

1. DOA SẴY THAI – SẴY THAI

Sảy thai là hiện tượng kết thúc thai nghén trước khi thai có thể sống được. Với khái niệm này, sảy thai được định nghĩa là trường hợp thai bị tống ra khỏi buồng tử cung trước 22 tuần hay cân nặng của thai dưới 500g.

=> Lâm sàng: sảy thai tự nhiên diễn ra 2 giai đoạn: dọa sảy thai và sảy thai.

- Dọa sảy thai:

. Có thai (chậm kinh, nghén), ra máu âm đạo (máu đỏ tươi, lẫn ít nhầy, có khi máu đỏ sẫm hay đen, máu ra ít một, liên tiếp), đau bụng (thường không đau bụng nhiều, chỉ có cảm giác tức nặng bụng dưới hay đau âm ỉ vùng hạ vị).

.- Sảy thai

. Có thai như chậm kinh, nghén...

. Ra máu âm đạo: máu đỏ, lượng nhiều, máu loãng lẫn máu cục

. Đau bụng: đau bụng nhiều từng cơn vùng hạ vị

(hỏi tiền sử bệnh)

=> CLS:

- hCG: dương tính

-siêu âm

2. THAI CHẾT LƯU TRONG TỬ CUNG

Thai chết lưu trong tử cung là tất cả các trường hợp thai bị chết mà còn lưu lại trong tử cung trên 48 giờ.

- Thai chết lưu dưới 20 tuần

=> Lâm sàng

- Nhiều trường hợp không có triệu chứng làm cho phát hiện muộn, một số trường hợp người bệnh thấy bụng bé đi hoặc không to lên dù mất kinh đã lâu

- Bệnh cảnh lâm sàng hay gặp:

+ Người bệnh đã có dấu hiệu của có thai như chậm kinh, hCG dương tính, siêu âm đã thấy có thai và hoạt động của tim thai.

+ Ra máu âm đạo: máu ra tự nhiên, ít một, máu đỏ sẫm hay nâu đen.

+ Đau bụng: thường không đau bụng, chỉ đau bụng khi dọa sảy hay đang sảy thai lưu

=> Cận lâm sàng

- hCG

- Siêu âm

3. TIỀN SẢN GIẬT – SẢN GIẬT

Tiền sản giật, sản giật là biến chứng nội khoa thường gặp nhất ở phụ nữ mang thai với tỉ lệ từ 2% - 8%.

Triệu chứng thường gặp là phù, huyết áp tăng và protein niệu. Là 1 trong những nguyên nhân chính gây tử vong cho mẹ và thai. Theo dõi và quản lý thai nghén, điều trị thích hợp tiền sản giật, sản giật nhằm giảm biến chứng nặng nề cho mẹ và thai.

=> PHÂN LOẠI VÀ CHẨN ĐOÁN

- Tiền sản giật

+Tiền sản giật nhẹ

- Huyết áp (HA) \geq 140/90 mmHg sau tuần 20 của thai kỳ.

- Protein/ niệu \geq 300 mg/24 giờ hay que thử nhanh (-)

+Tiền sản giật nặng:

+ Huyết áp \geq 160/110 mm Hg.

+ Protein/ niệu \geq 5 g/24 giờ hay que thử 3

+ (2 mẫu thử ngẫu nhiên).

+ Thiếu niệu, nước tiểu < 500 ml/ 24 giờ.

- + Creatinine / huyết tương > 1.3 mg/dL.
- + Tiểu cầu < 100,000/mm³.
- + Tăng men gan ALT hay AST (gấp đôi ngưỡng trên giá trị bình thường). + Axít uric tăng cao
- + Thai chậm phát triển.
- + Nhức đầu hay nhìn mờ.
- + Đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải.

-Sản giật:

Sản giật được chẩn đoán khi có cơn co giật xảy ra ở phụ nữ mang thai có triệu chứng tiền sản giật và không có nguyên nhân nào khác để giải thích. Các cơn co giật trong sản giật thường là toàn thân, có thể xuất hiện trước, trong chuyển dạ hay 30 trong thời kỳ hậu sản. Sản giật có thể dự phòng được bằng cách phát hiện và điều trị sớm tiền sản giật

=> Triệu chứng lâm sàng Trên cơ sở người bệnh bị tiền sản giật xuất hiện cơn giật 4 giai đoạn:

- Giai đoạn xâm nhiễm
- Giai đoạn giật cứng
- Giai đoạn giật giãn cách.
- Giai đoạn hôn mê

=> Cận lâm sàng

- + Tổng phân tích tế bào máu.
- + Acid uric. Bilirubin (toàn phần, gián tiếp, trực tiếp).
- + AST-ALT.
- + Chức năng thận.
- + Đường huyết.
- + Đạm huyết.
- + Protein niệu 24 giờ.
- + Đông máu toàn bộ.
- + Soi đáy mắt (nếu có thể).

