp, lệch
- Không đủ kinh nghiệm sanh ngôi mông

3.2. Sinh ngã âm đạo

- Nếu cơn gò tốt, ối còn đến khi cổ tử cung mở trọn; can thiệp đúng lúc, cắt tầng sinh môn rộng.

- Tránh sinh ngã âm đạo với ngôi mông thiếu kiểu chân, hay song thai mà thai đầu là ngôi mông.

- Theo dõi chuyển dạ bằng monitor; khi vỡ ối cần khám âm đạo ngay để loại trừ sa dây rốn, tránh tăng co.

- Sinh ngã âm đạo khi hội đủ các điều kiện sau:

- + Không có dị tật thai gây kẹt (bụng cóc, não úng thủy...).
- + Tuổi thai \geq 36 tuần, cân nặng ước lượng 2500–3200 g.
- + Đầu thai nhi cúi.
- + Ngôi mông đủ hoặc ngôi mông thiếu kiểu mông.
- + Bác sĩ có kinh nghiệm, kỹ năng đỡ sinh ngôi mông.

- Ba cách sinh ngã âm đạo:

- + Sinh tự nhiên (phương pháp Vermelin): con rạ, thai nhỏ, tầng sinh môn giãn.
- + Sinh có trợ giúp (can thiệp từng phần).
- + Đại thủ thuật kéo thai ngôi ngược (can thiệp toàn phần).

- Chuẩn bị sản phụ nằm tư thế sản phụ khoa, gây tê (nếu không có giảm đau ngoài màng cứng), cắt tầng sinh môn khi hai mông thai nhi xuất hiện ngoài âm hộ.

- Giúp sanh chân – thân: đặt bé ở mặt phẳng dưới mặt phẳng ngang.

- Giúp sanh vai – tay: Vai trình diện mặt phẳng trước – sau. Giữ bé ở hông hay xương chậu, tránh giữ ở bụng gây tổn thương thận và thượng thận. Trường hợp vai sau đã đi qua bờ của tiểu khung trong khi vai trước hãy còn cao phải dùng thủ thuật Lovset: nắm hai đùi thai nhi với các ngón tay phía trước, ngón cái ở phía sau đùi, quay thân thai nhi sao cho vai sau được đưa ra phía trước, thường quay theo chiều kim đồng hồ, trong quá trình đó cánh tay sẽ được đẩy xuống dưới đến bờ dưới cung xương vè và sổ ra ngoài.

- Sanh đầu hậu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

NGÔI BÁT THƯỜNG

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

I. NGÔI MẶT

Là ngôi đầu ngửa tối đa, mặt thai nhi trình diện trước eo trên.

1.1. Chẩn đoán

Ngôi mặt được chẩn đoán xác định trong chuyển dạ sinh bằng cách khám âm đạo.

- Khám bụng: ngôi đầu, nắn ngoài, có dấu hiệu nhất rìu nếu là kiểu cầm sau; nếu là kiểu cầm trước, sờ thấy cầm có hình móng ngựa.

- Khám âm đạo:

+ Chẩn đoán xác định bằng khám âm đạo, tìm được móc của ngôi là cầm, việc chẩn đoán xác định sẽ dễ hơn khi cổ tử cung đã mở, nhưng phải cẩn thận khi thăm khám để không làm vỡ ối.

+ Không bao giờ thấy thóp sau hoặc thóp trước khi khám âm đạo.

+ Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi trán, ngôi mông.

1.2. Xử trí

- Cuộc sinh ngôi mặt diễn ra lâu và khó khăn hơn sinh ngôi chòm.

- Chỉ có ngôi mặt cầm trước có thể sinh đường âm đạo. Nếu sinh đường âm đạo có thể có hỗ trợ bằng forceps, tuyệt đối không được dùng giác hút.

- Ngôi mặt cầm sau tự xoay được về cầm trước cũng có thể sinh đường âm đạo.

- Phẫu thuật lấy thai cho những trường hợp ngôi mặt cầm sau hoặc cầm trước có kết hợp thêm các yếu tố sinh khó khác.

II. NGÔI TRÁN VÀ NGÔI THÓP TRƯỚC

Là ngôi trung gian giữa ngôi mặt và chòm, đầu không cúi hẳn mà cũng không ngửa hẳn, trán hoặc thóp trước của thai trình diện trước eo trên.

2.1. Chẩn đoán

- Lúc bắt đầu chuyển dạ là một ngôi đầu cao lỏng.

- Chẩn đoán xác định dựa vào việc khám âm đạo khi cổ tử cung mở được từ 3 cm trở lên, ối đã vỡ và ngôi đã cố định chặt.

- 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).

- Sờ thấy thóp sau và cằm.
- Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi mặt và ngôi chỏm.

2.2. Xử trí

- Theo dõi sát các cuộc chuyển dạ để phát hiện sớm.
- Phẫu thuật lấy thai khi có chẩn đoán xác định.

III. NGÔI VAI

Trong ngôi vai thai không nằm theo trục của tử cung mà nằm ngang hoặc chéo, trục của thai không trùng với trục của tử cung.

Mốc của ngôi là móm vai, ngôi vai không có cơ chế sinh nên hầu hết các trường hợp đều phải phẫu thuật lấy thai. Chỉ làm nội xoay thai cho thai thứ 2 trong song thai.

3.1. Chẩn đoán

- 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.
- Khi có chuyển dạ, nếu ối vỡ, CTC mở, có thể sờ thấy móm vai hoặc tay thai nhi ở trong âm đạo.
- Có thể dùng siêu âm để chẩn đoán.
- Chẩn đoán phân biệt với ngôi mông.

3.2. Xử trí

- Phẫu thuật lấy thai khi thai đủ trưởng thành.
- Nội xoay thai cho thai thứ hai ngôi vai trong trường hợp sinh đôi, đủ điều kiện nội xoay.

IV. NGÔI PHỨC TẠP

Là khi tay thai nhi sa xuống sát bên ngôi thai hay phần trình diện của thai.

4.1. Chẩn đoán

- Cả tay sa xuống và đầu thai cùng đồng thời trình diện trong khung chậu khi khám âm đạo.
- Có thể phát hiện khi ối còn hoặc đã vỡ.

4.2. Xử trí

- Sinh tự nhiên chỉ có thể xảy ra khi thai rất nhỏ hoặc chết lưu.
- Có thể đặt lại vị trí của tay thai nhi như sau
 - + Đẩy tay thai lên trên tiểu khung và giữ cho đến khi con co tử cung đẩy đầu thai vào tiểu khung.
 - + Nếu đầu thai giữ được trong tiểu khung và không sờ thấy tay thai nữa thì có thể theo dõi chuyển dạ tự nhiên.

+ Phẫu thuật lấy thai khi đẩy tay thất bại, hoặc kèm sa dây rốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

CON TO

I. ĐỊNH NGHĨA

Khi ước lượng cân thai (ULCT) > 3500 g bất kể tuổi thai.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Yếu tố dịch tễ: đặc điểm gia đình, giới tính, chủng tộc, hội chứng (HC) di truyền. HC di truyền đặc trưng bởi sự tăng trưởng quá sớm của thai dẫn đến con to: HC Beckwith-Wiedeman, HC Simpson-Golabi-Behmel, HC Sotos, HC Weaver, ...

- Chủng tộc: người da trắng, người Mỹ có tỉ lệ sinh con to cao hơn.

- Yếu tố môi trường: mẹ đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) hoặc đái tháo đường (ĐTĐ) trước mang thai, tăng cân trong thai kỳ nhiều, mẹ béo phì.

+ Mẹ bị ĐTĐ nhất là ĐTĐ không kiểm soát tốt, dẫn đến tăng đường huyết thai nhi, tăng Insulin, tăng trưởng không cân xứng, giảm tỉ lệ đầu/vai, mỡ cơ thể nhiều hơn nên ước lượng cân thai bằng siêu âm thường cao hơn trọng lượng thật khi sinh vì công thức tính nhạy cảm dựa vào chu vi bụng (AC). Theo Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ khuyến cáo khi chỉ số AC > bách phân vị 75% là dự báo kiểm soát đường huyết kém của thai phụ và tăng nguy cơ con to.

+ Mẹ béo phì hay tăng cân nhiều trong thai kỳ ảnh hưởng tỉ lệ con to nhiều hơn mẹ ĐTĐ.

- Trường hợp đa thai: Tình trạng con to hiếm xảy ra ở đa thai. Và ULCT trên siêu âm thường cao hơn cân nặng thật sự, đặc biệt là thai < 2500 g.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Khám lâm sàng: thành bụng sản phụ, tư thế tử cung, bề cao tử cung. Tuy nhiên phương pháp này phụ thuộc nhiều vào vị trí thai, lượng nước ối và kinh nghiệm của người đỡ sinh.

3.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm 2D: phương tiện tốt nhất được sử dụng để ước lượng cân thai, với sai số khoảng 10-15%. Thường dựa vào đường kính lưỡng đỉnh (BPD), chu vi đầu (HC), chu vi bụng (AC), chiều dài xương đùi (FL).

IV. HẬU QUẢ, DỰ HẬU

- Mẹ

- + Chuyển dạ kéo dài hay ngưng tiến triển
- + Tỷ lệ sinh thủ thuật cao
- + Tăng tỷ lệ mổ lấy thai
- + Tổn thương đường sinh dục (rách tầng sinh môn độ III hay IV)
- + Băng huyết sau sinh
- + Vỡ tử cung
- Thai
- + Ngạt
- + Chấn thương (tổn thương đám rối cánh tay, kẹt vai, gãy xương đòn,...)
- + Hạ đường huyết
- + Vấn đề hô hấp (hội chứng suy hô hấp, thở nhanh thoáng qua, hít phân su)
- + Bệnh đa hồng cầu (polycythemia): do tăng sản xuất erythropoietin, kết quả từ tình trạng thiếu oxy huyết bào thai do tăng nhu cầu oxy hóa liên quan đến tăng đường huyết và tăng Insulin.
- + Dị tật bẩm sinh: chèn ép thai do thai to, tăng giữ nước và tăng sinh mạch máu do trọng lượng thai to, rối loạn sắc tố do đường huyết cao.
- Trẻ nhỏ (hậu quả lâu dài)
- + Béo phì
- + Giảm dung nạp glucose
- + H/C chuyển hóa
- + Bệnh lý tim mạch

V. XỬ TRÍ

- ULCT > 3500-4000 g
- + Kèm theo 1 bất thường về sản phụ khoa (ví dụ sẹo mổ trên cơ tử cung): chỉ định mổ lấy thai
- + Không kèm theo bất thường về sản phụ khoa: nghiệm pháp lọt khi đủ điều kiện.
- ULCT > 4000 g
- + Chỉ định mổ lấy thai (MLT).
- + Chỉ định sinh ngã âm đạo: cân nhắc và cá thể hóa từng trường hợp, đặc biệt với những trường hợp có tiền sử sinh con ≥ 4000 g.
- + Tư vấn cho sản phụ các nguy cơ khi mổ lấy thai hoặc sinh ngã âm đạo.

VI. DỰ PHÒNG

- Kiểm soát đường huyết tốt đối với thai phụ bị ĐTĐ.
- Đối với phụ nữ béo phì, cần giảm cân trước khi có thai.
- Tránh tăng cân quá mức trong thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tăng huyết áp (THA) là biến chứng nội khoa thường gặp nhất ở phụ nữ mang thai, chiếm khoảng 10% tổng số thai kỳ, là 1 trong 3 nguyên nhân quan trọng gây tử vong mẹ trên toàn thế giới.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Con so
- Đa thai
- Tiền căn tiền sản giật
- Tăng huyết áp mạn
- Đái tháo đường trước khi mang thai
- Đái tháo đường thai kỳ
- Bệnh lý huyết khối
- Lupus ban đỏ hệ thống
- BMI trước khi mang thai > 30
- Hội chứng kháng phospholipid
- Mẹ ≥ 35 tuổi
- Bệnh lý thận
- Hỗ trợ sinh sản
- Khó thở khi ngủ

III. PHÂN LOẠI

Gồm 4 nhóm:

3.1. Tiền sản giật - Sản giật

Tiêu chuẩn chẩn đoán tiền sản giật (TSG)	
Huyết áp	<ul style="list-style-type: none"> - Huyết áp (HA) tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg trong hai lần đo cách nhau ít nhất 4 giờ, ở thai > 20 tuần trên phụ nữ có huyết áp bình thường trước đó. - HA tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 110 mmHg, THA có thể được xác nhận trong một khoảng

	thời gian ngắn (15 phút) để tạo điều kiện điều trị hạ áp kịp thời.
Và	
Protein niệu	- ≥ 300 mg/24 giờ. hoặc - Tỷ lệ protein/creatinin $\geq 0,3$ (mg/dL mỗi giá trị). - Dipstick 2+ (chỉ được sử dụng nếu phương pháp định lượng khác không có sẵn).
Hoặc trong trường hợp protein niệu âm tính, THA mới khởi phát kèm theo với bất kỳ dấu hiệu nào mới khởi phát sau đây:	
Giảm tiểu cầu	- $< 100.000/mm^3$.
Suy thận	- Nồng độ creatinin/huyết thanh $> 1,1$ mg/dL hoặc tăng gấp đôi nồng độ creatinin huyết thanh trong trường hợp không có bệnh thận khác.
Suy chức năng gan	- Men gan tăng ≥ 2 lần giá trị bình thường.
Phù phổi	
Triệu chứng não hoặc thị giác	- Nhức đầu mới khởi phát không đáp ứng với điều trị nội khoa, không có nguyên nhân khác, có triệu chứng thị giác.

3.1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán tiền sản giật nặng (bất kỳ dấu hiệu nào):

- THA trầm trọng: HA tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 110 mmHg qua 2 lần đo cách nhau 4 giờ có nghỉ ngơi tại giường (ngoại trừ đã sử dụng thuốc chống THA trước đó).

- Tiểu cầu $< 100.000/mm^3$.

- Suy chức năng gan: men gan tăng gấp đôi bình thường. Đau hạ sườn phải và/hoặc thượng vị kéo dài không đáp ứng với thuốc và không có chẩn đoán thay thế.

- Suy thận tiến triển (nồng độ creatinin huyết thanh $> 1,1$ mg/dL hoặc tăng gấp đôi nồng độ creatinine huyết thanh trong trường hợp không có bệnh thận khác).

- Phù phổi

- Rối loạn não hoặc thị giác (triệu chứng thần kinh trung ương): rối loạn thị giác (hoa mắt, ám điểm, mù vỏ não, co thắt mạch máu võng mạc); nhức đầu nhiều, nhức đầu dai dẳng, tăng lên, không đáp ứng thuốc giảm đau; thay đổi tri giác.

3.1.2. Sản giật: đây là biến chứng nặng. Cơ co giật có thể xảy ra trước sinh, trong khi chuyển dạ, hoặc sau sinh 48-72 giờ.

Sản giật thường xảy ra sau các dấu hiệu kích thích não như đau đầu nhiều và liên tục vùng chẩm hoặc trán, mờ tầm nhìn, sợ ánh sáng và thay đổi trạng thái tinh thần. Tuy nhiên, sản giật có thể xảy ra trong trường hợp không có dấu hiệu cảnh báo nào.

Lưu ý: 20-38% sản phụ không có các dấu hiệu TSG cổ điển (THA hoặc protein niệu) trước khi xảy ra co giật.

Nhức đầu phản ánh tình trạng tăng áp lực tưới máu não, phù não và bệnh não do THA.

3.1.3. Hội chứng HELLP

- Gồm 2 loại: hội chứng HELLP điển hình và HELLP không điển hình (có 1 hoặc 2 dấu hiệu của hội chứng HELLP điển hình).

- Lâm sàng: đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải, nhìn mờ, nhức đầu, vàng da, buồn nôn, nôn.

- Cận lâm sàng: dấu hiệu tán huyết (LDH tăng ≥ 600 IU/L), tăng men gan (gấp đôi giá trị bình thường) và giảm tiểu cầu $< 100.000/mm^3$.

- 15-20% hội chứng này không có THA, không có protein niệu.

3.2. Tăng huyết áp mạn: HA tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg trước khi có thai hoặc trước tuần lễ 20 của thai kỳ và kéo dài sau 12 tuần hậu sản.

3.3. Tiền sản giật trên nền tăng huyết áp mạn: người bệnh có THA trước tuần lễ 20 của thai kỳ, protein niệu (+) trước hoặc sau tuần lễ 20 của thai kỳ, cần phải tăng liều thuốc điều trị HA, tăng men gan đột ngột, giảm tiểu cầu, đau 1/4 trên phải vùng bụng, sung huyết phổi hoặc phù phổi, giảm chức năng thận hoặc đột ngột tăng tiểu đạm.

3.4. Tăng huyết áp trong thai kỳ: HA tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg trong hai lần đo cách nhau ít nhất 4 giờ, ở thai > 20 tuần và sản phụ có HA bình thường trước đó, đạm niệu (-) và không có các triệu chứng nặng khác, HA sẽ trở về bình thường sau sinh.

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Bệnh thận mạn tiến triển
- Hội chứng kháng phospholipid
- Gan nhiễm mỡ cấp trong thai kỳ
- Xuất huyết giảm tiểu cầu
- Hội chứng tán huyết do tăng ure máu
- Lupus ban đỏ hệ thống
- Hội chứng Mirror

V. TẦM SOÁT VÀ DỰ PHÒNG TRONG TAM CÁ NGUYỆT 1

5.1. Hướng dẫn tầm soát

Tầm soát sớm trong tam cá nguyệt 1: ở tuổi thai từ 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày, kết hợp nhiều yếu tố như: đặc điểm thai phụ, các yếu tố nguy cơ về bệnh lý nội khoa, bệnh lý miễn dịch, tiền căn sản khoa, cùng các chỉ số sinh lý, sinh hóa và siêu âm Doppler động mạch tử cung để dự báo nguy cơ bị TSG.

- Các dấu ấn sinh hóa sử dụng trong mô hình này bao gồm: PAPP-A, PIGF.

- Xác định đặc tính của mẹ:
 - + Tuổi mẹ: tính đến ngày sinh.
 - + Chiều cao (cm), cân nặng (kg), BMI.
 - + Chủng tộc: da trắng, da đen, Đông Nam Á, hỗn hợp.
 - + Cách thức thụ thai: thai kỳ tự nhiên, có dùng thuốc kích thích rụng trứng, thụ tinh trong ống nghiệm.
 - + Hút thuốc lá trong thai kỳ.
 - + Mẹ thai phụ có THA.
- Tiền căn nội khoa:
 - + THA mạn.
 - + Đái tháo đường loại 1
 - + Đái tháo đường loại 2
 - + Lupus ban đỏ hệ thống.
 - + Hội chứng kháng phospholipid
- Tiền căn sản khoa: con so (không có lần nào sinh mà tuổi thai > 24 tuần), hoặc con rạ (ít nhất một lần sinh ở tuổi thai > 24 tuần).
- Tuổi thai: 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày (tính theo chiều dài đầu mông từ 45-84 mm).

Đo các chỉ số

- Đo huyết áp động mạch (HADM) trung bình của sản phụ. Cách đo như sau:
 - + Sản phụ nghỉ ngơi từ 3-5 phút, ngồi đúng tư thế, 2 cánh tay được đặt ngang tim, hai bàn chân chạm đất, tâm lý và tư thế ngồi thoải mái.
 - + Sử dụng máy đo HA tự động, đo cả 2 tay cùng một lúc, với kích cỡ bao quấn tay phù hợp. Đo 2 lần và lấy giá trị trung bình cho mỗi tay và cả 2 tay. Kích cỡ bao quấn tay dựa vào chu vi cánh tay ở vị trí giữa xương cánh tay (cỡ nhỏ: < 22 cm; cỡ trung bình: 22-32 cm; cỡ lớn: 33-42 cm).

Công thức tính HADM trung bình

$$HADM \text{ trung bình} = \frac{HA \text{ tâm thu} + 2 \times HA \text{ tâm trương}}{3}$$

- + Siêu âm đo chỉ số xung (Pulsative Index) động mạch tử cung 2 bên.
- Đo các dấu ấn sinh hóa: ghi nhận PAPP-A, PlGF cùng ngày thực hiện với siêu âm độ mờ da gáy và làm xét nghiệm sàng lọc kết hợp (combined test).
- Tính nguy cơ TSG: dùng thuật toán tính nguy cơ TSG của FMF (The Fetal Medicine Foundation).
- Xác định nguy cơ cao TSG: khi nguy cơ tính toán theo thuật toán của FMF được xác định > 1/100.

5.2. Dự phòng

- Aspirin 81-162 mg, từ 1-2 viên (hàm lượng 81 mg)/ngày hoặc 1,5 gói hàm lượng 100 mg (uống một lần trước khi đi ngủ, sau ăn 15-30 phút).

- Bắt đầu điều trị: ngay sau khi tính nguy cơ TSG theo phần mềm FMF > 1/100.

- Thời điểm ngưng sử dụng Aspirin: thai 36 tuần.

- Lưu ý về sự tuân thủ thuốc của người bệnh.

5.3. Vấn đề sử dụng Aspirin dựa vào lâm sàng

Thời điểm sử dụng: Aspirin 81mg/ngày bắt đầu khi thai 12 -28 tuần (tốt nhất trước 16 tuần) đến khi thai 36 tuần.

VI. XỬ TRÍ

Nguy cơ	Yếu tố nguy cơ	Khuyến cáo
Cao Tỷ lệ mắc TSG khoảng $\geq 8\%$ ở sản phụ có ≥ 1 yếu tố nguy cơ này.	Tiền căn TSG, cần lưu ý nếu có kết cục thai kỳ xấu Đa thai THA mạn Đái tháo đường loại 1 hoặc 2 Bệnh lý thận Bệnh tự miễn (lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng kháng phospholipid...)	Sử dụng Aspirin liều thấp nếu sản phụ có 1 trong các yếu tố nguy cơ cao
Trung bình	Con so Béo phì (BMI > 30) Tiền căn gia đình bị TSG (mẹ hoặc chị, em gái ruột) Đặc điểm xã hội (chủng tộc Phi-Mỹ, điều kiện kinh tế xã hội thấp) Mẹ ≥ 35 tuổi Tiền căn cá nhân (tiền căn sinh con nhỏ, kết cục thai kỳ xấu, khoảng cách mang thai > 10 năm)	Cân nhắc sử dụng Aspirin liều thấp nếu sản phụ có > 1 yếu tố nguy cơ trung bình
Thấp	Tiền căn sinh con đủ tháng không biến chứng	Không khuyến cáo sử dụng Aspirin liều thấp

Theo dõi sát HA đến 72 giờ sau sinh cho tất cả trường hợp THA trong thai kỳ và theo dõi HA 7-10 ngày sau sinh tại địa phương.

6.1. TSG không dấu hiệu nặng

- Có thể theo dõi, điều trị ngoại trú.
- Nhập viện, chấm dứt thai kỳ khi:
 - + Thai ≥ 37 tuần, hoặc
 - + Nghi ngờ nhau bong non, hoặc
 - + Thai ≥ 34 tuần và có bất kỳ triệu chứng sau:
 - Chuyển dạ hoặc vỡ ối.
 - Siêu âm ước lượng trọng lượng thai nhỏ hơn bách phân vị thứ 5.
 - Thiếu ối AFI < 5 cm ở 2 lần siêu âm liên tiếp cách nhau 24 giờ.
- Nếu chưa có chỉ định chấm dứt thai kỳ, có thể theo dõi ngoại trú hoặc nội trú:
 - + Thai:
 - Đếm cử động thai.
 - Siêu âm Doppler: đánh giá tăng trưởng thai và lượng ối 1 lần/tuần.
 - Non-stress test (NST): 1 lần/tuần nếu mẹ bị THA thai kỳ, 2 lần/tuần nếu mẹ bị TSG.
 - + Mẹ:
 - Theo dõi HA 2 lần/tuần.
 - Xét nghiệm (công thức máu, creatinine huyết thanh, LDH, AST, ALT) 1-2 lần/tuần. Nếu THA thai kỳ: cần xét nghiệm thêm đạm niệu.
 - + Chế độ ăn hợp lý (nhiều đạm, rau xanh, trái cây).
 - + Tư vấn các dấu hiệu nặng: nhức đầu nhiều, nhìn mờ, đau thượng vị...

6.2. Tiền sản giật nặng

- Chấm dứt thai kỳ khi TSG nặng xuất hiện sớm trước 25 tuần hoặc bất cứ tuổi thai nào khi có:
 - + Phù phổi
 - + Suy thận
 - + Nhau bong non
 - + Giảm tiểu cầu nặng
 - + Đông máu nội mạch lan tỏa
 - + Các triệu chứng não dai dẳng
 - + NST không đáp ứng (2 lần liên tiếp cách 4-6 giờ ở tuổi thai 28-32 tuần)
 - + Siêu âm Doppler động mạch rốn: mất hoặc đảo ngược sóng tâm trương
 - + Thai lưu.
- Thai < 34 tuần với tình trạng mẹ và thai ổn đủ điều kiện chuyển tuyến trên.

- Liệu pháp Corticosteroid trước sinh khi thai ≤ 34 tuần. Tuy nhiên không chờ đợi đủ thời gian trưởng thành phổi mà phải chấm dứt thai kỳ ngay khi có bất kỳ dấu hiệu sau:

- + THA không kiểm soát được
- + Sản giật
- + Phù phổi
- + Nhau bong non
- + Đông máu nội mạch lan tỏa (DIC)
- + NST không đáp ứng
- + Thai lưu.
- + Hội chứng HELLP

- Nếu tình trạng mẹ - thai ổn định, trong vòng 48 giờ sẽ chấm dứt thai kỳ khi có bất kỳ dấu hiệu sau:

- + Vỡ ối
- + Chuyển dạ
- + Tiểu cầu $< 100.000/mm^3$
- + Men gan tăng kéo dài (≥ 2 lần giá trị bình thường)
- + Thai chậm tăng trưởng trong tử cung (ước lượng cân nặng nhỏ hơn bách phân vị thứ 5)
- + Thiếu ối (AFI < 5 cm) (siêu âm 2 lần cách nhau 24 giờ)
- + Bắt đầu suy thận hoặc nặng thêm tình trạng suy thận

Một số lưu ý:

- Quyết định chấm dứt thai kỳ không dựa vào yếu tố đạm niệu.
- Chỉ định dùng thuốc chống THA khi HA tâm thu ≥ 150 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 100 mmHg.

- Theo dõi

+ Mẹ:

- Sinh hiệu mỗi giờ/lần.
- Bilan dịch vào và ra mỗi 8 giờ/lần.
- Dấu hiệu chuyển dạ.
- Xét nghiệm bilan TSG mỗi 1-2 ngày hoặc sớm hơn tùy tình trạng diễn tiến nặng của TSG.

+ Thai:

- Đếm cử động thai mỗi ngày, NST mỗi 3 ngày.
- Theo dõi biểu đồ cân nặng thai và doppler động mạch rốn mỗi tuần.

• Phương pháp chấm dứt thai kỳ: tùy tuổi thai, ngôi thai, cổ tử cung, tình trạng mẹ - thai.

6.3. Các trường hợp không điều trị mong đợi

Mẹ	<p>THA nặng không kiểm soát được (HA tâm thu không đạt mục tiêu điều trị kéo dài, không đáp ứng với thuốc chống THA)</p> <p>Đau đầu dai dẳng, không đáp ứng với thuốc giảm đau</p> <p>Đau thượng vị hoặc hạ sườn (P) không đáp ứng với thuốc giảm đau</p> <p>Rối loạn thị giác, suy giảm vận động hoặc thay đổi cảm giác</p> <p>Đột quy</p> <p>Nhồi máu cơ tim Hội chứng HELLP</p> <p>Giảm chức năng thận mới khởi phát hoặc trầm trọng hơn (nồng độ creatinine/huyết thanh > 1,1mg/dL hoặc tăng gấp đôi nồng độ creatinine huyết thanh)</p> <p>Phù phổi Sản giật</p> <p>Nghi ngờ nhau bong non hoặc ra huyết âm đạo nhiều ở những trường hợp không có nhau tiền đạo</p>
Thai	<p>Đánh giá sức khỏe thai bất thường</p> <p>Thai lưu</p> <p>Thai không có khả năng sống tại thời điểm mẹ được chẩn đoán TSG (dị tật bẩm sinh, thai cực non...)</p> <p>Đảo ngược sóng tâm trương động mạch rốn kéo dài</p>

Lưu ý: trong một số trường hợp, cần nhắc sử dụng Corticosteroids trước sinh tùy thuộc vào tuổi thai và tình trạng mẹ.

6.4. Ứng dụng tỉ số sFlt-1/PlGF trong TSG

- Tỉ số sFlt-1/PlGF có giá trị tham khảo trong phối hợp với các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của TSG để:

+ Tiên lượng khả năng dưỡng thai trong các trường hợp TSG nặng điều trị mong đợi.

+ Tiên lượng khả năng chuyển theo dõi và điều trị ngoại trú.

- Đánh giá kết quả tỉ số sFlt-1/PlGF

+ sFlt-1/PlGF < 38: khả năng không bị TSG trong vòng 1-4 tuần

+ $38 \leq \text{sFlt-1/PlGF} < 85$ với thai < 34 tuần, $38 \leq \text{sFlt-1/PlGF} < 110$ với thai ≥ 34 tuần: dự đoán TSG trong 4 tuần tới, có thể lặp lại xét nghiệm sau 2 tuần.

+ $85 \leq \text{sFlt-1/PlGF} \leq 655$ với thai < 34 tuần, $110 \leq \text{sFlt-1/PlGF} \leq 201$ với thai ≥ 34 tuần: để tiên lượng diễn tiến bệnh có thể lặp lại xét nghiệm mỗi 2-4 ngày, nếu tỉ số ổn định thì có thể lặp lại sau 1 tuần. Quyết định điều trị dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng khác.

+ sFlt-1/PIGF > 655 với thai < 34 tuần, sFlt-1/PIGF > 201 với thai ≥ 34 tuần: tiên lượng khả năng xảy ra kết cục xấu cho mẹ và bé, cần theo dõi dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng khác.

6.5. Sản giật

- Nguyên tắc điều trị:

+ Phòng ngừa thiếu oxy và chấn thương (té ngã, cắn lưỡi...) cho sản phụ.

+ Điều trị THA hoặc TSG nặng (nếu có).

+ Phòng ngừa co giật tái phát.

+ Cân nhắc các phương pháp chấm dứt thai kỳ, hay chuyển tuyến an toàn.

- Đặt sản phụ nằm đầu nghiêng, thở Oxy 6-8 L/phút.

- Magnesium sulfate: liều tấn công 4,5 g (liều 4-6 g) tiêm tĩnh mạch chậm, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 1 g/giờ (liều 1-2 g/giờ) ít nhất đến 24 giờ sau sinh.

- Nếu co giật tái phát: lặp lại liều 2-4 g Magnesium sulfate tiêm tĩnh mạch chậm > 5 phút. Nếu không đáp ứng với Magnesium sulfate (vẫn co giật sau 20 phút tiêm liều tải Magnesium sulfate, sản giật tái phát ≥ 2 lần), có thể sử dụng Midazolam 1-2 mg (TMC) hoặc Lorazepam 4 mg (TMC) trong 2-5 phút, đặt nội khí quản và hỗ trợ thông khí.

- Chấm dứt thai kỳ khi tình trạng nội khoa ổn định, không chờ đợi đủ thời gian tác dụng của liệu pháp Corticosteroid trước sinh.

- Nhịp tim thai chậm kéo dài 3-5 phút thường xảy trong và sau cơn giật, nếu tim thai chậm kéo dài > 5 phút cần mổ lấy thai cấp cứu.

- Sản giật không phải là chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối, phương thức chấm dứt thai kỳ sau cơn sản giật phụ thuộc vào tuổi thai, kiểu thể, tình trạng cổ tử cung, chỉ số Bishop...

6.6. Hội chứng HELLP

Chấm dứt thai kỳ ngay khi có chẩn đoán xác định là hội chứng HELLP, không chờ đợi đủ thời gian tác dụng của liệu pháp Corticosteroid trước sinh

VII. THUỐC ĐIỀU TRỊ

7.1. Magnesium sulfate:

7.1.1. Chỉ định: Dự phòng và chống co giật trong TSG nặng, hội chứng HELLP, sản giật.

7.1.2. Cách dùng: truyền tĩnh mạch (TM) liên tục hoặc tiêm tĩnh mạch.

7.1.3. Liều dùng:

- Liều tấn công: 4,5 g (liều 4-6 g) Magnesium sulfate 15%/50 mL dung dịch tiêm tĩnh mạch chậm từ 15-20 phút (tùy thuộc cân nặng của thai phụ, tiền căn sử dụng Magnesium sulfate).

- Duy trì 1 g/giờ (liều 1-2 g/giờ) truyền TM.

+ Pha 6 g Magnesium sulfate 15% vào chai Glucose 5% 500 mL truyền TM XXX giọt/phút hoặc

+ Bơm tiêm điện: pha 6 g Magnesium sulfate 15% bơm tiêm điện 6,7 mL/giờ.

7.1.4. Các lưu ý:

- Theo dõi các dấu hiệu: phản xạ gân xương (có), nhịp thở (> 16 lần/phút), lượng nước tiểu (> 100 mL/4 giờ).

- Đo nồng độ Magnesium huyết thanh khi cần thiết và điều chỉnh liều duy trì để giữ được nồng độ Magnesium 4-7 mEq/L (5-9 mg/dL; 2-3,5 mmol/L).

- Người bệnh suy thận mức độ trung bình (creatinine huyết thanh 1-1,5 mg/dL) hoặc thiếu niệu (< 30 mL nước tiểu/giờ trong 4 giờ): sau khi dùng liều tải 4-6 g Magnesium sulfate 15%, cần duy trì ở liều thấp 1 g/giờ.

- Người bệnh suy thận cần được định lượng Magnesium huyết thanh mỗi 4 giờ, nếu nồng độ Magnesium huyết thanh > 9,6 mg/dL (8 mEq/L), cần ngừng truyền Magnesium sulfate và định lượng nồng độ Magnesium huyết thanh mỗi 2 giờ, tái sử dụng Magnesium sulfate khi nồng độ Magnesium huyết thanh < 8,4 mg/dL (7 mEq/L).

- Khi có chỉ định, Magnesium sulfate cần được dùng trước, trong và duy trì tối thiểu 24 giờ sau sinh/sau mổ, nếu người bệnh có chỉ định mổ lấy thai, cần duy trì Magnesium sulfate trong lúc mổ.

- Nguy cơ: băng huyết sau sinh, giảm dao động nội tại tim thai.

7.1.5. Ngộ độc Magnesium sulfate: liên quan nồng độ Magnesium/huyết thanh.

Nồng độ Magnesium/huyết thanh			
mmol/L	mEq/L	mg/dL	Tác dụng
2-3,5	4-7	5-9	Ngưỡng điều trị
> 3,5	> 7	> 9	Mất phản xạ gân xương
> 5	> 10	> 12	Liệt cơ hô hấp
> 12,5	> 25	> 30	Ngưng tim

Xử trí ngộ độc Magnesium sulfate:

- Ngừng Magnesium sulfate.

- Thuốc đối kháng: Calcium gluconate 10% 10mL, tiêm TM 1g trong 10 phút.

- Cân nhắc sử dụng Furosemid 80mg 01 ống (TMC) để tăng đào thải Magnesium sulfate.

- Đặt nội khí quản và thông khí để cứu sống người bệnh nếu có suy hô hấp, ngừng thở.

7.2. Thuốc chống THA

- Chỉ định:

+ Khi HA tâm thu \geq 150 mmHg hoặc

- + HA tâm trương ≥ 100 mmHg.
- HA đạt sau điều trị:
 - + HA trung bình sau 2 giờ không giảm quá 25% so với HA ban đầu.
 - + HA tâm thu ở mức 130-150 mmHg.
 - + HA tâm trương ở mức 80-100 mmHg.
- Chống chỉ định trong thai kỳ:
 - + Nitroprusside.
 - + Thuốc ức chế men chuyển.
- Các loại thuốc hạ HA dùng trong thai kỳ
 - + Labetalol.
 - + Hydralazine.
 - + Ức chế Calcium như Nifedipine, Nicardipine.
 - + Methyldopa
- Thuốc lợi tiểu.
 - + Dùng khi có triệu chứng dọa phù phổi cấp và phù phổi cấp. Furosemide 1 ống 20 mg x 8 ống, tiêm tĩnh mạch chậm.
 - + Không dùng dung dịch ưu trương

VIII. TIÊN LƯỢNG LÂU DÀI

- Theo dõi HA 12 tuần sau sinh, tư vấn nguy cơ TSG cho các lần có thai sau, cảnh báo nguy cơ bệnh tim mạch trong tương lai.
- THA tồn tại càng lâu sau sinh, nguy cơ THA mạn càng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

THIẾU ỒI

I. ĐỊNH NGHĨA

- Thiếu ối là tình trạng dịch ối ít hơn so với tuổi thai tương ứng và được chẩn đoán qua siêu âm.

- Thiếu ối nguồn gốc do thai chỉ xuất hiện sau 17-20 tuần.

II. NGUYÊN NHÂN

2.1. Do mẹ

- Bệnh lý nội khoa hoặc sản khoa ảnh hưởng toàn thân thai (động kinh, tăng huyết áp mạn tính, bệnh lý collagen mạch máu, bệnh lý thận, rối loạn đông máu...)

- Thuốc (thuốc ức chế men chuyển, thuốc ức chế tổng hợp prostaglandin, trastuzumab...)

2.2. Nhau

- Nhau bong non

- Truyền máu song thai (song thai đa ối - thiếu ối).

- Nhồi máu hoặc thuyên tắc nhau

2.3. Thai

- Bất thường nhiễm sắc thể

- Bất thường bẩm sinh, đặc biệt rối loạn đường tiết niệu

- Thai chậm tăng trưởng

- Thai lưu

- Thai quá ngày

- Ới vỡ sớm, ối vỡ non

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Bề cao tử cung nhỏ hơn tuổi thai.

- Đánh giá dấu hiệu ối rỉ, ối vỡ (xem phác đồ “Ới vỡ non”).

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Siêu âm

- Lượng ối:

+ Chỉ số ối (AFI: Amniotic fluid index) ≤ 5 cm hoặc xoang ối lớn nhất (XOLN) ≤ 2 cm. Đối với song thai, XOLN ≤ 2 cm được xem là thiếu ối.

+ XOLN ≤ 1 cm: thiếu ối nặng.

+ Bất thường thai và phần phụ thai: truyền ối nếu có chỉ định.

+ Siêu âm doppler màu: nếu nghi ngờ thai chậm tăng trưởng trong tử cung từ tuần 20 trở lên.

- Nitrazine test.

- Xét nghiệm máu mẹ: nhóm bệnh nhiễm trùng gồm Toxoplasma gondii, Rubella, Cytomegalovirus (CMV), Herpes simplex virus (HSV) (xét nghiệm TORCH).

- Xét nghiệm thai: karyotype thai, TORCH...

IV. XỬ TRÍ

4.1. Ba tháng đầu

- Tư vấn nguy cơ thai chết lưu.

- Tái khám 1-2 tuần sau.

4.2. Ba tháng giữa

- Tư vấn tình trạng thai

- Tư vấn chuyển tuyến truyền ối (khi có chỉ định):

+ Có thể thực hiện tuổi thai > 16 tuần.

+ Lấy dịch ối làm xét nghiệm nhiễm sắc thể, TORCH...

+ Hỗ trợ siêu âm hình thái học thai nhi.

- Xử trí dựa vào kết quả xét nghiệm mẹ và thai nhi.

4.3. Ba tháng cuối

- Tư vấn tình trạng thai.

- Tù theo tình trạng thai, ối... sẽ cho nhập viện hay tư vấn tiền sản.

- Châm dứt thai kỳ khi:

+ $XOLN \leq 1$ cm:

• ≥ 34 tuần: mổ lấy thai.

• < 34 tuần: điều trị mong đợi.

+ $1 < XOLN \leq 2$ cm: thai ≥ 37 tuần: sinh ngả âm đạo hoặc mổ lấy thai tùy tình trạng sức khỏe thai nhi và mẹ.

- Liệu pháp Corticosteroids trước sinh:

+ Thường quy thai 28 tuần đến 33 tuần 6 ngày.

+ Cân nhắc trong trường hợp thai 24 tuần đến 27 tuần 6 ngày.

- Tư vấn tuyến trên nếu không có điều kiện hồi sức sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.

2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

ÓI VỠ NON

I. ĐỊNH NGHĨA

Ói vỡ non: ói vỡ trước khi chuyển dạ (Prelabor rupture of membranes - PROM).

Ói vỡ non ở thai non tháng: ói vỡ non khi thai < 37 tuần (Preterm prelabor rupture of membranes - PPRM).

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- + Tiền căn ói vỡ non
- + Xuất huyết 3 tháng đầu thai kỳ
- + Mẹ hút thuốc lá
- + Nhiễm trùng đường sinh dục dưới
- + Các yếu tố nguy cơ khác: tương tự yếu tố nguy cơ của chuyển dạ sinh non (xem phác đồ “Chuyển dạ sinh non”)

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Ra nước rỉ rả hay đột ngột trong âm đạo.
- Tính chất dịch: đục, lờn cợn, trong, vàng hay xanh sậm.
- Ra nước âm đạo liên tục hay ngắt quãng, đóng băng vệ sinh thấy ướt nước ói.
- Đặt mỏ vịt vô khuẩn: quan sát dịch ói chảy ra từ cổ tử cung (CTC), dịch ói đọng trong túi cùng âm đạo, đánh giá màu sắc, mùi dịch ói, xóa mở cổ tử cung, ngửi thai.
- Nếu không rõ dịch ói, lau sạch âm đạo CTC, sản phụ có thể được yêu cầu ho, rặn nhẹ... xem có dịch ói chảy cổ tử cung.

3.2. Cận lâm sàng

- Nitrazine test: chỉ thị màu chuyển xanh. Dương tính giả khoảng 19- 30%, đặc biệt khi có dấu chuyển dạ, trong trường hợp âm đạo có máu, tinh dịch, xà phòng, hoặc nhiễm trùng tiêu do Proteus species.
- PAMG-1 (placenta alpha microglubulin - 1, Amnisure) là một protein có từ tế bào màng ối, không ảnh hưởng bởi tinh dịch hay máu, độ nhạy khoảng 94,4-98,9%, độ đặc hiệu khoảng 87,5-100% (khi có điều kiện).
- Siêu âm đánh giá lượng nước ối, ngôi thai, tăng trưởng thai.
- Xét nghiệm huyết đồ, CRP (nếu cần).
- CTG hoặc non-stress test (nếu cần).
- Xét nghiệm tầm soát Liên cầu khuẩn nhóm B (GBS) (nếu cần).