4. BỆNH TIM MẠCH VÀ THAI NGHÉN

Bệnh tim ở phụ nữ mang thai gây ra nhiều nguy cơ cho mẹ và con trong khi mang thai, sau khi đẻ và đặc biệt trong chuyển dạ. Tần suất mắc bệnh ở Việt nam khoảng 1-2% phụ nữ mang thai. Theo dõi, tiên lượng, xử trí bệnh đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa chuyên khoa sản và tim mạch.

Ảnh hưởng của bệnh tim mạch và thai nghén:

- Đối với thai
 - Dọa sảy thai, sảy thai, dọa đẻ non, đẻ non
 - Thai chậm phát triển trong tử cung. Thai di động
 - + Thai chết lưu trong tử cung, thai chết trong chuyển dạ
- Đối với thai phụ
 - Suy tim cấp, phù phổi cấp
 - Rối loạn nhịp tim
 - + "Tắc mạch phổi. Viêm tắc tĩnh mạch sau đẻ

=>LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Triệu chứng lâm sàng:

- Khó thở: thường gặp từ quý II thai kỳ, có giá trị tiên lượng bệnh, tăng dần theo tuổi thai. Khó thở gắng sức hay thường xuyên cả khi nằm nghỉ.
- Hồi hộp, đánh trống ngực, đau thắt ngực, choáng ngất.
- Ho ra máu: khi tăng áp động mạch phổi nặng, phù phổi cấp

- Đái ít, nước tiểu sẫm máu
 - Phù: khu trú ở chân, mềm, ấn lõm, không thay đổi theo thời gian - Tím môi và đầu chi, tiến triển lâu có ngón tay dùi trống, móng tay khum
 - Gan to, tĩnh mạch cổ nổi. Còn to khó phát hiện do tử cung chiếm chỗ trong ổ bụng - Nghe tim: rung tâm trương, thổi tâm thu. T1 đanh. T2 tách đôi, rối loạn nhịp: nhịp tim nhanh, ngoại tâm thu, loạn nhịp hoàn toàn...
 - Nghe phổi: rì rào phế nang giảm, rales ngáy, rales rit, rales ẩm
- =>. Cận lâm sàng:

- Xquang
- Siêu âm tim:
- điện tâm đồ
- xét nghiệm đông máu

5. THIẾU MÁU VÀ THAI NGHÉN

- Thiếu máu trong thai nghén khi tỷ lệ hemoglobin (Hb) < 110g/L
- Thiếu máu nặng nếu Hb < 70g/L máu
- Thiếu máu trong thai nghén chia thành các loại sau:
 - + Thiếu máu do thiếu sắt
 - + Thiếu máu do thiếu acid folic
 - + Thiếu máu do tan máu

=>Lâm sàng

- Thiếu máu: da, niêm mạc nhợt nhạt, suy nhược cơ thể, nhịp tim nhanh, khó thở, ù tai, chóng mặt.
- Có thể viêm lưỡi (3 tháng cuối thai kỳ)
- Vàng da nhẹ: có thể do thiếu Folate
- Có thể thấy lách to trong trường hợp thiếu máu do tan máu: Thalassemia, tan máu tự miễn...

=> Cận lâm sàng

- Công thức máu
- Xét nghiệm huyết đồ:
- Xét nghiệm sắt huyết thanh, Acide folic, Folate đều giảm.

6. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG và THAI NGHÉN

ĐTĐ thai nghén (ĐTĐTN) là sự giảm dung nạp glucose hoặc ĐTĐ (đái tháo đường) được phát hiện lần đầu trong lúc mang thai (không loại trừ người bệnh đã có giảm dung nạp glucose hoặc ĐTĐ từ trước nhưng chưa được phát hiện). ĐTĐTN tỷ lệ phát hiện chủ yếu ở giai đoạn muộn của thai kỳ, phần lớn các trường hợp sau sinh glucose có thể bình thường trở lại. Tuy nhiên những trường hợp có tiền sử ĐTĐTN này có nguy cơ phát triển thành ĐTĐ tuýp 2 trong tương lai.