IV. XỬ TRÍ

4.1. Nguyên tắc chung

- Xử trí tùy thuộc: tuổi thai, dấu hiệu chuyển dạ, tình trạng nhiễm trùng, ngôi thai, sức khỏe thai.

- Hạn chế thăm khám âm đạo, chỉ khám âm đạo khi:

+ Có chuyển dạ: cần đánh giá tiến triển CTC và ngôi thai.

+ Cần đánh giá chỉ số Bishop để quyết định phương pháp khởi phát chuyển dạ.

- Đánh giá tình trạng nghi ngờ hoặc nhiễm trùng ối để xử trí kịp thời.

- Theo dõi sát tình trạng thai qua nghe tim thai, siêu âm và CTG hoặc non-stress test.

4.2. Điều trị mong đợi

- Tuổi thai < 34 tuần không có nhiễm trùng, không dấu hiệu đe dọa mẹ và thai: cần điều trị mong đợi, cần tư vấn về nguy cơ và lợi ích, tư vấn chuyển tuyến trên. Nếu bệnh nhân yêu cầu theo dõi tại khoa:

- Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng ối.

- Xét nghiệm huyết đồ mỗi 48 giờ hoặc khi nghi ngờ có dấu hiệu nhiễm trùng.

- Siêu âm kiểm tra chỉ số ối mỗi 48 giờ nếu ối bình thường, mỗi ngày nếu người bệnh thiếu ối hoặc khi người bệnh khai ra nước âm đạo nhiều.

- Khám mở vết đánh giá tính chất ối mỗi 3 ngày.

- Không sử dụng thuốc cắt cơn gò tử cung.

- Liệu pháp Corticosteroids trước sinh:

+ Chỉ định: thai 24 tuần đến 33 tuần 6 ngày có nguy cơ sinh non trong vòng 7 ngày.

+ Sử dụng liệu pháp Corticosteroids trước sinh ngay cả khi không chắc chắn có đủ thời gian để hoàn thành đủ liều Corticosteroids.

+ Liều dùng:

• Betamethasone 12 mg tiêm bắp (TB) 2 liều cách nhau 24 giờ.

• Hoặc Dexamethasone 6 mg TB 4 liều cách nhau 12 giờ

- Kháng sinh dự phòng:

+ Lựa chọn 1:

• Azithromycin 1 g (u) thời điểm nhập viện (tại khoa nội trú), và

• Ampicillin 2 g (TMC) mỗi 6 giờ đến 48 giờ, sau đó

• Amoxicillin 500 mg (u) mỗi 8 giờ trong 5 ngày.

+ Lựa chọn 2:

• Ampicillin 2 g (TMC) mỗi 6 giờ + Erythromycin 250 mg (u) mỗi 6 giờ đến 48 giờ, sau đó

• Amoxicillin 250 mg (u) mỗi 8 giờ + Erythromycin 333 mg (u) mỗi 8 giờ trong 5 ngày.

- + Trường hợp có nguy cơ thấp phản ứng phản vệ với Penicillin:
 - Azithromycin 1 g (u) thời điểm nhập viện (tại khoa nội trú), và
 - Cefazolin 1 g (TMC) mỗi 8 giờ đến 48 giờ, sau đó
 - Cephalexin 500 mg (u) mỗi 6 giờ trong 5 ngày.
- + Trường hợp nguy cơ cao phản ứng phản vệ với Penicillin:
 - Azithromycin 1 g (u) thời điểm nhập viện (tại khoa nội trú), và
 - Clindamycin 900 mg (TTM) mỗi 8 giờ đến 48 giờ + Gentamycin 5 mg/kg (TTM) mỗi 24 giờ đến 48 giờ, sau đó
 - Clindamycin 300 mg (u) mỗi 8 giờ trong 5 ngày.
- + Trường hợp dị ứng nặng với Penicillin, GBS (+) kháng Clindamycin hoặc không có kháng sinh đồ:
 - Azithromycin 1 g (u) thời điểm nhập viện (tại khoa nội trú), và
 - Vancomycin 20 mg/kg (tối đa 2 g) (TTM) mỗi 24 giờ đến 48
 - * Lưu ý: xét nghiệm creatinin trước khi sử dụng Vancomycin
- Cân nhắc điều trị ngoại trú, tái khám 1 tuần khi:
 - + Trường hợp ối vỡ non không ra thêm nước ối sau 7 ngày điều trị kháng sinh dự phòng.
 - + Không có dấu hiệu nhiễm trùng theo lâm sàng và cận lâm sàng.
 - + Lượng nước ối bình thường qua siêu âm.
 - + Sản phụ được ký tự vấn đồng thuận về lợi ích và nguy cơ của việc điều trị mong đợi.
- + Hướng dẫn sản phụ tự đo nhiệt độ 2 lần/ngày, các dấu hiệu cần tái khám ngay: sốt, ra nước âm đạo, dịch âm đạo hôi, thai máy ít...

4.3. Chấm dứt thai kỳ

- Chấm dứt thai kỳ khi:
 - + Thai \geq 34 tuần hoặc thai < 24 tuần
 - + Chuyển dạ thật sự
 - + Sa dây rốn
 - + Nhau bong non
 - + Bất thường sức khỏe mẹ và thai có chỉ định chấm dứt thai kỳ
 - + Chẩn đoán nghi ngờ hoặc xác định nhiễm trùng ối
- Dùng Magnesium Sulfate bảo vệ não ở trẻ sinh non:
 - + Chỉ định: thai 24 tuần đến 31 tuần 6 ngày có nguy cơ sắp sinh non trong vòng 24 giờ, áp dụng cho cả đơn thai và đa thai.
 - + Chống chỉ định: mẹ bị nhược cơ.
 - + Thận trọng: tiền căn mẹ bị thiếu máu cơ tim, rối loạn dẫn truyền tim

+ Trường hợp tăng huyết áp hoặc tiền sản giật (sử dụng theo phác đồ “Tăng huyết áp thai kỳ”).

+ Liều lượng: Magnesium sulfate 4,5 g liều duy nhất, truyền tĩnh mạch chậm trong 20-30 phút.

+ Giảm liều ở người bệnh có thiếu niệu hoặc dấu hiệu khác của suy thận.

+ Khi có chỉ định chấm dứt thai kỳ vì nguyên nhân của mẹ hoặc thai, Magnesium sulfate được chỉ định lý tưởng nhất trước sinh 4 giờ.

- Khi có chuyển dạ: đánh giá tiến triển của cuộc chuyển dạ mỗi 4 giờ ở giai đoạn tiềm thời và mỗi 1-2 giờ ở giai đoạn hoạt động, đánh giá các dấu hiệu của nhiễm trùng ối.

- Các phương pháp chấm dứt thai kỳ:

+ Ưu tiên sinh ngã âm đạo, mổ lấy thai khi có chỉ định sản khoa.

+ Khi theo dõi sinh ngã âm đạo: không dấu hiệu nhiễm trùng, không dấu hiệu đe dọa mẹ và thai, có thể theo dõi sau 12 giờ nếu không vào chuyển dạ tự nhiên, khởi phát chuyển dạ dựa trên chỉ số Bishop:

• Chỉ số Bishop ≥ 6 : khởi phát chuyển dạ bằng Oxytocin

• Chỉ số Bishop < 6 : gây chín muồi CTC bằng PGE2 trước khi dùng Oxytocin

V. DỰ PHÒNG

Sản phụ mang đơn thai có tiền căn sinh non (có kèm hoặc không kèm ối vỡ non) có thể bổ sung liệu pháp progesterone bắt đầu từ khi thai 16 tuần đến khi thai 20 tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.

2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

NHIỄM TRÙNG ỒI

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng ối (intra-amniotic infection - IAI) được xác định khi có nhiễm trùng một trong các yếu tố: dịch ối, thai, dây rốn, bánh nhau, màng ối và màng đệm.

II. NGUYÊN NHÂN - YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Nguyên nhân

Thường do đa vi khuẩn gây ra bao gồm cả vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí, thường do hệ vi khuẩn âm đạo và đường sinh dục dưới đi lên buồng ối. Nhiễm trùng ối cũng có thể gặp khi thực hiện các thủ thuật xâm lấn (chọc ối hoặc sinh thiết gai nhau, nội soi bào thai) hoặc nhiễm thứ phát từ đường máu khi sản phụ bị nhiễm trùng hệ thống (thường do *Listeria monocytogenes*).

Các tác nhân thường gặp: *Ureaplasma urealyticum*, các vi khuẩn kỵ khí Gram âm, *Mycoplasma hominis*, *Bacteroids bivius*, *Gardnerella vaginalis*, Liên cầu khuẩn nhóm B (GBS)...

2.2. Yếu tố nguy cơ

- Ối vỡ non
- Chuyển dạ kéo dài, ối vỡ lâu, con so
- Sử dụng đầu dò đo tim thai trong tử cung
- Các trường hợp ối vỡ được thăm khám âm đạo nhiều, nhiễm phân su trong nước ối
- Hở eo tử cung
- Nhiễm trùng đường sinh dục như GBS, bệnh lây qua đường tình dục
- Hút thuốc lá, uống rượu
- Tiền căn nhiễm trùng ối

III. CHẨN ĐOÁN

Mẹ sốt đơn thuần	Nhiệt độ mẹ sốt từ 38 ⁰ C - 38,9 ⁰ C không có nguyên nhân khác, tình trạng sốt có thể kéo dài hoặc không.
Nghi ngờ nhiễm trùng ối	Sốt không có nguyên nhân cụ thể, kết hợp 1 hoặc các yếu tố sau: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tim thai cơ bản > 160 lần/phút trong 10 phút 2. Bạch cầu máu mẹ >15.000/mm³, không điều trị Corticosteroids, công thức bạch cầu chuyển trái (Trường hợp dùng Corticosteroids liều cao có thể xét nghiệm lại 48 giờ sau liều cuối cùng) Dịch đục chảy ra từ lỗ ngoài cổ tử cung qua đặt mỏ vịt
Xác định nhiễm trùng ối	Dấu hiệu nghi ngờ nhiễm trùng ối kết hợp với 1 hoặc nhiều kết quả xét nghiệm dịch ối sau:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nhuộm Gram dịch ối có vi khuẩn 2. Giảm nồng độ glucose ≤ 14 mg/dL 3. Tăng bạch cầu dịch ối > 30 tế bào/mm³ (không lẫn máu) 4. Cây dịch ối có vi khuẩn <p>Bảng chứng mô bệnh học nhiễm trùng và/hoặc viêm của: nhau, màng thai hoặc mạch máu dây rốn</p>
--	--

- Lưu ý: Trong thực hành lâm sàng, chẩn đoán nhiễm trùng ối chủ yếu dựa trên lâm sàng để từ đó xử trí tích cực, tiêu chuẩn chọc ối/giải phẫu bệnh chỉ có giá trị nghiên cứu và không giúp cải thiện xử trí trong và sau sinh.

IV. XỬ TRÍ

4.1. Nguyên tắc

- Cần sử dụng kháng sinh khi chẩn đoán mẹ sốt đơn thuần trong quá trình chuyển dạ và không tìm được nguyên nhân khác gây sốt (xem phác đồ “Liên cầu khuẩn nhóm B và thai kỳ”).

- Điều trị kháng sinh ngay khi có chẩn đoán nghi ngờ hoặc xác định nhiễm trùng ối với 3 nguyên tắc:

+ Kháng sinh phổ rộng và sử dụng đường tĩnh mạch là chỉ định ngay khi có chẩn đoán.

+ Kháng sinh phải có hoạt tính với GBS và E. Coli.

+ Điều trị ngay trong quá trình mang thai không chờ sau sinh.

- Chấm dứt thai kỳ khi chẩn đoán nghi ngờ hoặc xác định nhiễm trùng ối, ưu tiên sinh ngã âm đạo.

- Khởi phát chuyển dạ hoặc can thiệp phù hợp để rút ngắn thời chuyển dạ (thời gian từ lúc chẩn đoán nghi ngờ hoặc xác định nhiễm trùng ối đến lúc sinh không kéo dài quá 12 giờ).

- Mở lấy thai chỉ khi có chỉ định sản khoa.

- Mở lấy thai làm tăng nguy cơ nhiễm trùng vết thương, viêm nội mạc tử cung, huyết khối mạch máu...

- Duy trì kháng sinh sau sinh/sau mổ đến khi sản phụ hết sốt ít nhất 24 giờ.

- Xác định tình trạng nhiễm trùng lan rộng bao gồm: nhiễm trùng vùng chậu, nhiễm trùng huyết hay toàn thân... Khi có tình trạng nhiễm trùng lan rộng, cần điều trị tích cực phù hợp theo mức độ nhiễm trùng.

- Chuyển tuyến khi vượt quá khả năng điều trị.

4.2. Kháng sinh

- Lựa chọn 1

Chọn một trong các kháng sinh sau đây:

+ Ampicillin 2 g tiêm tĩnh mạch (TM) mỗi 6 giờ + Gentamicin 5 mg/kg truyền TM mỗi 24 giờ (sau mổ lấy thai, thêm Clindamycin 900 mg hoặc Metronidazole 500 mg truyền TM mỗi 8 giờ), hoặc

+ Ampicillin - sulbactam 3 g tiêm TM mỗi 6 giờ, hoặc

+ Cefoxitin 2 g tiêm TM mỗi 8 giờ, hoặc

+ Cefotetan 2 g tiêm TM mỗi 12 giờ, hoặc

+ Mezlocillin 4 g tiêm TM mỗi 6 giờ.

- Lựa chọn 2: Nếu dị ứng nhẹ với Penicillin:

Cefazolin 2 g tiêm TM mỗi 8 giờ + Gentamicin 5 mg/kg truyền TM mỗi 24 giờ (sau mổ lấy thai, thêm Clindamycin 900 mg hoặc Metronidazole 500 mg truyền TM mỗi 8 giờ).

- Lựa chọn 3: Nếu dị ứng nặng với Penicillin:

Clindamycin 900 mg truyền TM mỗi 8 giờ hoặc Vancomycin 1 g truyền TM mỗi 12 giờ và Gentamicin truyền TM 5 mg/kg truyền TM mỗi 24 giờ.

Lưu ý: Vancomycin chỉ nên sử dụng trong trường hợp:

+ Người bệnh bị nhiễm GBS và đề kháng với Clindamycin hoặc Erythromycin, hoặc

+ Người bệnh nhiễm GBS và không có kết quả kháng sinh đồ.

- Nếu không đáp ứng với những kháng sinh trên:

+ Piperacillin-Tazobactam 4,5 g truyền TM mỗi 8 giờ, hoặc

+ Ertapenem 1 g truyền TM mỗi 24 giờ.

4.3. Thuốc hạ sốt: dùng theo chỉ định.

5. BIẾN CHỨNG

5.1. Trẻ sơ sinh

- Cấp: viêm phổi sơ sinh, viêm màng não, nhiễm trùng huyết, tử vong.

- Lâu dài: loạn sản phế quản phổi, bại não.

5.2. Biến chứng mẹ

- Bất thường về chuyển dạ: nhiễm trùng ối làm tăng nguy cơ chuyển dạ bất thường, tăng tỷ lệ mổ lấy thai, đờ tử cung, băng huyết sau sinh, cần truyền máu.

- Nhiễm trùng tại chỗ: tăng nguy cơ viêm nội mạc tử cung, nhiễm trùng vùng chậu, nhiễm trùng vết mổ.

- Nhiễm trùng huyết, rối loạn đông máu, hội chứng suy hô hấp (ít gặp nếu điều trị kịp thời), tử vong.

Lưu ý: cần thảo luận với bác sĩ sơ sinh để đánh giá và điều trị trẻ sơ sinh khi chẩn đoán nghi ngờ/xác định nhiễm trùng ối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

NHAU TIỀN ĐẠO

I. ĐỊNH NGHĨA

- Nhau tiền đạo (NTĐ) là bánh nhau không bám đáy ở tử cung (TC) mà một phần hay toàn bộ bánh nhau bám ở vùng đoạn dưới TC và cổ tử cung (CTC), làm cản trở đường đi của thai nhi khi chuyển dạ.

- Có 4 loại nhau tiền đạo:

- + Nhau bám thấp: bờ bánh nhau bám ở đoạn dưới TC, chưa đến lỗ trong CTC.
- + Nhau bám mép: bờ bánh nhau bám đến bờ lỗ trong CTC.
- + NTĐ bán trung tâm: bánh nhau che kín một phần lỗ trong CTC.
- + NTĐ trung tâm: bánh nhau che kín hoàn toàn lỗ trong CTC.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Cơ năng

- Có khi không có triệu chứng gì, chỉ phát hiện được NTĐ qua siêu âm.
- Ra huyết âm đạo đột ngột, lượng thay đổi, không kèm đau bụng khi thai gần cuối 3 tháng giữa hoặc đầu 3 tháng cuối.
- TC mềm, không căng đau.

2.1.2. Thực thể

- Ngôi thai bất thường (ngôi ngang, ngôi mông), ngôi đầu cao.
- Tim thai: không thay đổi, xuất hiện bất thường khi có biến chứng như choáng mất máu, bóc tách bánh nhau, hay biến chứng dây rốn.
- Đặt mỏ vịt: máu đỏ tươi từ lỗ trong CTC chảy ra.
- Khám âm đạo: thực hiện tại phòng mổ khi có ra huyết âm đạo lượng nhiều hoặc khi cần chấm dứt thai kỳ.

2.1.3. Toàn thân

Dấu hiệu sinh tồn tương xứng với lượng máu mất ra ngoài.

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: xác định vị trí nhau bám.

III. XỬ TRÍ

3.1. Nhau tiền đạo không triệu chứng

- Theo dõi điều trị ngoại trú: ngoài khám lâm sàng cần siêu âm xác định vị trí nhau bám.

- Giảm nguy cơ chảy máu:

+ Kiêng giao hợp, không làm nặng, không tập thể dục sau 20 tuần.

+ Không khám âm đạo.

+ Nếu có cơn gò TC hoặc ra huyết âm đạo cần nhập viện ngay.

- Giảm nguy cơ cho bé:

+ Liệu pháp Corticosteroids trước sinh cho thai từ 28 tuần đến 33 tuần 6 ngày.

+ Xác định thời điểm sinh mổ chủ động: khi thai 36-37 tuần.

- Tư vấn điều trị tuyến trên khi đến thời điểm sinh mổ.

3.2. Nhau tiền đạo đang ra huyết: là cấp cứu sản khoa, cần điều trị tại bệnh viện.

3.2.1. Nhau tiền đạo ra huyết âm đạo ít, thai chưa trưởng thành

- Xác định độ trưởng thành của phổi

- Cố gắng dưỡng thai đến 32-34 tuần. Sau tuần 34, cân nhắc giữa lợi ích cho mẹ và thai với nguy cơ mất máu ồ ạt.

- Liệu pháp Corticosteroids trước sinh: khi thai 28 tuần đến 33 tuần 6 ngày

- Truyền máu: khi Hb <10 g/dL.

- Có thể xuất viện khi không còn ra huyết trong vòng 48 giờ và không kèm bất kỳ yếu tố nguy cơ khác.

- Tư vấn chuyên tuyến trên.

- Chọn lựa cách chấm dứt thai kỳ:

+ Sinh ngả âm đạo: nếu là nhau bám thấp và ngôi đầu.

+ Thai dễ bị thiếu oxy do bánh nhau có thể bong non hay do biến chứng của dây rốn như sa dây rốn hay chèn ép dây rốn. Do đó, nếu biểu đồ tim thai bất thường thì mổ lấy thai ngay, ngoại trừ đang rặn sinh.

- Mổ lấy thai là cách chọn lựa cho những thể NTĐ khác.

+ May cầm máu vị trí nhau bám. Dùng thuốc co hồi TC: Oxytocin, Carbetocin, Methylergotamine (maleat), Prostaglandin.

+ Thất động mạch TC: khi cần.

+ Có thể cắt TC toàn phần, đặc biệt khi có nhau cài răng lược.

3.2.1. NTĐ ra huyết âm đạo nhiều

Là cấp cứu sản khoa, cần mổ lấy thai cấp cứu.

1. Lập 1 hay 2 đường truyền tĩnh mạch. Truyền dung dịch Lactated Ringer's hay dung dịch muối sinh lý, dung dịch cao phân tử (Gelatin succinyl + natri clorid + natri hydroxyd hoặc tinh bột este hóa (hydroxyethyl starch)) nhằm ổn định huyết động học và duy trì có nước tiểu, ít nhất 30 mL/giờ.

2. Xét nghiệm nhóm máu, chuẩn bị máu truyền, có thể 2-4 đơn vị máu. Truyền khi lượng máu mất vượt quá 30% thể tích máu (xuất huyết độ III) hoặc khi Hb < 10 g/dL.

3. Theo dõi huyết áp của mẹ bằng monitor. Đánh giá lượng nước tiểu mỗi giờ bằng sonde tiểu lưu. Ước lượng máu mất qua ngã âm đạo bằng cân hay bằng lượng băng vệ sinh.

Hội chẩn hỗ trợ tuyến trên, báo động toàn viện.

IV. BIẾN CHỨNG

NTĐ thường được chẩn đoán trước khi xuất huyết xảy ra. Theo dõi sát sản phụ và thai nhi có thể ngăn ngừa những biến chứng quan trọng.

- Biến chứng mẹ

+ Mất máu nhiều, choáng, tử vong.

+ Cắt TC, tổn thương hệ niệu.

+ Tăng nguy cơ nhiễm trùng, rối loạn đông máu, phải truyền máu.

- Biến chứng con: tình trạng non tháng gây tử vong chu sinh. Trẻ sơ sinh bị thiếu máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.

2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

PHẦN PHỤ KHOA

U XƠ TỬ CUNG

I. KHÁI NIỆM

U xơ tử cung là khối u lành tính, có nguồn gốc từ cơ trơn của tử cung, thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, tuổi thường gặp 35-50

Tùy theo vị trí khối u xơ chia thành:

Dưới thanh mạc

Trong Cơ TC

Dưới niêm mạc

Có thể ở CTC hoặc trong dây chằng

Phần lớn phụ nữ có u xơ tử cung không có triệu chứng lâm sàng nhưng cũng có thể có triệu chứng nặng

II. CHẨN ĐOÁN

Phần lớn phụ nữ có u xơ tử cung không có triệu chứng lâm sàng nhưng cũng có thể có triệu chứng nặng

Triệu chứng lâm sàng:

- Xuất huyết huyết tử cung bất thường: (gây rong kinh, rong huyết, cường kinh)

- Toàn thân bị thiếu máu, xanh xao, gầy sút nếu ra máu kéo dài.

- Các triệu chứng chèn ép vùng hạ vị: cảm giác trằn bụng, bón, tiểuắt nhất, bí tiểu, đau bụng...

Khám

- Tổng trạng có thể bình thường, hoặc nhợt nhạt, thiếu máu, xanh xao, gầy sút nếu ra máu kéo dài

- TC to chắc, mật độ không đều di động theo CTC

- Triệu chứng phúc mạc do khối u xơ TC thoái hóa hoặc hoại tử.

Cận lâm sàng:

- Siêu âm: thấy tử cung to, đo được kích thước u xơ, (chẩn đoán phân biệt polyp buồng tử cung, u nang buồng

- Nếu đủ điều kiện. Có thể sử dụng CT-scan, MRI trong những trường hợp khối u to cần chẩn đoán phân biệt.

Chẩn đoán phân biệt

- Với tử cung có thai: hỏi bệnh, khám lâm sàng, thử thai, siêu âm.

- Khối u buồng trứng: thường có vị trí và di động biệt lập với tử cung, siêu âm.

- Ung thư niêm mạc tử cung: hỏi bệnh, khám lâm sàng và siêu âm, nghi ngờ chuyển tuyến.

III. XỬ TRÍ

Phát hiện ra u xơ tử cung, nếu:

- Khối u nhỏ, không ảnh hưởng đến kinh nguyệt hay không có những rối loạn khác hện theo dõi khám định kỳ sau 6 – 12 tháng.

- Điều trị nội khoa chỉ định đối u xơ TC có triệu chứng. Thuốc có thể sử dụng:

Progestins:

+ Lynestrenol (orgametrinl) 5mg: Liều 1 viên x 2 lần/ngày (uống)

+ Norethisteron 5mg: Liều 1 viên x 2 lần/ ngày (uống)

+ Dydrogesteron 10-30mg/ ngày

Tùy theo mức độ xuất huyết hoặc nhu cầu có con:

+ Có thể điều trị từ ngày 16 đến 25

+ Hay từ ngày 5 đến 25 của chu kỳ

+ Hoặc liên tục trong 3- 6 tháng

- Điều trị ngoại khoa (mổ nội soi hay mổ mở) hoặc chuyên tuyến trên

+ U xơ TC to >12 tuần có triệu chứng

+ U xơ TC xuất huyết bất thường có biến chứng rong kinh, rong huyết, điều trị nội khoa không kết quả.

+ UXTC hoại tử, nhiễm trùng...

+ U xơ to, gây chèn ép.

+ U xơ làm biến dạng buồng tử cung, u xơ dưới niêm mạc gây chảy máu và nhiễm khuẩn.

Tùy theo tuổi, số lần có thai, mong muốn có thai để quyết định cách xử trí: bóc nhân xơ bảo tồn tử cung, gây tắc mạch hay cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.

U BUỒNG TRỨNG

I. ĐỊNH NGHĨA

U buồng trứng là các khối u của buồng trứng gặp ở phụ nữ mọi lứa tuổi, bao gồm u nguyên phát (dạng đặc hoặc dạng nang) và u thứ phát do di căn từ xa đến buồng trứng.

II. PHÂN LOẠI

2.1. U dạng nang

2.1.1. Nang buồng trứng cơ năng

Thường là những nang nhỏ, đường kính dưới 5-6cm, thường tồn tại trong một vài chu kỳ. Các loại nang cơ năng bao gồm:

- Nang bọc noãn: do nang De Graaf không vỡ vào ngày phóng noãn.
- Nang hoàng tuyền: thường gặp trong chửa trứng, ung thư nguyên bào nuôi hoặc quá kích buồng trứng ở người bệnh vô sinh.
- Nang hoàng thể.

2.1.2. Nang thực thể buồng trứng

Phần lớn nang lành tính, tuy nhiên vẫn có khả năng ác tính.

- U nang thanh dịch (dịch trong): có thể gặp cả 2 bên (30-35%), tỷ lệ ác tính 20-25%. Khám tiểu khung thấy khối u, hoặc siêu âm thấy khối u.
- U nang nhầy: thường có nhiều thủy chứa dịch nhầy đặc, kích thước thường to nhất trong các u buồng trứng. Tỷ lệ ác tính dưới 20%.
- U nang bì: còn gọi là u quái (teratoma), chứa các mô như răng, lông tóc, bã đậu. Nang bì thường lành tính nhưng cũng có thể trở thành ác tính, tỷ lệ ác tính 1-5%. Hay được phát hiện ở lứa tuổi 20-30 tuổi, ít khi gặp 2 bên.
- U lạc nội mạc tử cung: thường gây thống kinh, thường khó có thai.

2.2. U đặc và u thứ phát

Tỷ lệ ác tính cao hơn u dạng nang. U thứ phát tại buồng trứng do di căn từ cơ quan khác đến như u Krukenberg do ung thư dạ dày di căn.

2.3. U hỗn hợp

U vừa có thành phần nang lẫn đặc.

III. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Có thể tiến triển rất nhanh nếu là u ác tính.
- Xoắn nang: trên bệnh nhân có u buồng trứng đã được chẩn đoán trước hay chưa được chẩn đoán, đau bụng đột ngột. Hay gặp u bì.
- Chèn ép các tạng trong tiểu khung gây đau bụng, đái khó.
- Vỡ nang: thường xảy ra sau khi khối u buồng trứng bị xoắn không được mổ kịp thời.
- Xuất huyết trong nang.

- Ung thư hóa.

- U buồng trứng và thai kỳ: Được chẩn đoán qua khám thai định kỳ hoặc qua siêu âm. Có thể gặp bất kỳ loại nang nào nhưng hay gặp là nang hoàng thể hay nang bì, ít khi gặp nang ác tính. Nếu xoắn nang phải phẫu thuật cấp cứu, nếu không xoắn thì phẫu thuật vào đầu quý II của thai kỳ hoặc sau sinh. U nang có thể gây sảy thai, đẻ non, u tiền đạo, ngôi bất thường, xoắn u nang sau sinh.

IV. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào triệu chứng lâm sàng, siêu âm, xét nghiệm một số chất chỉ điểm khối u, đặc biệt là CA125 và HE4 (nếu có điều kiện).

4.1. Lâm sàng

- Cơ năng: thấy nặng hoặc đau tức vùng chậu, hoặc thấy bụng to ra; nhiều trường hợp không có triệu chứng cơ năng.

- Thực thể: khám thấy khối u hạ vụ, di động tách biệt với tử cung.

4.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm

- Chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ: hỗ trợ chẩn đoán bản chất và mức độ xâm lấn.

- Các chất chỉ điểm sinh học khối u: CA125, HE4 có nồng độ gia tăng.

V. XỬ TRÍ:

- U cơ năng: theo dõi, tái khám sau 3-6 tháng; có thể chỉ định thuốc viên tránh thai phối hợp trong thời kỳ theo dõi.

- U thực thể: tùy theo bản chất khối u, độ tuổi, nhu cầu sinh sản để có phương pháp phẫu thuật tương ứng.

- Nếu nghi ngờ ác chuyển tuyến phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.

XOẮN PHẦN PHỤ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xoắn phần phụ xảy ra khi phần phụ (buồng trứng và/hoặc vòi trứng) xoay một phần hay hoàn toàn quanh cuống mạch máu khiến phần phụ bị thiếu máu cục bộ. Vòi trứng hiếm khi xoắn đơn độc.

- Xoắn phần phụ đứng hàng thứ 5 trong số các trường hợp cấp cứu phụ khoa thường gặp, có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, thường gặp ở phụ nữ độ tuổi sinh sản (20–50 tuổi).

- Chẩn đoán và xử lý kịp thời xoắn phần phụ rất cần thiết để bảo tồn chức năng buồng trứng và ngăn ngừa biến chứng nặng nề.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- U buồng trứng, nang cạnh vòi trứng, nang cạnh buồng trứng (xoắn phần phụ dễ xảy ra khi kích thước $u > 5$ cm).

- Kích thước buồng trứng lớn (chu kỳ kích thích buồng trứng, buồng trứng đa nang...).

- Các dây chằng buồng trứng quá dài hoặc giãn.

- Có thai.

- Tiền căn xoắn phần phụ.

III. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định khi quan sát thấy phần phụ bị xoắn qua phẫu thuật.

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Hỏi bệnh

- Lý do đến khám thường là đau bụng dưới khởi phát đột ngột (gặp trong khoảng 90% trường hợp). Tính chất cơn đau: đau nhói, đau quặn hoặc đau âm ỉ, ở hạ vị hoặc lệch 1 bên, có thể lan sang mạn sườn, lưng hoặc bẹn. Đau có thể không liên tục trong trường hợp phần phụ bán xoắn và tự tháo xoắn.

- Buồn nôn và nôn có thể gặp ở 60–70% trường hợp.

- Sốt có thể gặp ở 10% bệnh nhân, thường là dấu hiệu xuất hiện trễ, do hoại tử mô.

Lưu ý các yếu tố:

- Tuổi người bệnh.

- Tình trạng kinh nguyệt, đang mang thai.

- Khối u phần phụ đã được chẩn đoán.

- Tiền sử xoắn phần phụ.

- Chu kỳ có kích thích buồng trứng.

3.1.2. Khám lâm sàng

- Sinh hiệu: tăng nhẹ nhịp tim, huyết áp và nhiệt độ. Hiếm gặp triệu chứng sốc do đau.

- Khám bụng chậu:

+ Ấn đau hạ vị hoặc hố chậu 1 bên. Mức độ đau thường trung bình đến nặng.

+ Sờ được một khối vùng chậu (60–90% người lớn, 20–36% trẻ vị thành niên).

+ Phản ứng phúc mạc là dấu hiệu hiếm gặp, ở giai đoạn muộn; do hoại tử, xuất huyết và viêm phúc mạc.

3.2. Cận lâm sàng

- Thử thai: hCG huyết thanh hoặc nước tiểu để xác định tình trạng có thai hay không.

- Siêu âm phụ khoa: có độ nhạy trong chẩn đoán xoắn phần phụ từ 46–75%.

+ Dấu hiệu thường gặp nhất trên siêu âm là buồng trứng có khối u hoặc hình ảnh buồng trứng to, phù nề mô đệm với nhiều nang nhỏ (8–12 mm) ở ngoại vi (dấu hiệu chuỗi ngọc trai – string of pearls). Kích thước buồng trứng hai bên không đối xứng, tỷ lệ thể tích 2 buồng trứng chênh lệch > 20 lần có giá trị tiên đoán dương cao với xoắn phần phụ.

+ Giảm hoặc mất dòng chảy khi phổi Doppler (40%). Tuy nhiên dòng máu có thể bình thường nếu buồng trứng được tháo xoắn tạm thời hoặc chỉ xoắn 1 phần hoặc siêu âm được thực hiện sớm trong giai đoạn tuổi máu động mạch còn bảo tồn, chỉ có dòng máu tĩnh mạch và hồi lưu bạch huyết bị cản trở.

+ Dấu hiệu xoáy nước.

+ Siêu âm ngả âm đạo có giá trị tiên đoán dương cao hơn so với siêu âm ngả bụng (94% so với 34%).

- CT Scan/MRI: chỉ định khi đau bụng không điển hình và không tìm thấy dấu hiệu gợi ý trên siêu âm. MRI và CT Scan có thể hữu ích khi cần loại trừ các nguyên nhân khác của đau vùng chậu.

- Lưu ý: chẩn đoán xoắn phần phụ cần có sự phối hợp các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, không chỉ căn cứ đơn thuần vào kết quả chẩn đoán hình ảnh.

- Xét nghiệm chỉ dấu sinh học brou khi nghi ngờ khi có ung thư buồng trứng.

- Công thức máu và điện giải đồ.

- Bạch cầu, CRP: có thể tăng nhẹ trong xoắn phần phụ, tuy nhiên không đặc hiệu. Trong trường hợp tăng nhiều, gợi ý viêm như viêm ruột thừa, viêm vùng chậu hơn là xoắn phần phụ.

- Ngoài ra, có thể thực hiện một số xét nghiệm loại trừ các nguyên nhân đau bụng cấp khác: tổng phân tích nước tiểu, X quang bụng đứng...

3.3. Chẩn đoán phân biệt

- U vùng chậu, không bị xoắn.

- Vỡ nang buồng trứng.

- Viêm vùng chậu, áp xe phần phụ.

- Viêm ruột, viêm túi thừa, viêm ruột thừa.
- Ung thư buồng trứng.
- Thai ngoài tử cung.
- Sỏi đường niệu.

IV. ĐIỀU TRỊ

Xoắn phần phụ là một cấp cứu ngoại khoa, cần được can thiệp phẫu thuật.

4.1. Tư vấn trước mổ

Bên cạnh tư vấn các nguy cơ của cuộc phẫu thuật, người bệnh cần được tư vấn:

- Khả năng nội soi ổ bụng không có xoắn phần phụ.
- Nguy cơ cắt phần phụ.
- Theo dõi sau phẫu thuật.
- Nguy cơ ác tính và nguy cơ xoắn phần phụ tái phát.
- Mong muốn điều trị tại viện hay chuyển tuyến trên.

4.2. Phương pháp phẫu thuật

- Phẫu thuật nội soi ổ bụng là phương pháp được ưu tiên trong trường hợp xoắn phần phụ. Tuy nhiên, nếu nghi ngờ ung thư nên phẫu thuật mở bụng mời hội chẩn ngoại.

- Lưu ý:

+ Người bệnh có lâm sàng nghi ngờ xoắn phần phụ nên được nội soi ổ bụng cấp cứu để chẩn đoán.

+ Thời gian trì hoãn phẫu thuật ảnh hưởng đến tỷ lệ bảo tồn chức năng buồng trứng.

+ Màu sắc xanh đen của buồng trứng thường là biểu hiện của ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch và hồi lưu bạch huyết hơn là biểu hiện của thiếu máu, do đó buồng trứng vẫn có khả năng phục hồi.

+ Tháo xoắn phần phụ không làm tăng nguy cơ thuyên tắc mạch.

+ Phẫu thuật bảo tồn buồng trứng bao gồm tháo xoắn kèm bóc u buồng trứng trong trường hợp xoắn phần phụ nên được thực hiện ngay cả khi buồng trứng có màu xanh đen (trừ trường hợp nghi ngờ ung thư buồng trứng hay người bệnh đã mãn kinh). Hoại tử buồng trứng cần cắt phần phụ khi mô buồng trứng hoại tử, bờ và dễ vỡ (rất hiếm gặp), sau tháo xoắn cần chờ đợi ít nhất 30 phút để đánh giá việc phục hồi tưới máu mô buồng trứng trước khi quyết định cắt phần phụ.

+ Nên cắt phần phụ khi xoắn phần phụ ở phụ nữ mãn kinh.

4.3. Theo dõi sau phẫu thuật

Tại viện: Theo dõi dấu hiệu tái xoắn, dấu hiệu viêm phúc mạc và nhiễm trùng huyết (sốt, đau bụng, cảm ứng phúc mạc, sinh hiệu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Ngày ban hành 15/12/2025

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO

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

Nhiễm khuẩn âm đạo do Gardnerella làm tăng nguy cơ viêm vùng chậu, mủm âm đạo sau cắt tử cung. Nếu có thai sẽ dễ bị vỡ ối non, nhiễm trùng ối, sinh non, viêm nội mạc tử cung sau sinh và sau mổ lấy thai.

I. NGUYÊN NHÂN

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

II. CHẨN ĐOÁN

Có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

- Lâm sàng: huyết trắng nhiều, màu trắng xám, rất hôi, nhất là sau giao hợp.
- Cận lâm sàng
- + Whiff test (+): nhỏ KOH 10% sẽ có mùi hôi như cá ươn.
- + Phết âm đạo: nhiều “Clue cell”, nhuộm gram có nhiều Cocobacille nhỏ (Clue cell có > 20% trong quang trường).

III. ĐIỀU TRỊ

Dùng đường uống hay đặt âm đạo

- Metronidazole 500 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống trong bữa ăn), hoặc
- Metronidazole gel 0,75% (5g)/ngày trong 5 ngày (bơm âm đạo), hoặc
- Clindamycin 300 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống), hoặc
- Clindamycin 100 mg x 1 lần/ngày x 3 ngày (đặt âm đạo), hoặc
- Dequalinium clorid 10 mg x 1 lần/ngày x 6 ngày (đặt âm đạo), hoặc
- Policresulen 90 mg x 1 lần/ngày x 6 ngày (đặt âm đạo).

Vệ sinh tại chỗ

- Povidon iodine 10%.
- Acid lactic + Lactoserum atomisat.

Lưu ý: Metronidazole không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ.

IV. THEO DÕI

- Tái khám khi có gì lạ.
- Khám phụ khoa định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

VIÊM ÂM ĐẠO DO NẤM

I. ĐẠI CƯƠNG

75% phụ nữ bị viêm âm đạo do nấm 1 lần trong đời.

II. NGUYÊN NHÂN - YẾU TỐ THUẬN LỢI

2.1. Yếu tố thuận lợi

Dùng kháng sinh phổ rộng, kéo dài; gia tăng glycogen âm đạo: thai kỳ, đái tháo đường, thuốc ngừa thai chứa estrogen liều cao; suy giảm miễn dịch; môi trường âm đạo ẩm, ướt.

2.2. Nguyên nhân

Nấm Candida Albicans.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

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

3.2. Cận lâm sàng

Soi nhuộm có sợi tơ nấm hoặc bào tử nấm.

IV. ĐIỀU TRỊ (thuốc uống, đặt âm đạo, thoa ngoài da)

- Thuốc đặt âm đạo
 - + Nystatin 100.000 đv đặt âm đạo 1 viên/ngày x 14 ngày, hoặc
 - + Miconazole hay Clotrimazole 100 mg đặt âm đạo 1 lần/ngày x 7 ngày,hoặc
 - + Miconazole hay Clotrimazole 200 mg đặt âm đạo 1 lần/ngày x 3 ngày,hoặc
 - + Clotrimazole 500 mg đặt âm đạo 1 viên duy nhất, hoặc
 - + Econazole 150 mg đặt âm đạo 1 viên/ngày x 3 ngày, hoặc
 - + Econazole nitrat 150 mg (vi hạt) đặt âm đạo 1 viên/12 giờ x 1 ngày, hoặc
 - + Miconazole 1200 mg đặt âm đạo 1 viên duy nhất.

- Thuốc uống
 - + Fluconazole 150 mg uống 1 viên duy nhất, hoặc
 - + Itraconazole 100 mg uống 2 viên/ngày x 3 ngày.
- Thuốc bôi
 - + Bôi thuốc kháng nấm ngoài da (vùng âm hộ) 7 ngày: Clotrimazole.
- Vệ sinh tại chỗ
 - + Natri hydrocarbonat 5 g pha rửa âm hộ.
 - + Povidon iodine 10%.

Lưu ý:

- Chỉ điều trị cho người bạn tình khi có một trong các triệu chứng sau
- + Có triệu chứng viêm ngứa quy đầu.
 - + Có nấm trong nước tiểu.
 - + Trường hợp người phụ nữ bị tái phát nhiều lần.

V. THEO DÕI

- Tái khám khi có dấu hiệu bất thường.
- Khám phụ khoa định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

DOẠ SẼY THAI, SẼY THAI 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ

A. DOẠ SẼY THAI

I. 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.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Phụ nữ có thai kèm ra máu âm đạo lượng ít, màu đỏ tươi hoặc bầm đen.
- Có thể có cảm giác trằn bụng dưới, đau âm ỉ vùng hạ vị hoặc đau lưng.

2.1.2. Khám lâm sàng

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

2.2. Cận lâm sàng

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

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Thai ngoài tử cung
- Thai trứng

III. XỬ TRÍ

- Nằm nghỉ, ăn nhẹ, tránh táo bón.
- Tư vấn cho người bệnh và gia đình những tiến triển có thể xảy ra, nên tránh lao động nặng, tránh giao hợp ít nhất 2 tuần sau khi hết ra máu âm đạo.
- Progesterone tự nhiên để giảm co thắt tử cung, liều 200–400 mg/ngày (đặt âm đạo hoặc uống), hoặc
- Progesterone tự nhiên tiêm bắp, hoặc
- Dydrogesterone: một liều khởi đầu 40mg, sau đó duy trì 10mg × 2–3 lần/ngày (uống), tiếp tục đến khi thai 16 tuần.
- Không nên dùng các loại progesterone tổng hợp vì có khả năng gây dị tật thai, nhất là trong giai đoạn tạo cơ quan 2 tháng đầu thai kỳ.

B. SẦY THAI

I. SẦY THAI KHÓ TRÁNH

1.1. Lâm sàng

- Ra máu âm đạo nhiều, đỏ tươi.
- Đau hạ vị từng cơn, ngày càng tăng.
- Khám âm đạo: cổ tử cung mở, đôi khi có ối vỡ.

1.2. Xử trí

- Kháng sinh dự phòng (thường dùng đường uống).
- Nạo hút thai + gửi giải phẫu bệnh.
- Thuốc gò tử cung.

II. SẦY THAI DIỄN TIẾN

2.1. Lâm sàng

- Ra máu âm đạo nhiều, có máu cục. Người bệnh có thể bị choáng.
- Đau quặn từng cơn vùng hạ vị do tử cung co thắt mạnh để tống thai ra.
- Khám âm đạo: đoạn dưới tử cung phình to, cổ tử cung mở, đôi khi có thể thấy khối nhau thai lồi ở cổ tử cung.

2.2. Xử trí

Ngày ban hành 15/12/2025

- Nếu có choáng, phải hồi sức chống choáng.
- Nạo hút thai nhanh để cầm máu + gửi giải phẫu bệnh.
- Kháng sinh (đường uống).

III. SẢY THAI KHÔNG TRỌN

3.1. Lâm sàng

- Thường đã có triệu chứng dọa sảy thai trước đó.
- Đau bụng, ra huyết nhiều hơn.
- Có thể ghi nhận có mảnh mô được tổng xuất ra khỏi âm đạo. Sau đó vẫn tiếp tục ra máu âm đạo và còn đau bụng lâm râm.
- Khám âm đạo: cổ tử cung còn hé mở hay đóng kín, thân tử cung còn to hơn bình thường.
- Siêu âm: có thể thấy hình ảnh sót nhau trong buồng tử cung.

3.2. Xử trí

- Kháng sinh (đường uống).
- Nạo kiểm tra buồng tử cung để lấy phần nhau sót ra, gửi giải phẫu bệnh.
- Thuốc gò 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 bang huyết, tụt huyết áp: phải hồi sức tích cực, vừa hồi sức vừa nạo thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

THAI NGOÀI TỬ CUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Thai ngoài tử cung (TNTC) là trứng thụ tinh làm tổ và phát triển ở một vị trí ngoài buồng tử cung.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Viêm sinh dục, đặc biệt do Chlamydia trachomatis
- Tiền sử phẫu thuật ống dẫn trứng: tái tạo ống dẫn trứng, nối ống dẫn trứng sau triệt sản
- Tiền sử TNTC
- Hỗ trợ sinh sản: kích thích rụng trứng, thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) và chuyển phôi
- Bất thường giải phẫu ống dẫn trứng: polyp, túi thừa...
- Đặt dụng cụ tử cung ít có nguy cơ TNTC hơn những người không áp dụng phương pháp tránh thai nào.
- Nội tiết tránh thai đường uống, tránh thai khẩn cấp thất bại, tiền căn phá thai, sảy thai hay mổ lấy thai không làm tăng nguy cơ TNTC.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Thai ngoài tử cung tại ống dẫn trứng chưa vỡ

3.1.1 Cơ năng: tam chứng điển hình gồm trễ kinh, rong huyết, đau bụng.

3.1.2. Thực thể:

- Không thay đổi sinh hiệu.
- Bụng không căng hay căng nhẹ, có thể có phản ứng phúc mạc.
- Âm đạo ra huyết hoặc không.
- Tử cung hơi to, mềm.
- Cổ tử cung tím, mềm.
- Có thể sờ được khối cạnh tử cung đau, nề.

3.1.3. Cận lâm sàng:

- Định lượng β -hCG:
 - + Thực hiện đo nồng độ β -hCG 2 lần cách nhau mỗi 48 giờ.
 - + Nếu β -hCG tăng tối thiểu 60%: theo dõi thai trong tử cung.
 - + Lặp lại β -hCG 2–7 ngày sau đó tùy vào sự thay đổi của β -hCG cách nhau 48 giờ.
- Siêu âm:
 - + Siêu âm chẩn đoán xác định TNTC khi có túi thai có yolk sac hoặc phôi hoặc cả hai nằm ở phần phụ và lòng tử cung trống, không có túi thai.

- + β -hCG > 1.500 mIU/mL: siêu âm ngả âm đạo thấy túi thai.
- + β -hCG > 6.500 mIU/mL: siêu âm ngả bụng thấy túi thai.
- + Phân biệt với túi thai giả: túi thai thật có hai vòng đồng tâm được chia bởi khoảng echo kém, có viền hồi âm dày (màng rụng bao) và nằm lệch một bên nội mạc tử cung.
- + Hình ảnh TNTC điển hình là vòng nhẫn/vòng ống, dấu hiệu vòng tròn lửa (“ring of fire” sign) qua siêu âm Doppler.
- + Nếu siêu âm ngả âm đạo không thấy thai trong tử cung và β -hCG < 1.500 mIU/mL có thể do (1) thai trong tử cung bình thường nhưng quá sớm; (2) thai trong tử cung bất thường; (3) mới sảy thai; (4) thai ngoài tử cung; (5) thai không xác định vị trí.

3.1.4. Nội soi ổ bụng

Là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán TNTC nhưng nếu thai quá nhỏ có thể bỏ sót khoảng 2–5% trường hợp không phát hiện được vị trí thai.

3.1.5. Hút/nạo sinh thiết buồng tử cung

- Được chỉ định khi thai không phát triển trong lòng tử cung hoặc siêu âm không xác định vị trí thai.
- Chẩn đoán sảy thai sớm khi hiện diện tế bào lông nhau trong mô bệnh phẩm và β -hCG giảm > 50% sau 12–24 giờ.
- Nếu không thấy tế bào nhau và β -hCG bình nguyên hoặc tăng sau hút buồng tử cung gợi ý còn sót nhau hoặc có TNTC.

3.2. Thai ngoài tử cung ở ống dẫn trứng đã vỡ

- Cơ năng: trễ kinh, rong huyết, đau hạ vị, có thể có các triệu chứng kích thích phúc mạc.
- Thực thể:
 - + Thay đổi sinh hiệu
 - + Chỉ số sốc tăng
 - + Bụng căng đau, có phản ứng thành bụng
 - + Khám âm đạo: tử cung và phần phụ khó xác định do đau. Cùng đồ sau căng đau.
- Chọc dò cùng đồ: có máu sậm không đông. Cần nhắc tính cần thiết của việc thực hiện chọc dò cùng đồ sau.

3.3. Huyết tụ thành nang

- Triệu chứng: trễ kinh, rong huyết, đau vùng chậu kéo dài.
- Có thể có triệu chứng kích thích bàng quang, trực tràng.
- Thiếu máu.
- Khám âm đạo: khối cạnh tử cung có giới hạn không rõ, căng đau.

3.4. Thai trong ổ bụng

Ngày ban hành 15/12/2025

- Xuất độ: 1/10.000–1/25.000 trường hợp sinh sống.
- Cơ năng: giống như TNTC ở ống dẫn trứng.
- Thực thể: Sờ bụng có thể chạm các phần thai nằm sát thành bụng 50–70% trường hợp có ngôi thai bất thường.
- Khám âm đạo kết hợp khám bụng: phát hiện thai nằm bên ngoài một tử cung kích thước bình thường.
- Siêu âm: thai nằm ngoài tử cung, xen giữa các quai ruột, thai chậm tăng trưởng, kích thước nhỏ hơn tuổi thai.

3.5. Thai ở cổ tử cung

- Chiếm khoảng 1/9.000 – 1/12.000 thai kỳ.
- Siêu âm: lòng tử cung trống, cổ tử cung phình tròn, tử cung hình đồng hồ cát, túi thai hiện diện bên dưới chỗ vào của động mạch tử cung.

3.6. Thai ở buồng trứng

- Chiếm 1/7.000 – 1/40.000 thai kỳ.
- Triệu chứng giống như TNTC ở những vị trí khác.

V. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

4.1. Điều kiện điều trị Methotrexate (MTX) đơn liều

- Huyết động học ổn định (không sốc).
- β -hCG \leq 5.000 mUI/mL. Kích thước khối thai < 4 cm (qua siêu âm).
- Không có phôi thai, tim thai trong khối TNTC (qua siêu âm).
- Bệnh nhân đồng ý điều trị tại bệnh viện.

4.2. Chống chỉ định điều trị nội khoa

- Huyết động học không ổn định, có dấu hiệu choáng, Hb/Hct giảm.
- Có dấu hiệu vỡ: đau bụng dưới nhiều và tăng dần, siêu âm lượng dịch ổ bụng ước lượng > 300 mL hay có dịch ổ bụng.
- Có phôi hợp thêm thai trong tử cung.
- Đang cho con bú.
- Dị ứng MTX.
- Có các bệnh nội khoa: suy gan, suy thận, loét dạ dày, suy giảm miễn dịch, suy tủy...
- Người bệnh từ chối điều trị MTX hoặc không thể theo dõi lâu dài.
- Bất thường xét nghiệm tiền hóa trị (bạch cầu < 3.000/mm³, tiểu cầu < 100.000/mm³, tăng men gan SGOT, SGPT > 100 UI/L, tăng BUN creatinine, rối loạn đông máu...).

4.3. Xét nghiệm tiền hóa trị

- Tổng phân tích tế bào máu.

- Nhóm máu ABO, Rhesus.
- Đông máu toàn bộ.
- Chức năng gan, chức năng thận.
- X-quang tim phổi thẳng.
- ECG.

4.4. Phác đồ điều trị TNTC bằng MTX

- Tiêm bắp (TB) MTX 50 mg/m² bề mặt da hoặc 1 mg/kg vào ngày thứ 1 (liều 1).
- Định lượng β -hCG các ngày 4 và 7:
 - + Nếu β -hCG giảm $\geq 15\%$ ngày 7 so với ngày 4: định lượng β -hCG hàng tuần cho đến khi âm tính.
 - + Nếu β -hCG giảm $< 15\%$ ngày 7 so với ngày 4: tư vấn chuyển tuyến trên.

4.5. Tác dụng không mong muốn của MTX

- Triệu chứng đường tiêu hoá: buồn nôn, nôn, viêm niêm mạc miệng thường gặp sau nhiều liều MTX.
 - Xuất huyết âm đạo lượng ít.
 - Đau bụng thường gặp sau tiêm MTX 2–3 ngày. Nếu loại trừ đau bụng do vỡ ống dẫn trứng và huyết động học ổn định thì theo dõi hemoglobin và lượng dịch ổ bụng qua siêu âm.
 - Tăng men gan thường trở về bình thường sau khi ngừng tiêm MTX.
 - Rụng tóc: hiếm gặp.
 - Viêm phổi: người bệnh cần báo với bác sĩ khi có sốt hoặc bất cứ triệu chứng hô hấp.

4.6. Lưu ý khi điều trị MTX

- Nên tránh các hoạt động thể lực mạnh và không quan hệ tình dục cho đến khi điều trị khỏi vì nguy cơ vỡ TNTC.
- Không nên sử dụng các thực phẩm hoặc thuốc có chứa acid folic, thuốc kháng viêm không steroid trong quá trình điều trị vì có thể làm giảm hiệu quả MTX.
- Tránh tiếp xúc ánh nắng mặt trời trong quá trình điều trị nhằm hạn chế nguy cơ viêm da do MTX.
 - Khuyến cáo trì hoãn mang thai ít nhất 3 tháng sau liều MTX cuối cùng.
 - Siêu âm không được chỉ định thường quy để theo dõi đáp ứng điều trị.

V. ĐIỀU TRỊ TNTC KHÔNG CAN THIỆP

- Cần nhắc theo dõi đối với TNTC khi:
 - + β -hCG < 200 mUI/mL (88% TNTC sẽ tự thoái triển).
 - + β -hCG < 1.000 mUI/mL kèm huyết động học ổn định, kích thước khối TNTC < 2 cm (77% TNTC tự thoái triển).

Tuy nhiên, cần tư vấn nguy cơ có thể vỡ khối TNTC và phải phẫu thuật.

VI. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA TNTC TẠI ỐNG DẪN TRỨNG

6.1. Phẫu thuật nội soi cắt ống dẫn trứng

- Huyết động không ổn định, có triệu chứng vỡ của khối TNTC hoặc dấu hiệu chảy máu trong ổ bụng: đau bụng nhiều, dịch ổ bụng...

- Có chống chỉ định hoặc thất bại với điều trị nội khoa MTX.

- Có chỉ định phẫu thuật đi kèm như: đoạn sản, cắt ống dẫn trứng bị ứ dịch và chuẩn bị TTTON.

6.2. Phẫu thuật nội soi xén góc tử cung lấy khối thai ở đoạn kẽ.

6.3. Khi người bệnh có choáng mất máu phải phẫu thuật mở bụng hở, không thực hiện phẫu thuật nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.

2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

ÁP XE VÚ

I. ĐỊNH NGHĨA

- Áp xe vú là tình trạng tụ mủ khu trú ở mô vú.

- Trong giai đoạn tiết sữa, xuất độ viêm vú 1–10%.

- Áp xe vú chiếm 3–11% viêm vú và 0,1–0,3% phụ nữ nuôi con bằng sữa mẹ.

II. PHÂN LOẠI – TÁC NHÂN GÂY BỆNH – YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Phân loại

- Áp xe vú nguyên phát:

+ Áp xe vú trong giai đoạn tiết sữa.

+ Áp xe vú ngoài giai đoạn tiết sữa.

- Áp xe vú thứ phát:

+ Sau nhiễm trùng vùng dưới da núm vú: viêm tuyến bã, xạ trị.

2.2. Tác nhân gây bệnh

- Giai đoạn tiết sữa: *Staphylococcus aureus* (93%).

- Ngoài giai đoạn tiết sữa: *Staphylococcus aureus* (40%), *Staphylococcus coagulase* (40%)...

2.3. Yếu tố nguy cơ

- Viêm vú hậu sản điều trị không hiệu quả.

- Những nguyên nhân gây tắc tuyến sữa.

- Các tình trạng làm suy giảm miễn dịch.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Toàn thân
- + Biểu hiện nhiễm trùng
- + Sốt
- + Hạch nách cùng bên
- Tại chỗ
- + Khối ở vú có thể sưng nóng đỏ đau, có dấu phập phều, chọc ra mủ hoặc có thể chảy mủ qua núm vú
- + Nội tĩnh mạch dưới da.

3.2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu
- CRP
- Siêu âm vú
- Cây mủ

3.3. Chẩn đoán phân biệt

- Cương tức tuyến vú
- Tắc ống dẫn sữa
- Galactocele (bọc sữa)
- Ung thư vú giai đoạn viêm cấp (bằng FNA hoặc sinh thiết tất cả các trường hợp áp xe vú ngoài thời kỳ hậu sản để loại trừ ung thư).

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Xử trí tổng quát

- Chườm lạnh
- Tiếp tục nuôi con bằng sữa mẹ hay vắt sữa (cắt sữa trong trường hợp không nuôi con bằng sữa mẹ hay nhiễm trùng nặng, áp xe tái phát nhiều lần).

4.2. Điều trị nội khoa

- Kháng sinh – kháng viêm – giảm đau
- Nguyên tắc điều trị kháng sinh
- + Điều trị kháng sinh ngay khi có chẩn đoán xác định.
- + Điều chỉnh kháng sinh khi có kết quả kháng sinh đồ.
- + Điều trị kháng sinh trước và duy trì 10–14 ngày sau dẫn lưu ổ mủ.
- Nhiễm trùng nhẹ

+ Dicloxacillin hoặc Cloxacillin 500 mg, 1 viên × 4 lần/ngày, uống trong 10–14 ngày.

+ Nếu không đáp ứng trong 24–48 giờ, chuyển sang: Cephalexin 500 mg, 1 viên × 4 lần/ngày, uống trong 10–14 ngày.

Hoặc Cefadroxyl 500 mg, 2 viên × 2 lần/ngày, uống trong 10–14 ngày.

Hoặc Amoxicillin–clavulanate 625 mg, 1 viên × 3 lần/ngày, uống trong 10–14 ngày.

+ Nếu nghi ngờ kỵ khí (áp xe dưới quần vú) phối hợp thêm: Clindamycin 300 mg, 1 viên × 4 lần/ngày, uống 10–14 ngày.

Hoặc Metronidazole 250 mg, 2 viên × 2 lần/ngày, uống 10–14 ngày.

+ Nếu nghi ngờ tụ cầu đề kháng Methicillin (MRSA): Trimethoprim/Sulfamethoxazole 160 mg/800 mg, 1 viên × 2 lần/ngày, uống 10–14 ngày.

Hoặc Clindamycin 300 mg, 1 viên × 4 lần/ngày, uống 10–14 ngày.

- Nhiễm trùng nặng

+ Vancomycin (15 mg/kg truyền tĩnh mạch mỗi 12 giờ)

+ Có thể phối hợp Cephalosporin thế hệ 3 hoặc beta-lactam/chất ức chế beta-lactamase

4.3. Điều trị ngoại khoa

- Đường kính ổ áp xe < 3 cm: chọc hút bằng kim 18–19G + bơm rửa bằng NaCl 0,9% dưới hướng dẫn của siêu âm. Chọc hút tối đa 3 lần. Nếu không đáp ứng rạch: rạch dẫn lưu.

- Đường kính ổ áp xe từ 3–5 cm: chọc hút + dẫn lưu bằng catheter dưới hướng dẫn của siêu âm.

- Đường kính ổ áp xe > 5 cm: rạch dẫn lưu.

4.4. Theo dõi

- Chăm sóc vết thương hằng ngày: bơm rửa ổ áp xe, dẫn lưu bằng penrose hoặc meche.

- Nặn hút sữa, nuôi con bằng sữa mẹ.

- Theo dõi 3 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.

2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

CHĂM SÓC CHUNG HẬU PHẪU

I. NGÀY 1 (≤ 24 GIỜ SAU MỔ)

1.1. Theo dõi

- Tổng trạng, tri giác.
- Dấu hiệu sinh tồn.
- Nước tiểu mỗi 4-6 giờ.
- Tình trạng bụng mỗi 4-6 giờ: các vết mổ có chảy máu, tụ máu không; bụng có chướng, có phản ứng thành bụng không.
- Âm đạo có ra huyết, ra dịch không.
- Có nhu động ruột và trung tiện chưa.

1.2. Dịch truyền: 2000 mL/ngày (có thể cho NaCl 0,9%, Glucose 5%, Lactated Ringer's).

- Kháng sinh.
- 12 giờ sau mổ cho ăn loãng (nếu không có lưu ý gì từ phẫu thuật viên...), và ăn lại bình thường khi có nhu động ruột.
- Vận động sớm tại chỗ (ngồi dậy, đi quanh giường...).
- Rút sonde tiểu - ống dẫn lưu khi có chỉ định bác sĩ.

II. NGÀY 2 ĐẾN KHI XUẤT VIỆN

2.1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, hô hấp, nước tiểu mỗi 12 giờ.
- Tình trạng bụng (chướng, phản ứng thành bụng, vết mổ, ...).
- Âm đạo có ra huyết, ra dịch không.
- Có trung tiện lại chưa.
- Khuyến khích ngồi dậy, đi lại nhiều hơn.
- Ngưng dịch truyền hoàn toàn, nếu không có chỉ định đặc biệt.
- Cho ăn uống lại bình thường.
- Khám âm đạo trước khi xuất viện.
- Lấy kết quả giải phẫu bệnh trước khi ra viện nếu có yêu cầu.

2.2. Hướng dẫn khi xuất viện

- Lấy kết quả giải phẫu bệnh 2 tuần sau xuất viện, trừ có yêu cầu đặc biệt từ phẫu thuật viên.
- Hướng dẫn theo dõi 4-6 tuần sau mổ tùy theo tình trạng bệnh.
- Trở lại bệnh viện hoặc cơ sở y tế gần nhất ngay khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, sốt, ra huyết,...).
- Dặn cắt chỉ 6 ngày sau mổ tại bệnh viện hay cơ sở y tế địa phương.

- Tư vấn người bệnh chế độ dinh dưỡng đầy đủ, không ăn kiêng.
- Tư vấn những trường hợp phẫu thuật có tai biến, tái khám khi có triệu chứng bất thường và giới thiệu khám chuyên khoa.

III. ĐÁNH GIÁ SAU MỔ VÀ TRƯỚC XUẤT VIỆN

3.1. Mổ cắt tử cung

- Mổ cắt có chảy máu không, nếu chảy máu nhiều: khâu cầm máu mổ cắt.
- Mổ cắt có viêm không (sốt, đau bụng, dịch âm đạo hôi, mổ cắt phù nề, ấn đau nhiều, bạch cầu đa nhân trung tính tăng, CRP tăng, siêu âm phù nề mổ cắt...), nếu có: đổi kháng sinh liều cao, phổ rộng + phối hợp rửa âm đạo hằng ngày với Povidon iodine và đánh giá lại.
 - + Diễn tiến tốt: hết sốt, hết đau bụng, bạch cầu giảm, CRP giảm...
 - + Nếu diễn tiến không tốt (tụ dịch mổ cắt): phá mổ cắt, kháng sinh phổ rộng + phối hợp rửa âm đạo 5 ngày.
- Hẹn tái khám 4-6 tuần sau mổ tại phòng khám phụ khoa hoặc trở lại bệnh viện ngay khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, sốt, ra huyết,...).

3.2. Mổ u buồng trứng ở người bệnh có thai

- Giảm gò tử cung sau mổ: Progesterone 25 mg 2 ống x 2 lần/ngày, tiêm bắp trong 5 ngày hoặc Progesterone 100 mg 1 viên x 2 lần/ngày, đặt âm đạo trong 5 ngày.
- Theo dõi tim thai, tình trạng ra huyết âm đạo.
- Lấy kết quả giải phẫu bệnh sớm nếu có nghi ngờ ung thư.
- Siêu âm kiểm tra tình trạng thai trước khi xuất viện.
- Hẹn tái khám 4 tuần sau mổ hay trở lại bệnh viện ngay khi có dấu hiệu bất thường.

VI. CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG SAU MỔ

4.1. Vết thương sạch khô

- Thay băng vết thương cách ngày.
- Cắt chỉ sau mổ 6 ngày.

4.2. Vết thương chảy máu

- Chảy máu ít thấm băng: thay băng và băng ép chặt vết thương.
- Chảy máu nhiều: kiểm tra vết thương, may cầm máu.

4.3. Tụ máu vết thương

- Thể hiện bằng một đám bầm tím gồ lên vết mổ.
- Xử trí: cắt một mối chỉ lấy hết máu cục, rửa sạch vết thương, băng ép.

4.4. Nhiễm trùng vết mổ

- Xảy ra ngày thứ 4 -5 sau mổ, vết mổ sưng đau.
- Cắt một mối chỉ để thoát dịch, để hở vết mổ.

- Điều trị kháng sinh và may da thì 2.

4.5. Phản ứng chỉ thành bụng

- Trong thời kỳ hậu phẫu, tại một chỗ vết mổ tấy đỏ, chảy một ít dịch đục như mủ. Sau đó tự hết lại, dần dần xuất hiện nhiều lỗ dò khác, chỉ khỏi khi lấy chỉ ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2022, Bệnh viện Từ Dũ.

XỬ TRÍ THAI NGỪNG TIẾN TRIỂN, SẦY THAI TAM CÁ NGUYỆT I I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa thai ngừng tiến triển sớm trong tử cung:

- Thai ngừng tiến triển sớm được định nghĩa là thai không có khả năng sống trong tử cung biểu hiện hoặc túi thai trống (không phôi và có hay không có yolksac) hoặc túi thai chứa phôi hay thai không có hoạt động tim thai trong tam cá nguyệt I.

- Các dạng thai ngừng tiến triển sớm: sảy thai không trọn, sảy thai hoàn toàn, sảy thai khó tránh, trứng trống, thai ngừng tiến triển.

1.2. Tần suất:

- Chiếm khoảng 10% toàn bộ các thai kỳ trên lâm sàng
- 80% hư thai trong thai kỳ xảy ra trong tam cá nguyệt I

1.3. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ:

- Khoảng 50% hư thai sớm do bất thường nhiễm sắc thể
- Các yếu tố nguy cơ phổ biến: mẹ lớn tuổi và có tiền căn hư thai sớm
- Các nguyên nhân dễ nhận thấy liên quan đến thai ngừng tiến triển chẳng hạn như: mẹ béo phì, đái tháo đường, nhiễm trùng, rối loạn đông máu, viêm nội mạc tử cung, các bệnh tự miễn, lạm dụng chất gây nghiện, hóa trị ung thư.
- U xơ tử cung đôi khi cũng có thể có ảnh hưởng trực tiếp làm tổ ảnh hưởng trong thai ngừng tiến triển.
- Chấn thương trực tiếp vào vùng bụng.
- Dị dạng tử cung, dính buồng tử cung, đa thai, dị dạng dây rốn, hoại tử bánh nhau...
- Tất cả các rối loạn về nội tiết như: cường giáp, suy giáp, tiểu đường, hội chứng Cushing, suy hoàng thể... có thể gây nên tình trạng thai ngừng tiến triển.
- Tác nhân phóng xạ, thuốc lá, chất hóa học... Ngoài ra, tuổi mẹ trên 40, đời sống kinh tế thấp cũng góp phần tăng tỷ lệ thai ngừng tiến triển.

II. CHẨN ĐOÁN

- Các triệu chứng của thai ngừng tiến triển sớm có thể giống chảy máu và đau do thai bụng dưới cũng có trong thai bình thường, thai ngoài tử cung hay thai trứng. Do đó trước khi điều trị cần phân biệt với các biến chứng thai kỳ sớm này.

- Chẩn đoán dựa vào hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng, siêu âm ngã âm đạo và xét nghiệm β hCG. Chẩn đoán các biến chứng thai kỳ dựa vào siêu âm hay xét nghiệm β hCG nhiều lần để chẩn đoán. Chẩn đoán các dạng thai ngừng tiến triển sớm chủ yếu dựa vào siêu âm.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Thai bình thường
- Thai ngoài tử cung
- Thai trứng

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Chuẩn bị

- Xét nghiệm: công thức máu, nhóm máu, đông máu toàn bộ, chức năng gan thận...
- Phòng rối loạn đông máu, cầm máu.

4.2. Phá thai ngoại khoa

- Sử dụng hút chân không
- Kết hợp chuẩn bị CTC misoprostol 200 mcg \times 03 viên ngậm cạnh má hay ngậm dưới lưỡi khi CTC đóng kín hay thai \geq 9 tuần ở con so hay trứng trống có kích thước lớn (50 mm).

4.3. Phá thai nội khoa

Là phương pháp chấm dứt thai ngừng tiến triển trong tử cung bằng cách sử dụng misoprostol đơn thuần gây sảy thai, cho các thai ngừng tiến triển đến 12 tuần.

4.3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Bệnh lý tuyến thượng thận
- Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày
- Tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch hoặc có tiền sử tắc mạch
- Huyết động học không ổn định
- Nhiễm trùng vùng chậu và/hay nhiễm trùng huyết
- Nghi ngờ thai ngoài tử cung hay thai trứng, thai đóng trên sẹo mổ cũ
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông
- Thiếu máu nặng
- Dị ứng misoprostol
- Sẹo mổ sanh thân tử cung hay bóc nhân xơ

4.3.2. Tương đối

- Đang cho con bú ngưng cho con bú trong các ngày uống thuốc phá thai
- Đang đặt DCTC (có thể lấy DCTC trước phá thai bằng thuốc)
- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần điều trị)

4.4. Cơ sở vật chất

- Phòng thủ thuật: bảo đảm tiêu chuẩn quy định
- Phương tiện cấp cứu
- khay dụng cụ thai và nhau
- Dụng cụ kiểm soát buồng tử cung
- Các phương tiện xử lý dụng cụ và chất thải
- Thuốc: misoprostol, giảm đau, chống choáng và thuốc tăng co

4.5. Các bước thực hiện

4.5.1. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử nội ngoại khoa (tim mạch, gan, thận, rối loạn đông máu...), thuốc đang dùng, tiền căn dị ứng thuốc, sản phụ khoa (mổ sanh).
- Hỏi ngày đầu kỳ kinh cuối, tính tuổi thai.
- Siêu âm ngả âm đạo tính tuổi thai.
- Khám lâm sàng tổng quát và phụ khoa.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, Rh, đông máu nếu cần.
- Khách hàng ký cam kết tự nguyện (dưới 18 tuổi phải có người giám hộ).

4.5.2. Tư vấn phá thai bằng thuốc

- Giới thiệu 2 phương pháp: nội khoa và ngoại khoa để khách hàng lựa chọn
- Hiệu quả phá thai bằng thuốc, khả năng thất bại chuyên ngoại khoa
- Quy trình ngậm thuốc và các triệu chứng thường gặp
- Tư vấn cách tự theo dõi chăm sóc khi dùng thuốc
- Dẫn dò dấu hiệu nguy hiểm cần khám lại ngay:
 - + Sốt > 38°C kéo dài
 - + Đau bụng không đáp ứng giảm đau
 - + Ra huyết nhiều kéo dài > 2 giờ...

4.5.3 Phác đồ phá thai nội khoa thai ngừng tiến triển

a) Sảy thai không trọn: Misoprostol 200 mcg × 03 viên (uống 1 lần duy nhất), hẹn 01 tuần tái khám.

b) Sảy thai hoàn toàn: Nếu chưa chắc chắn → thử β hCG và hẹn 01 tuần tái khám

c) Sảy thai khó tránh, trứng trống, thai ngừng tiến triển: Misoprostol 800 mcg đặt âm đạo, nhắc lại sau 4-6 giờ nếu không hiệu quả.

Nếu không sảy sau 03 ngày:

- Chọn ngoại khoa
- Chỉ định hút cấp cứu khi:
 - Ra máu nhiều (> 2 băng vệ sinh/giờ, kéo dài > 2 giờ)
 - Dấu hiệu huyết áp tụt, choáng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2019, Quyết định số 1671/QĐ-BVHV ngày 30/12/2029, Bệnh viện Hùng Vương.

KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH

TƯ VẤN KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

Tư vấn Kế hoạch hóa gia đình (KHHGD) có chung các kỹ năng và các bước như trong tư vấn chăm sóc SKSS. Bài này chỉ nêu những điểm riêng biệt cho tư vấn trong KHHGD. Trong quá trình tư vấn, khi trình bày về các biện pháp tránh thai (BPTT) cụ thể nên sử dụng tài liệu “Bộ tranh lật tư vấn KHHGD”. Khi tư vấn cho người HIV nên sử dụng tài liệu “Bộ tranh lật tư vấn KHHGD cho người HIV”.

Tư vấn giúp khách hàng tự lựa chọn một BPTT thích hợp trong một giai đoạn sinh sản nhất định. Nội dung tư vấn đáp ứng nhu cầu của khách hàng chứ không xuất phát từ ý muốn chủ quan của người tư vấn. Cần lưu ý là trừ bao cao su, các biện pháp KHHGD khác không có tác dụng phòng tránh các NKLTQĐTD.

I. VAI TRÒ CỦA TƯ VẤN KHHGD

- Giúp khách hàng chọn đúng một BPTT và sử dụng đúng biện pháp đã chọn.
- Giúp tăng tỷ lệ tiếp tục sử dụng và hạn chế bỏ cuộc.
- Giúp tăng tỷ lệ sử dụng BPTT.
- Góp phần tăng cường sức khỏe và giảm chi phí chương trình KHHGD.
- Hiểu rõ và thực hành tình dục an toàn sẽ góp phần giảm nguy cơ có thai ngoài ý muốn và NKLTQĐTD.

II. MƯỜI QUYỀN CƠ BẢN CỦA KHÁCH HÀNG

- Quyền được thông tin.
- Quyền được tiếp cận dịch vụ và thông tin.
- Quyền tự do lựa chọn BPTT và từ chối hoặc chấm dứt BPTT.
- Quyền được nhận dịch vụ an toàn.
- Quyền được đảm bảo bí mật.
- Quyền được đảm bảo kín đáo.
- Quyền được thoải mái khi tiếp nhận dịch vụ.
- Quyền được tôn trọng.
- Quyền được tiếp tục nhận dịch vụ.
- Quyền được bày tỏ ý kiến.

III. CÁC PHẨM CHẤT CẦN THIẾT CỦA CÁN BỘ TƯ VẤN KHHGD

3.1. Tôn trọng khách hàng

- Tôn trọng khách hàng dù cho khách hàng là người như thế nào.
- Lắng nghe nhu cầu và ý kiến của khách hàng.

3.2. Thông cảm và thấu hiểu đối với khách hàng

- Tìm hiểu tâm tư, mong muốn và thấu hiểu nhu cầu của khách hàng.

- Cần tiếp khách hàng ở nơi riêng biệt, yên tĩnh, đảm bảo tính riêng tư, bí mật.

3.3. Thành thật với khách hàng

- Cần nói sự thật về các BPTT, bao gồm cả thuận lợi và không thuận lợi, tác dụng phụ, nguy cơ có thể có của biện pháp đó.

- Không từ chối cung cấp thông tin cho khách hàng. Nếu thông tin đó người tư vấn chưa nắm vững thì hẹn trả lời sau.

3.4. Thông tin rõ ràng, có trọng tâm cho khách hàng

- Sử dụng câu từ ngắn, gọn, dễ hiểu, hạn chế dùng từ chuyên môn.

- Sử dụng phương tiện hỗ trợ: tranh ảnh, mô hình, hiện vật và khuyến khích khách hàng quan sát trực tiếp.

- Tìm hiểu phản hồi của khách hàng.

- Tóm tắt, nhấn mạnh các điểm quan trọng và nếu có thể mời khách hàng nhắc lại trước khi kết thúc tư vấn.

IV. SÁU BƯỚC TƯ VẤN KHHGD

4.1. Gặp gỡ

- Chào hỏi, mời ngồi, tỏ thái độ thân mật và bình đẳng, tạo lòng tin cho khách hàng.

- Tự giới thiệu về bản thân.

4.2. Gọi hỏi

- Hỏi các thông tin liên quan đến hoàn cảnh, sức khỏe, nhu cầu tránh thai và bảo vệ kếp. Khai thác kiến thức và hành vi hiện tại của khách hàng về các BPTT.

- Thông tin liên quan đến lối sống, ví dụ: có nhiều bạn tình; hút thuốc lá, hoặc nguy cơ NKLTQĐTD.

- Hỏi BPTT đang sử dụng (nếu có), sự hài lòng và tác dụng không mong muốn.

- Câu hỏi loại trừ có thai.

- Chú ý lắng nghe, không sốt ruột, tránh nói nhiều.

- Phát hiện những nhận thức sai lệch của khách hàng.

- Hỏi thông tin về bạo hành phụ nữ, đặc biệt với khách hàng không sử dụng BPTT mặc dù không muốn có thai.

4.3. Giới thiệu

- Giới thiệu về tác dụng bảo vệ kếp.

- Giới thiệu các BPTT hiện có ở cơ sở và ở thị trường.

- Cung cấp đầy đủ thông tin về cả ưu điểm và nhược điểm; các tác dụng phụ và tai biến có thể gặp của BPTT. Bàn về nhu cầu tránh thai và nhu cầu phòng NKLTQĐTD.

- Tập trung vào vấn đề khách hàng quan tâm, giải thích khi khách hàng hiểu sai.

4.4. Giúp đỡ

- Giúp cho khách hàng tự lựa chọn BPTT phù hợp nhất.
- Không áp đặt theo ý kiến chủ quan của mình.
- Nếu khách hàng chọn BPTT không phù hợp vì chống chỉ định thì góp ý cho khách hàng tìm BPTT khác.

4.5. Giải thích

- Khi khách hàng chấp nhận một BPTT, giải thích đầy đủ hơn về cách sử dụng.
- Giải thích quá trình thực hiện và các thủ tục để tiến hành (với các BPTT lâm sàng như dụng cụ tử cung, triệt sản).
- Giải thích những nguyên nhân có thể đưa đến thất bại và cách phòng tránh.
- Nói rõ những dấu hiệu của tác dụng phụ và cách xử trí tại nhà.
- Nêu cho khách hàng biết những dấu hiệu cảnh báo và cách xử trí.
- Nói rõ mức độ phục hồi của BPTT.
- Giải thích tại sao cần có kiểm tra định kỳ và khuyến thực hiện đầy đủ.
- Giải thích một cách thỏa đáng những hiểu biết sai lệch của khách hàng.
- Sau khi giải thích, hỏi lại khách hàng để có phản hồi.

4.6. (Hẹn) Gặp lại

- Trước khi chào tạm biệt, dặn dò khách hàng, hẹn khám kiểm tra định kỳ và khi có các dấu hiệu bất thường có thể quay trở lại bất kỳ lúc nào.
- Cung cấp tài liệu truyền thông.
- Cung cấp số điện thoại liên lạc khi cần thiết (nếu có)

Chú ý: Trừ bước 1 và bước 6, các bước còn lại cần áp dụng linh hoạt, xen kẽ và bổ sung cho nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.

DỤNG CỤ TRÁNH THAI TRONG TỬ CUNG

Dụng cụ tránh thai trong tử cung (DCTC) là một BPTT tạm thời và hiệu quả. DCTC hiện có 2 loại: (i) loại chứa đồng (Ví dụ: TCu-380A, Multiload Cu-375 và GyneFix®...) được làm từ một thân plastic với các vòng đồng hoặc dây đồng, và (ii) loại giải phóng levonorgestrel có một thân chữ T bằng polyethylen chứa 52 mg levonorgestrel, giải phóng 20 µg hoạt chất/ngày. DCTC TCu-380A có tác dụng trong 10 năm và DCTC giải phóng levonorgestrel có tác dụng tối đa 5 năm. Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng DCTC nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

I. CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, muốn áp dụng một BPTT tạm thời, dài hạn, hiệu quả cao và không có chống chỉ định.

- Tránh thai khẩn cấp (chỉ đối với DCTC tránh thai có đồng).

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối (nguy cơ đối với sức khỏe quá cao, nên không được sử dụng DCTC):

- Có thai.
- Nhiễm khuẩn hậu sản.
- Ngay sau sảy thai nhiễm khuẩn.
- Ra máu âm đạo chưa được chẩn đoán nguyên nhân.
- Bệnh nguyên bào nuôi ác tính hoặc có tình trạng pHCG vẫn gia tăng.
- Ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung.
- Đang bị ung thư vú (chỉ đối với DCTC giải phóng levonorgestrel).
- U xơ tử cung hoặc các dị dạng khác làm biến dạng buồng tử cung.
- Đang viêm tiểu khung.
- Đang viêm mũi cổ tử cung hoặc nhiễm Chlamydia, lậu cầu.
- Lao vùng chậu.

2.2. Chống chỉ định tương đối (nguy cơ tiềm ẩn cao hơn so với lợi ích thu nhận, nhưng có thể áp dụng nếu không có BPTT khác):

- Trong vòng 48 giờ sau sinh (chỉ đối với DCTC giải phóng levonorgestrel).
- Trong khoảng thời gian từ 48 giờ đến 4 tuần đầu sau sinh (kể cả sinh bằng phẫu thuật).
- Đang bị bệnh lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (chỉ đối với DCTC giải phóng levonorgestrel) hoặc có giảm tiểu cầu trầm trọng
- Bệnh nguyên bào nuôi lành tính có tình trạng tình trạng pHCG giảm dần.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong 5 năm trở lại (chỉ với DCTC giải phóng levonorgestrel), hoặc bị ung thư buồng trứng.

- Có nguy cơ bị NKLTQĐTD cao.
- Bệnh AIDS có tình trạng lâm sàng không ổn định.
- Đang bị thuyên tắc mạch (chỉ chống chỉ định với DCTC giải phóng levonorgestrel).
- Đang hoặc đã bị thiếu máu cơ tim, chứng đau nửa đầu nặng (chỉ chống chỉ định với tiếp tục sử dụng DCTC giải phóng levonorgestrel), hoặc đang bị xơ gan mất bù có giảm chức năng gan trầm trọng, hoặc u gan (chỉ với DCTC giải phóng levonorgestrel).
- Đang sử dụng một số thuốc kháng virus thuộc nhóm ức chế sao chép ngược nucleotid (NRTIs) hoặc không nucleotid (NNRTIs) hoặc nhóm ức chế men protease Ritonavir- booster.

III. QUY TRÌNH THỰC HIỆN

3.1. Tư vấn và cung cấp thông tin về DCTC

- Tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về DCTC.
- Giới thiệu các loại DCTC hiện có và hướng dẫn cụ thể về loại DCTC khách hàng sẽ dùng.
- Trên mô hình hay hình vẽ, giải thích cho khách hàng vị trí DCTC nằm trong tử cung và cách đặt.
- Hiệu quả, thuận lợi và bất lợi của DCTC. Chú ý là BPTT này không có tác dụng phòng tránh NKLTQĐTD. Hiện tại chưa có bằng chứng về mối liên quan giữa sử dụng DCTC và khả năng vô sinh.
- Giới thiệu những tác dụng ngoại ý thường gặp như có thể ra máu âm đạo hoặc đau nặng bụng (DCTC chứa đồng), thiếu kinh hoặc đôi khi vô kinh (DCTC giải phóng levonorgestrel). Giới thiệu các thuốc giảm đau nhóm kháng viêm không có steroid để xử trí tình trạng đau bụng hoặc cường kinh liên quan đến DCTC.
- Đối với DCTC giải phóng levonorgestrel cần giải thích rõ về các đặc điểm như ra máu, vô kinh sau đặt, ra máu giữa kỳ, ra máu thấm giọt hoặc đau nhẹ vùng chậu có thể gặp trong những tuần đầu.
- Cho khách hàng biết hạn dùng của DCTC để đến tháo khi hết hạn. Hướng dẫn khách hàng tự theo dõi DCTC, cách sử dụng thuốc được cấp sau khi đặt DCTC. Dặn dò khách hàng đến khám kiểm tra lại sau một tháng, khám định kỳ hàng năm và những trường hợp cần đi khám lại ngay khi có dấu hiệu bất thường. Khách hàng có quyền đề nghị tháo bỏ để dùng một BPTT khác nếu họ không muốn tiếp tục mang DCTC. Đặt một số câu hỏi về những điều cơ bản đã tư vấn cho khách hàng để họ trả lời. Đảm bảo sự bí mật, riêng tư của khách hàng.

3.2. Thăm khám đánh giá trước khi áp dụng biện pháp

- Hỏi kỹ tiền sử để phát hiện chống chỉ định.
- Thăm khám để loại trừ có thai, ra máu không rõ nguyên nhân.

3.3. Thời điểm đặt DCTC

3.3.1. Khách hàng chưa sử dụng BPTT

* DCTC chứa đồng

- Bất kỳ lúc nào trong vòng 12 ngày từ ngày đầu của kỳ kinh.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Không cần sử dụng BPTT hỗ trợ nào khác.
- Vô kinh: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai.
- Sau sinh (kể cả sau phẫu thuật lấy thai) và cho con bú:
 - Trong vòng 48h sau sinh, nếu không có chống chỉ định.
 - Sau sinh 4 tuần trở đi, vô kinh: bất kỳ lúc nào, nếu biết chắc là không có thai.
 - Sau sinh 4 tuần trở đi, đã có kinh trở lại: như trường hợp kinh nguyệt bình thường.
- Sau phá thai (3 tháng đầu và 3 tháng giữa): ngay sau khi phá thai, ngoại trừ nhiễm khuẩn sau phá thai.

* DCTC giải phóng levonorgestrel

- Trong vòng 7 ngày đầu kể từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 7 ngày kể từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
 - Vô kinh: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
 - Sau sinh (kể cả sau phẫu thuật lấy thai) và cho con bú:
 - Sau sinh 4 tuần trở đi, vô kinh: bất kỳ lúc nào, nếu chắc chắn không có thai.
 - Sau sinh 4 tuần trở đi, đã có kinh trở lại: như trường hợp kinh nguyệt bình thường.
 - Không đặt DCTC cho sản phụ có nhiễm khuẩn hậu sản hay trong vòng 4 tuần đầu sau sinh.
 - Sau sinh (kể cả sau phẫu thuật lấy thai), không cho con bú:
 - Sau sinh 4 tuần trở đi, vô kinh: bất kỳ lúc nào, nếu chắc chắn không có thai.
 - Sau sinh 4 tuần trở đi, đã có kinh trở lại: như trường hợp kinh nguyệt bình thường.
 - Sau phá thai (3 tháng đầu và 3 tháng giữa): ngay sau khi phá thai, ngoại trừ nhiễm khuẩn sau phá thai.

3.3.2. Khách hàng đang sử dụng BPTT khác

- Ngay lập tức, nếu chắc chắn không có thai.
- Đối với DCTC giải phóng levonorgestrel:
 - + Trong vòng 7 ngày kể từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh: không cần sử dụng BPTT hỗ trợ.

+ Quá 7 ngày kể từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh: cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.

+ Nếu chuyển đổi từ thuốc tiêm: cho đến thời điểm hẹn tiêm mũi tiếp theo, không cần sử dụng BPTT hỗ trợ.

3.3.3. Tránh thai khẩn cấp

- DCTC chứa đồng: trong vòng 5 ngày sau lần giao hợp không được bảo vệ, nếu ước tính được ngày phóng noãn có thể đặt muộn hơn 5 ngày sau giao hợp không bảo vệ nhưng không quá 5 ngày kể từ ngày phóng noãn. DCTC chứa đồng không được sử dụng để tránh thai khẩn cấp cho trường hợp bị hiệp dâm và có nguy cơ NKLTQĐTD cao.

- DCTC giải phóng levonorgestrel không được khuyến cáo sử dụng cho tránh thai khẩn cấp.

- Nếu biết chắc ngày phóng noãn, đặt DCTC để tránh thai khẩn cấp có thể được thực hiện trong vòng 5 ngày sau phóng noãn, tức có thể trễ hơn 5 ngày sau giao hợp không được bảo vệ.

3.4. Thủ thuật đặt DCTC

3.4.1. Đối với tất cả các loại DCTC

- DCTC được đưa vào ống đặt ngay trước khi đặt.

- Cần đảm bảo vô khuẩn và tuân thủ những qui định về phòng chống nhiễm khuẩn. Đảm bảo kỹ thuật “không chạm”. Cần thay găng mới sau khi chuẩn bị DCTC.

3.4.2. Chuẩn bị đặt

- Kiểm tra dụng cụ và bao đựng DCTC (thời hạn sử dụng, bao còn nguyên vẹn).

- Cho khách hàng đi tiểu.

- Khách hàng nằm trên bàn theo tư thế phụ khoa.

- Giải thích cho khách hàng các thủ thuật chuẩn bị tiến hành.

- Khám trong để xác định tư thế, thể tích tử cung và phần phụ.

- Thay găng vô khuẩn.

- Sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài (kẹp sát khuẩn 1).

- Trải khăn vô khuẩn.

- Tư thế thầy thuốc: ngồi trên ghế, khoảng giữa 2 đùi của khách hàng. Nếu có người phụ thì người phụ ngồi bên trái thầy thuốc (đi găng vô khuẩn ở tay cầm van hoặc dụng cụ).

3.4.3 Các thao tác đặt DCTC

- Bộc lộ cổ tử cung.

+ Mở âm đạo bằng van.

+ Sát khuẩn cổ tử cung và túi cùng âm đạo bằng Betadin (kẹp sát khuẩn 2).

+ Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi và kéo nhẹ xuống.

- Đo buồng tử cung.
- + Đưa thước đo vào tử cung theo hướng của nó trong tiểu khung, không chạm vào âm hộ và thành âm đạo.
- + Xác định chiều dài buồng tử cung.
- * Đặt DCTC Tcu 380-A và Multiload.
- Lắp DCTC vào ống đặt:
 - Loại TCu 380-A: lắp DCTC vào ống đặt trong bao bì.
 - Loại Multiload: vòng đã lắp sẵn trong ống đặt, chỉ cần mở bao bì.
- Chính lại nấc đánh dấu trên ống đặt sao cho khoảng cách còn lại bằng với chiều dài buồng tử cung.
- Đưa DCTC vào trong tử cung
 - + Cầm ống đặt đúng tư thế, đúng hướng, tay kia cầm kẹp Pozzi kéo cổ tử cung về phía âm môn rồi nhẹ nhàng đưa ống đặt (có DCTC) qua cổ tử cung vào trong đến khi nấc đánh dấu chạm vào lỗ ngoài CTC.
 - + Giữ nguyên cần đặt, kéo ống đặt xuống để giải phóng cành ngang.
 - + Giữ nguyên ống đặt, rút cần đặt ra ngoài.
 - + Đẩy nhẹ ống đặt lên để đảm bảo nấc đánh dấu chạm cổ tử cung.
 - + Rút ống đặt.
 - + Cắt dây DCTC để lại từ 2-3 cm và gấp vào túi cùng sau âm đạo.
 - + Tháo kẹp Pozzi.
 - + Kiểm tra chảy máu và cầm máu nếu cần.
 - + Tháo van hay mỏ vịt.
 - + Thông báo cho khách hàng biết đã tiến hành xong thủ thuật.
- * Đặt DCTC GyneFix®:
 - Mở bao bì bộ thiết bị đặt DCTC GyneFix.
 - Đo buồng tử cung (như đã mô tả ở trên) bằng thước đo có sẵn trong bộ đặt DCTC.
 - Chính lại nấc đánh dấu trên ống đặt sao cho khoảng cách còn lại bằng với chiều dài buồng tử cung cộng thêm 0,5cm (để cho phép khả năng linh hoạt của mô đáy).
 - Kéo nhẹ kẹp cổ tử cung.
 - Đưa thiết bị đặt DCTC vào buồng tử cung cho tới khi chạm đáy tử cung.
 - Ngay khi chạm đáy tử cung, dùng ngón tay cái (của tay đang giữ kẹp cổ tử cung) tì nhẹ vào đầu cán của cần đặt để giữ cho đầu thiết bị tiếp xúc với đáy tử cung.
 - Cầm cán của cần đặt bằng ngón cái và ngón trỏ của tay còn lại, kết hợp với duy trì ngón cái tì vào đầu cán của cần đặt.

- Chú ý đến khoảng cách giữa cán của cần đặt và điểm cuối của ống đặt.
- Đẩy cần đặt về phía trước nhẹ nhàng và từ từ, cho đến khi cảm thấy mỏ neo giữ DCTC thâm nhập vào cơ tử cung. Dừng đẩy khi không còn khoảng cách giữa cán của cần đặt và điểm cuối của ống đặt.
- Giải phóng dây chỉ trong khi tiếp tục giữ thiết bị đặt DCTC bằng ngón cái của tay giữ kẹp.
- Bỏ ngón cái của tay giữ kẹp cổ tử cung ra khỏi đầu cần đặt. Rút cần đặt ra khỏi buồng tử cung.
- Rút ống đặt DCTC ra khỏi buồng tử cung một cách từ từ, vừa rút vừa xoay nhẹ.
- Cắt dây DCTC cách cổ tử cung từ 2-3 cm và gấp vào túi cùng sau âm đạo
- Tháo kẹp Pozzi.
- Kiểm tra chảy máu và cầm máu nếu cần.
- Tháo van hay mỏ vịt.
- Thông báo cho khách hàng biết đã tiến hành xong thủ thuật.
- * Đặt DCTC giải phóng levonorgestrel.
- Mở túi chứa bộ dụng cụ. Đẩy nút hãm lên vị trí cao nhất của rãnh trên cần đặt để hai cánh ngang của DCTC lọt vào trong ống đặt DCTC.
- Chỉnh lại nắp đánh dấu trên ống đặt sao cho khoảng cách còn lại bằng với chiều dài buồng tử cung.
- Nắm chắc cần đặt. Kẹp cổ tử cung bằng kim Pozzi và kéo nhẹ để ống cổ tử cung thẳng so với buồng tử cung. Nhẹ nhàng đẩy cần đặt qua ống cổ tử cung vào buồng tử cung cho đến khi nắp đánh dấu cách lỗ ngoài cổ tử cung 1,5-2 cm. Chú ý không đẩy cần đặt quá mạnh.
- Giữ cần đặt và kéo từ từ nút hãm cho đến khi đầu tận cùng của nút hãm đến gờ đánh dấu trên rãnh của cần đặt.
- Đẩy nhẹ nhàng ống đặt vào buồng tử cung cho đến khi nắp đánh dấu chạm vào lỗ ngoài cổ tử cung.
- Giữ chắc cần đặt và nhẹ nhàng kéo nút hãm cho đến vị trí thấp nhất của rãnh trên cần đặt để giải phóng DCTC.
- Rút cần đặt ra khỏi buồng tử cung.
- Cắt ngắn dây DCTC, để lại bên ngoài tử cung 2-3cm.
- Tháo kẹp Pozzi.
- Kiểm tra chảy máu và cầm máu nếu cần.
- Tháo van hay mỏ vịt.
- Thông báo cho khách hàng biết đã tiến hành xong thủ thuật.

3.5. Tháo DCTC

3.5.1. Chỉ định tháo DCTC

Ngày ban hành 15/12/2025

- Vì lý do y tế:
 - + Có thai (nếu thấy dây DCTC mới được tháo).
 - + Ra nhiều máu.
 - + Đau bụng dưới nhiều.
 - + Nhiễm khuẩn tử cung hoặc tiểu khung.
 - + Phát hiện tổn thương ác tính hoặc nghi ngờ ác tính ở tử cung, cổ tử cung.
 - + DCTC bị tụt thấp.
 - + Đã mãn kinh (sau khi mất kinh 12 tháng trở lên)
 - + DCTC đã hết hạn (10 năm với TCu 380-A, 5 năm với Multiload): sau khi tháo có thể đặt ngay DCTC khác (nếu khách hàng muốn)
- Vì lý do cá nhân:
 - + Muốn có thai trở lại.
 - + Muốn dùng một BPTT khác.
 - + Thấy không cần dùng BPTT nào nữa.

3.5.2. Cách tháo DCTC

- Các loại DCTC đều có dây nên chỉ cần dùng kẹp cặp vào cả 2 dây, nhẹ nhàng kéo ra là được.
- Trong trường hợp không nhìn thấy dây, lấy DCTC khó thì chuyển lên tuyến trên.

IV. NHỮNG VẤN ĐỀ KHÓ KHĂN KHI SỬ DỤNG, VÀ CÁCH XỬ TRÍ

4.1. Ra máu nhiều hoặc kéo dài (> 8 ngày hoặc gấp đôi lượng máu kinh bình thường).

- Giải thích cho khách hàng hiện tượng ra máu nhiều hoặc kéo dài thường gặp trong 3-6 tháng đầu và sẽ cải thiện dần.
- Nếu điều trị, có thể chỉ định:
 - + Các thuốc kháng viêm không có steroid (không dùng aspirin), hoặc
 - + Acid tranexamic.
- Nếu nghi ngờ bệnh lý: cần loại trừ các NKĐSS/NKLTQĐTD khác, nếu có bệnh cần phải điều trị hoặc chuyển tuyến.
- Nếu ra máu nhiều đến mức đe dọa đến sức khỏe: tháo DCTC và hướng dẫn chọn BPTT khác.
- Bổ sung sắt và khuyến cáo các thức ăn giàu sắt.

4.2. Ra máu âm đạo bất thường

- Tiếp tục sử dụng DCTC, cần khảo sát nguyên nhân với xử trí là điều trị hoặc chuyển tuyến.

4.3. Đau hạ vị

- Hỏi bệnh, khám để phát hiện nguyên nhân, xử trí. Chuyển tuyến nếu có một trong các vấn đề sau:

- + Mất kinh, trễ kinh hoặc khẳng định có thai
- + Đau, căng vùng bụng khi khám
- + Ra máu âm đạo
- + Sờ được khối vùng chậu

- Nếu không có bất kỳ dấu hiệu nào trên đây, chẩn đoán viêm vùng chậu nếu có ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

- + Thân nhiệt > 38⁰C.
- + Khí hư bất thường.
- + Đau khi di động cổ tử cung.
- + Khối nề ở vùng phần phụ.
- + Bạn tình gần đây có tiết dịch niệu đạo hoặc được điều trị lậu.

- Điều trị hoặc chuyển tuyến ngay để điều trị.

- Nếu khách hàng muốn tháo DCTC: dùng kháng sinh và tháo.

- Theo dõi: nếu không cải thiện sau 2-3 ngày điều trị hoặc hình thành áp xe, cần chuyển đến bệnh viện. Tháo DCTC.

- Khám và điều trị cho bạn tình.,

4.4. Mắc NKLTQĐTD hoặc bị trong vòng ba tháng gần đây hoặc viêm mũ cổ tử cung

- Tháo DCTC.

- Chẩn đoán và điều trị NKLTQĐTD hoặc chuyển tuyến.

- Khám và điều trị bạn tình.

4.5. Có thai.

- Loại trừ thai ngoài tử cung.

- Mang thai 3 tháng đầu (< 13 tuần), thấy dây DCTC.

+ Giải thích rằng nên tháo DCTC để tránh nguy cơ nhiễm khuẩn, sảy thai và đẻ non. Động tác tháo DCTC cũng có nguy cơ thấp gây sảy thai.

+ Nếu khách hàng đồng ý, tháo DCTC hoặc chuyển tuyến để tháo. Cần khám lại ngay nếu ra máu nhiều, đau bụng, ra dịch âm đạo hoặc sốt.

- Nếu không thấy dây DCTC và/hoặc thai > 3 tháng.

+ Cần siêu âm đánh giá xem liệu DCTC có còn nằm đúng vị trí không.

+ Giải thích rằng có nguy cơ nhiễm khuẩn nặng, nếu không muốn mang thai có thể xử trí theo qui định về chấm dứt thai kỳ với mục đích điều trị.

+ Nếu muốn hoặc bắt buộc tiếp tục mang thai, giải thích về nguy cơ nhiễm khuẩn và sảy thai. Cần theo dõi thai chặt chẽ và khám lại ngay nếu ra máu nhiều, đau bụng, ra dịch âm đạo hoặc sốt.

4.6. Bận tình phàn nàn về dây DCTC

- Giải thích cho khách hàng và bận tình (nếu có thể) rằng cảm giác đó là bình thường.

- Mô tả các lựa chọn và xử trí:

+ Cắt ngắn đoạn dây, hoặc

+ Tháo DCTC.

Chú ý: Hẹn khám lại sau 3 đến 6 tuần và khám lại ngay nếu gặp khó khăn hay những vấn đề nêu ở phần 4.

V. ĐỐI VỚI KHÁCH HÀNG HIV (+)

- Yêu cầu khách hàng sử dụng bao cao su kèm theo. Khi sử dụng đúng cách, thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD.

- Khách hàng HIV (+) hoặc AIDS với tình trạng lâm sàng ổn định có thể sử dụng DCTC. Không cần lấy DCTC ra nếu khách hàng tiến triển thành AIDS, tuy nhiên những người này cần theo dõi các dấu hiệu của tình trạng viêm vùng chậu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.

THUỐC TIÊM TRÁNH THAI

Thuốc tiêm tránh thai là BPTT tạm thời, chứa nội tiết progestin. Thuốc tiêm tránh thai hiện có hai loại: (i) DMPA (depot medroxyprogesteron acetat) 150 mg, có tác dụng tránh thai 3 tháng, và (ii) NET-EN (norethisteron enantat) 200 mg, có tác dụng tránh thai 2 tháng. Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng thuốc tiêm tránh thai nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLQTĐTD và HIV/AIDS.

I. CHỈ ĐỊNH

Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản muốn dùng một BPTT tạm thời và có hiệu quả cao.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Có thai.
- Đang bị ung thư vú.
- Có tiền sử dị ứng với bất cứ thành phần nào của thuốc.

2.2. Chống chỉ định tương đối

- Có nhiều nguy cơ bị bệnh mạch vành (như lớn tuổi, hút thuốc lá, tiểu đường và tăng huyết áp).
- Tăng huyết áp (HA tâm thu > 160 mmHg hoặc HA tâm trương > 100 mmHg) hoặc có bệnh lý mạch máu.
- Đang bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu, thuyên tắc phổi hoặc đã từng hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim.
- Đang bị lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (hoặc không làm xét nghiệm) hoặc có giảm tiểu cầu trầm trọng.
- Ra máu âm đạo bất thường chưa được chẩn đoán nguyên nhân.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm trở lại.
- Tiểu đường có biến chứng (thận, thần kinh, võng mạc, mạch máu) hoặc trên 20 năm.
- Xơ gan mất bù có suy giảm chức năng gan trầm trọng hoặc u gan (ngoại trừ trường hợp tăng sinh lành tính dạng nốt-benign focal nodular hyperplasia)
- Không tiếp tục sử dụng nếu khách hàng đau nửa đầu có kèm mờ mắt.

III. QUI TRÌNH THỰC HIỆN

3.1. Tư vấn

- Tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về thuốc tiêm tránh thai.
- Hiệu quả, ưu, nhược điểm của thuốc tiêm tránh thai.
- Không nên sử dụng cho những người có ý định có thai trong 1 năm tới.

- Thuốc không có tác dụng phòng tránh các bệnh LTQĐTD.
- Khách hàng có thể đến khám lại bất cứ lúc nào.
- Hẹn ngày và nơi tiêm lần sau.

3.2. Thăm khám đánh giá trước khi áp dụng biện pháp

Hỏi kỹ tiền sử để phát hiện chống chỉ định.

Thăm khám để loại trừ có thai, ra máu không rõ nguyên nhân.

3.3. Thời điểm thực hiện

3.3.1. Khách hàng chưa sử dụng BPTT

+ Sau sinh

+ Nếu cho con bú: Có thể bắt đầu sử dụng ít nhất 6 tuần sau sinh.

+ Nếu không cho con bú: Có thể sử dụng bất cứ lúc nào chắc chắn không có thai.

Trong vòng 7 ngày đầu tiên của chu kỳ kinh (bao gồm cả những người có kinh lại sau sinh) hoặc ngay sau phá thai, sảy thai.

+ Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Có thể cần sử dụng BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp nếu: (i) quá 7 ngày từ khi bắt đầu có kinh, hoặc (ii) vô kinh, hoặc (iii) 6 tuần sau sinh và chưa có kinh, hoặc (iv) từ 21 ngày sau sinh trở đi và chưa có kinh. Trong những trường hợp này, cần thử thai trước khi cho khách hàng mũi tiêm tiếp theo.

3.3.2. Khách hàng đang sử dụng BPTT nội tiết sẽ được tiêm thuốc

- Ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai hoặc vào thời điểm lặp lại mũi tiêm cho những khách hàng đang sử dụng thuốc tiêm.

3.3.3. Khách hàng đang sử dụng BPTT không nội tiết (không phải DCTC) sẽ được tiêm thuốc.

- Ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu có kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.

3.3.4. Khách hàng đang sử dụng DCTC (kể cả DCTC giải phóng levonorgestrel) sẽ được tiêm thuốc

- Trong vòng 7 ngày đầu tiên của vòng kinh, có thể lấy DCTC ở thời điểm này.

- Bất kỳ lúc nào nếu biết chắc là không có thai.

- Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu có kinh và đã có giao hợp: cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.

- Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu có kinh và không giao hợp: cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp. Nếu DCTC chính là biện pháp hỗ trợ: cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.

- Nếu vô kinh hoặc ra máu bất thường: xem hướng dẫn dành cho phụ nữ vô kinh.

3.3.5. Các mũi tiêm lần sau

- Khoảng cách giữa hai lần tiêm: 3 tháng với DMPA và 2 tháng với NET-EN.
- Nếu mũi tiêm lần sau được thực hiện trễ hơn hạn chích (xem phần 4.1 Chậm ngày tiêm).
- Chuyển đổi giữa thuốc tiêm tránh thai và NET-EN
- Không khuyến cáo chuyển đổi giữa thuốc tiêm tránh thai và NET-EN.
- Nếu nhất thiết phải chuyển đổi cần tiêm vào thời điểm mũi tiêm lặp lại.
- Nếu cần tiêm lặp lại mà loại thuốc và thời điểm tiêm lần trước không rõ:
 - + Có thể tiêm nếu biết chắc là không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp, kể cả xem xét sử dụng BPTT khẩn cấp.

3.4. Kỹ thuật tiêm

- Cần bảo đảm vô khuẩn và tuân thủ những quy định của Phòng ngừa chuẩn khi thực hiện thủ thuật.
- Sát khuẩn vùng tiêm (cơ delta bả vai hoặc hông).
- Dùng bơm kim tiêm một lần.
- Kiểm tra thuốc có còn hạn, lắc đều lọ thuốc trước khi hút thuốc ra bơm tiêm.
- Tiêm sâu, đẩy bơm tiêm từ từ cho thuốc vào hết để bảo đảm đủ 150 mg thuốc tiêm tránh thai được đưa vào cơ thể.
- Sau khi rút kim không xoa vùng tiêm để tránh thuốc lan tỏa sớm và nhanh.

3.5. Theo dõi sau tiêm

- Theo dõi tại cơ sở y tế ít nhất 30 phút sau tiêm.
- Viêm nhiễm tại chỗ, đau, đỏ vùng tiêm.
- Áp xe.

IV. NHỮNG VẤN ĐỀ KHÓ KHĂN KHI SỬ DỤNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ

4.1. Chậm ngày tiêm

- Nếu khách hàng trễ hơn thời hạn tiêm trong vòng trong vòng 2 tuần (đối với NET-EN) và trong vòng 4 tuần (đối với DMPA): vẫn có thể tiêm thuốc mà không cần sử dụng BPTT hỗ trợ.

- Nếu khách hàng trễ hơn thời hạn tiêm sau hơn 2 tuần (đối với NET-EN) và sau 4 tuần (đối với DMPA): vẫn có thể tiêm thuốc nhưng cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp, kể cả cần nhắc sử dụng BPTT khẩn cấp, nếu:

+ Khách hàng đã không giao hợp trong vòng 2 tuần tính từ ngày đáng lẽ phải được tiêm mũi lặp lại, hoặc

+ Khách hàng đã sử dụng BPTT hỗ trợ hoặc BPTT khẩn cấp ở mỗi lần giao hợp không được bảo vệ trong vòng 2 tuần tính từ ngày đáng lẽ phải được tiêm mũi lặp lại, hoặc

+ Khách hàng cho con bú hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn và vừa sinh trong vòng 6 tháng

+ Nếu khách hàng trễ hơn thời hạn tiêm sau hơn 2 tuần (đối với NET-EN) và sau 4 tuần (đối với DMPA) và không thỏa những điều kiện trên: vẫn có thể tiêm thuốc nếu biết chắc là không có thai. Cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp, kể cả cân nhắc sử dụng BPTT khẩn cấp và phải thử thai trước khi chích lặp lại mũi thuốc lần sau.

- Cần thảo luận với khách hàng về lý do trễ hạn tiêm và lựa chọn giải pháp thích hợp. Nhắc nhở thời hạn tiêm và thảo luận thêm các BPTT hỗ trợ hoặc gợi ý BPTT khác trong trường hợp khách hàng không thể đến đúng hẹn.

4.2. Rối loạn kinh nguyệt

4.2.1. Vô kinh

- Giải thích rằng vô kinh là thường gặp khi dùng thuốc tiêm tránh thai.

- Nếu khách hàng không chấp nhận vô kinh: hướng dẫn sử dụng BPTT khác.

4.2.2. Ra máu thấm giọt hoặc kinh nguyệt không đều

- Trấn an khách hàng rằng nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai bị kinh nguyệt không đều, tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc.

- Xử trí tình trạng rối loạn kinh nguyệt: Sử dụng ibuprofen hoặc các thuốc kháng viêm không steroid khác.

- Nếu tình trạng rối loạn kinh nguyệt xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh hoặc tiếp tục không hết hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh lý khác: cần khám toàn diện để tìm nguyên nhân. Nếu bị viêm vùng chậu hoặc NKLTQĐTD: có thể tiếp tục sử dụng thuốc cấy trong thời gian điều trị bệnh.

4.2.3. Ra máu hoặc ra máu quá nhiều (từ gấp đôi bình thường trở lên) hoặc kéo dài (từ 8 ngày trở lên)

- Đây là tình trạng hiếm gặp, nhưng cần được chú ý đặc biệt. Cần trấn an khách hàng rằng tình trạng này đôi khi cũng xảy ra ở nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tiêm tránh thai; tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc.

- Có thể xử trí ban đầu như những khách hàng bị kinh nguyệt không đều hoặc sử dụng mỗi ngày 01 viên tránh thai kết hợp hoặc 50mcg ethinyl estradion mỗi ngày, trong 21 ngày.

- Nếu tình trạng ra máu nhiều làm ảnh hưởng đến sức khỏe: thảo luận với khách hàng chọn BPTT khác.

- Khuyến khích khách hàng uống viên sắt hoặc ăn các thực phẩm giàu chất sắt.

- Nếu tình trạng ra máu nhiều xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh hoặc tiếp tục không hết hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh lý khác: cần khám toàn diện để tìm nguyên nhân.

4.2.4. Ra máu âm đạo bất thường

- Khám toàn diện để tìm nguyên nhân.

- Có thể ngừng sử dụng thuốc tiêm nhằm giúp chẩn đoán thuận tiện hơn, trong thời gian này khách hàng có thể sử dụng BPTT khác (không nên là DCTC hoặc que cấy).

- Nếu nguyên nhân ra máu là viêm vùng chậu hoặc NKLTQĐTD thì khách hàng vẫn có thể tiếp tục sử dụng thuốc tiêm trong thời gian điều trị bệnh.

4.3. Một số vấn đề khác

4.3.1. Nhức đầu

- Có thể kê đơn một trong các loại thuốc giảm đau như ibuprofen hoặc paracetamol

- Khám toàn diện nếu tình trạng nhức đầu không giảm hoặc trầm trọng hơn.

- Ngừng thuốc tiêm nếu khách hàng bị nhức đầu kèm mờ mắt.

4.3.2. Xuất hiện các dấu hiệu của bệnh lý nội khoa (như tắc mạch sâu ở chân hoặc phổi, thiếu máu cơ tim hoặc đột quỵ hoặc ung thư vú...).

- Ngừng thuốc tiêm và yêu cầu khách hàng sử dụng các BPTT hỗ trợ khác trong thời gian chẩn đoán bệnh.

4.3.3. Nghi ngờ có thai

- Xác định tình trạng thai.

- Yêu cầu khách hàng ngưng thuốc tránh thai nếu chắc chắn có thai. Không có bằng chứng về nguy cơ lên thai khi sử dụng thuốc tránh thai trong lúc mang thai.

V. ĐỐI VỚI KHÁCH HÀNG HIV (+)

- Khách hàng HIV (+) hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng thuốc tiêm tránh thai.

- Yêu cầu khách hàng sử dụng bao cao su kèm theo giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.

BIỆN PHÁP TRÁNH THAI CHO BÚ VÔ KINH

Biện pháp cho bú vô kinh là một BPTT tạm thời dựa vào việc cho bú mẹ hoàn toàn sau sinh khi chưa có kinh trở lại và con dưới 6 tháng tuổi. Biện pháp cho bú vô kinh là BPTT hiệu quả không cao, không nên khuyến cáo cho những khách hàng sẽ có nguy cơ cao khi mang thai. Biện pháp cho bú vô kinh không nên sử dụng cho những khách hàng nhiễm HIV hoặc có bạn tình nhiễm HIV và không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD, HIV/AIDS.

I. CHỈ ĐỊNH

Phụ nữ cho con bú hoàn toàn, chưa có kinh trở lại và con dưới 6 tháng tuổi.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Mẹ đang sử dụng những loại thuốc chống chỉ định cho con bú như: các loại thuốc chống đông, chống chuyển hóa, bromocriptin, corticosteroid liều cao, cyclosporin, ergotamin, lithium, thuốc trầm cảm và thuốc có đồng vị phóng xạ.

- Những tình trạng của bé ảnh hưởng đến việc cho bú như: bé có dị tật vùng miệng, hầu- họng, bé non tháng hoặc nhỏ so với tuổi thai cần chăm sóc đặc biệt, bé bị một số tình trạng rối loạn chuyển hóa.

2.2. Chống chỉ định tương đối

Mẹ nhiễm HIV.

III. QUY TRÌNH THỰC HIỆN

3.1. Tư vấn

+ Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu tránh thai của khách hàng. Nêu rõ hiệu quả, thuận lợi, không thuận lợi của biện pháp cho bú vô kinh. BPTT này không nên sử dụng cho khách hàng nhiễm HIV và không có tác dụng phòng tránh NKLTQĐTD, HIV/AIDS.

+ Căn dặn khách hàng quay trở lại để hướng dẫn áp dụng BPTT hiệu quả khác nếu: (i) bắt đầu cho ăn bổ sung hoặc (ii) có kinh trở lại hoặc (iii) con trên 6 tháng.

+ Hẹn gặp lại khách hàng ít nhất 1 lần trong vòng 3 tháng và hỏi những thông tin liên quan đến:

+ Có kinh trở lại.

+ Trẻ ăn những thức ăn khác ngoài sữa mẹ.

+ Những khó khăn trong việc cho bú để có hướng dẫn giúp đỡ.

+ Sử dụng thuốc trong thời kỳ cho con bú.

+ Mới bị những bệnh nhiễm khuẩn như viêm gan do virus (vàng da, vàng mắt), HIV mới được phát hiện...

+ Thảo luận về thời điểm bắt đầu BPTT khác.

3.2. Thời điểm thực hiện

Bắt đầu ngay sau khi sinh.

3.3. Quy trình thực hiện

- Cho bé bú sau sinh càng sớm càng tốt.
- Cho bú đúng cách.
- Cho bé bú bất kỳ lúc nào bé đói, kể cả ngày và đêm. Cho bú 8-10 lần/ngày, ban ngày không được cách quá 4 giờ, ban đêm không cách quá 6 giờ giữa 2 lần bú.
- Cần duy trì cho bú mẹ ngay cả khi mẹ hoặc bé ốm.
- Ngoài việc bú sữa mẹ, trẻ không ăn uống thêm một thứ gì khác.

3.4. Chuyển BPTT khác

Cần chuyển ngay sang một BPTT hiệu quả khác nếu có một trong những dấu hiệu sau:

- Có kinh trở lại (không tính ra máu trong 6 tuần đầu sau sinh).
- Mẹ không cho bú hoàn toàn hoặc bé đã được cho ăn/uống bổ sung.
- Trẻ hơn 6 tháng tuổi.
- Không muốn áp dụng biện pháp cho bú-vô kinh.

IV. ĐỐI VỚI KHÁCH HÀNG HIV (+)

- Khách hàng HIV (+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus **KHÔNG NÊN** sử dụng BPTT cho bú-vô kinh.

- Tư vấn cho khách hàng HIV(+) phương thức nuôi con phù hợp nhất:

+ Chỉ không cho bú mẹ khi (và chỉ khi) có đầy đủ điều kiện để sử dụng sữa thay thế, cụ thể về điều kiện kinh tế đầy đủ, khả năng cung ứng sản phẩm thuận tiện và luôn sẵn có.

+ Nếu không thể có đủ điều kiện để sử dụng sữa thay thế, khách hàng HIV (+) có thể cho con bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu đời. Trong trường hợp này (cho con bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu), có thể sử dụng BPTT cho bú-vô kinh nhưng cần yêu cầu khách hàng sử dụng bao cao su kèm theo. Khi sử dụng đúng cách và thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD. Cho con bú xen kẽ (giữa bú mẹ và các loại sữa khác) có thể làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV. Cần rút ngắn thời gian cai sữa khi chuyển tiếp từ bú mẹ hoàn toàn sang ăn dặm.

+ Có thể giảm tối đa khả năng lây nhiễm HIV bằng cách vắt sữa mẹ và đun sôi trước khi cho bé ăn bằng thìa.

- Cần tư vấn cho khách hàng HIV(+) về chế độ dinh dưỡng và vệ sinh. Các tình trạng nhiễm khuẩn như: viêm tuyến vú, áp xe và nứt nẻ vú đều làm gia tăng nguy cơ lây nhiễm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.

SƠ SINH**VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN TỰ DO**

1. Đặc điểm vàng da sinh lý.	2. Đặc điểm vàng da bệnh lý.
- Thường gặp ngày thứ 3-5 sau đẻ, trong tuần đầu sau đẻ.	- Vàng da xuất hiện trước 24 giờ sau đẻ.
- Trẻ đủ tháng: bilirubin máu tăng cao vào ngày thứ 3 (khoảng từ 6-8 mg/dl tương đương 100-120 $\mu\text{mol/l}$, không vượt quá 12 mg/dl hoặc 150 $\mu\text{mol/l}$), sau đó giảm dần. - Trẻ đẻ non tăng chậm hơn, khoảng vào ngày thứ 5 và lượng bilirubin máu cũng cao hơn 12 mg/dl, cao nhất có thể lên tới 15 mg/dl (tương đương 200 $\mu\text{mol/l}$), sau đó giảm dần.	- Bilirubin trong máu tăng nhanh trên 0,5 mg/dl/giờ (8,5 $\mu\text{mol/l/giờ}$). - Vàng da kèm theo các dấu hiệu khác (li bì, nôn, ăn kém, nhiệt độ không ổn định, ngừng thở...) - Vàng da kéo dài trên 8 ngày ở trẻ đủ tháng và > 15 ngày đối với trẻ đẻ non

- Phát hiện vàng da bệnh lý.

- Đánh giá mức độ vàng da trên lâm sàng dựa vào phân vùng vàng da của Krammer hoặc định lượng bilirubin máu, nhóm máu (nếu có).

- Chiều đèn.

- Chuyển tuyến khi:

+ Chiều đèn thất bại (bilirubin tiếp tục tăng > 8,5 $\mu\text{mol/l/giờ}$).

+ Có nguy cơ cao như: tan máu do bất đồng nhóm máu mẹ con, ngạt, nhiệt độ không ổn định, li bì, nhiễm khuẩn, toan chuyển hóa hoặc albumin máu < 30 g/l.

+ Bilirubin máu cao tới ngưỡng phải thay máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.

SUY HÔ HẤP SƠ SINH

I. TỔNG QUAN

Suy hô hấp là nguyên nhân nhập viện hàng đầu ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ sơ sinh thiếu tháng. Suy hô hấp có thể gây tử vong nhanh hoặc các di chứng lâu dài nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời.

Suy hô hấp có thể gây ra bởi bệnh lý từ phổi hoặc ngoài phổi.

Suy hô hấp cấp là sự rối loạn khả năng trao đổi khí giữa phế nang và mao mạch dẫn đến giảm O₂ và/hoặc tăng CO₂ trong máu động mạch.

II. NGUYÊN NHÂN

- Bệnh nhu mô phổi: bệnh màng trong, cơn khó thở nhanh thoáng qua, hít nước ối phân su.

- Bệnh màng phổi: tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, tràn dịch dưỡng chấp.

- Tim mạch: bệnh tim bẩm sinh, cao áp phổi nguyên phát, thiếu máu hay đa hồng cầu.

- Thần kinh: ngạt chu sinh (ngưng thở, xuất huyết não, phù não), mẹ dùng thuốc (thuốc mê, an thần), tổn thương thần kinh hoành, bệnh lý thần kinh cơ.

- Nhiễm trùng: viêm phổi, nhiễm trùng huyết.

- Chuyển hóa: toan chuyển hóa, hạ đường huyết, hạ thân nhiệt.

- Bệnh lý ngoại khoa: hẹp mũi sau, teo thực quản, thoát vị hoành, hội chứng Pierre Robin.

- Thanh quản: màng chắn thanh quản, u nhú thanh quản, mềm sụn thanh quản, liệt dây thanh âm.

- Khí quản: mềm khí quản, hẹp khí quản.

- U/kén phổi bẩm sinh.

- Bất thường xương sườn, lồng ngực.

III. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

- Sinh non: nguy cơ bệnh màng trong, cơn ngưng thở.

- Sinh già tháng: hít nước ối phân su.

- Sinh mổ: chậm hấp thu dịch phế nang.

- Sinh ngạt: nguy cơ hít.

- Da nhuộm phân su: viêm phổi hít phân su.

- Mẹ vỡ ối sớm, sốt trước hay trong lúc sinh, nước ối xấu hay có mùi hôi: viêm phổi.

- Mẹ tiêu đường: ảnh hưởng tổng hợp surfactant: bệnh màng trong.

- Trẻ bị lạnh, stress, bệnh lý khác: tăng tiêu thụ oxy.

IV. TRIỆU CHỨNG CỦA SUY HÔ HẤP

- Thở nhanh ≥ 60 lần/phút; Thở chậm < 30 lần/phút.
- Ngừng thở >20 giây hoặc < 20 giây kèm nhịp tim chậm <100 lần/phút hoặc SpO₂ giảm
- Phập phồng cánh mũi.
- Co kéo lồng ngực.
- Thở rên.
- Tím tái.
- Dựa vào chỉ số Apgar

V. XỬ TRÍ

5.1. Nguyên tắc cơ bản xử trí suy hô hấp ở trẻ sơ sinh

- Thông đường thở.
- Cấp cứu ngừng hô hấp tuần hoàn.
- Hỗ trợ hô hấp liên tục.
- Xử trí tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi gây chèn ép nếu có.
- Theo dõi liên tục nhịp tim, SpO₂, các dấu hiệu suy hô hấp.
- Khi trẻ bị suy hô hấp, cần hạn chế can thiệp hay thủ thuật không cần thiết làm tăng stress cho trẻ.
- Điều kiện lý tưởng cho các cơ sở y tế chăm sóc điều trị trẻ sơ sinh là có máy CPAP di động, máy đo SpO₂, bộ trộn oxy để biết nồng độ oxy hoặc bình thở oxy lưu lượng thấp

5.2. Xử trí ban đầu

- Thông đường thở: Giải quyết nguyên nhân gây tắc, chèn ép đường hô hấp.
- + Tắc mũi sau: Kích thích cho khóc hoặc đặt ống thông miệng hầu nhằm giúp thở qua miệng. Cần chuyên khoa tai mũi họng can thiệp.
- + Hút đờm nhớt.
- Cung cấp oxy:
 - + Thay đổi nhịp thở >60 l/p hoặc <30 l/p, kèm theo dấu hiệu thở gắng sức.
 - + Hoặc tím tái.
 - + Hoặc PaO₂ < 60 mmHg (đủ tháng), PaO₂ <50 mmHg (non tháng).
- Mục tiêu: Giữ SpO₂ = 90-95% (đủ tháng và non tháng).
- Nguyên tắc: Đảm bảo nồng độ oxy thích hợp, FiO₂=100% nếu trẻ tím tái, sau đó giảm dần FiO₂ xuống.
- Phương pháp:
 - Thở Oxy qua ống thông 2 mũi (cannula): 0,25 – 1 lít/phút. Thở áp lực dương liên tục qua mũi (NCPAP) khi:

- + SHH do bệnh lý tại phổi thất bại với oxy:
- + Các dấu hiệu lâm sàng của SHH không cải thiện với oxy qua thông mũi.
- + Con ngưng thở kéo dài không cải thiện với oxy, thuốc kích thích hô hấp.
- + SpO₂ < 85-90% (PaO₂ < 50-60mmHg) với thở oxy qua ống thông mũi.
- + Thở không hiệu quả, thở nông nhanh hoặc gắng sức nhiều.
- + Tràn khí màng phổi sau khi đã được dẫn lưu.

Thở máy: Nếu thở NCPAP với FiO₂=60-70% mà không duy trì được PaO₂>50-60mmHg hay trẻ ngưng thở, hoặc ngưng thở kéo dài phải bóp bóng hỗ trợ ở trẻ non tháng nhiều hơn 3 lần/giờ mặc dù đã sử dụng NCPAP và cafein.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” ngày 29/7/2016.