=> PHÁT HIỆN ĐTĐTN

ĐTĐTN thường không có triệu chứng lâm sàng rõ, phát hiện bệnh cần thực hiện chương trình sàng lọc chủ động.

Test sàng lọc được sử dụng hiện nay được áp dụng bằng cách cho sản phụ uống 50g glucose vào giữa tuần 24-28 của thai kỳ bất kỳ thời điểm nào trong ngày, bất kỳ thời gian nào sau ăn. Nếu glucose huyết 1 giờ sau test $\geq 140\text{mg/dL}$ (7,8 mmol/L), những người này cần tiếp tục làm nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống để xác định chẩn đoán ĐTĐ.

7. VIÊM GAN B VÀ THAI NGHÉN

Viêm gan virus là bệnh truyền nhiễm thường gặp. Trước đây phân làm 2 loại viêm gan do virus viêm gan A và B. Ngày nay đã tìm ra 5 loại viêm gan là A, B, C,

D, E. Viêm gan do virus B, C, D thường gây nên viêm gan mạn tính và xơ gan.
Đường lây truyền: lây truyền từ người mẹ mắc bệnh viêm gan truyền sang con trong quá trình có thai chủ yếu qua bánh rau, trong chuyển dạ, và khi cho con bú.

=>CHẨN ĐOÁN

*Chẩn đoán xác định

- Triệu chứng lâm sàng

+ Thời kỳ ủ bệnh: trung bình 2-4 tuần. Nhiễm virus xảy ra bất kỳ giai đoạn nào của thai nghén. Trong thời gian ủ bệnh thường không có triệu chứng đặc hiệu. Nếu có chỉ là mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn hay nôn, dễ nhầm với triệu chứng nghén.

+ Thời kỳ phát bệnh: khi có triệu chứng thì bệnh đã nặng, dấu hiệu lâm sàng rõ rệt. Mệt mỏi chán ăn, sụt cân, đau vùng gan, hay vùng thượng vị, buồn nôn, nôn và sốt. Nước tiểu ít dần, màu vàng sẫm, vàng da, vàng mắt, ngứa toàn thân hay gập (75%). Gan to, ấn đau vùng gan.

-Triệu chứng cận lâm sàng:

+ Xét nghiệm không đặc hiệu: men gan tăng cao, tăng globulin máu.

+ Xét nghiệm đặc hiệu: HBsAg, HBeAg, PCR(định lượng vi rút trong máu).

=> Chẩn đoán phân biệt:

- Ở mẹ do thai nghén hay tái phát.

- Viêm gan kèm theo nhiễm khuẩn tiết niệu

- Tiền sản giật nặng

8. HIV/AIDS VÀ THAI NGHÉN

- HIV (Human immunodeficiency virus) là virus gây suy giảm miễn dịch ở người, tấn công hệ thống miễn dịch của cơ thể, tiêu hủy dần các tế bào miễn dịch tạo thuận lợi cho các nhiễm trùng cơ hội, rối loạn thần kinh, và các khối u gây tử vong cho người bệnh.

- AIDS (acquired immunodeficiency syndrom): hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải là hội chứng nặng nề, giai đoạn muộn của bệnh do HIV gây nên.

Các phương thức lây truyền:

+ Quan hệ tình dục: quan hệ đồng giới và khác giới.

+ Đường máu: truyền máu bị nhiễm (95%), nghiện ma túy dùng cùng bơm tiêm (0,67%), cán bộ y tế bị kim châm (0,4%).

+ Từ mẹ sang con: lây truyền HIV từ mẹ sang con (LTMC) là sự lây truyền từ người mẹ bị nhiễm HIV sang trẻ sơ sinh trong các giai đoạn mang thai (trong tử cung), quá trình chuyển dạ, cho con bú. Nếu không được điều trị dự phòng, tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con là khoảng 25-40%.

=> CHẨN ĐOÁN

- Các giai đoạn lâm sàng: 4 giai đoạn

- Giai đoạn sơ nhiễm: hội chứng giả bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng hoặc giả cúm: sốt, đau đầu, mệt mỏi, đau cơ. Sưng hạch ở cổ, nách. Phát ban dạng sởi hoặc sẩn ngứa trên da, viêm màng não nước trong. Những biểu hiện này sẽ hết trong vòng 7-10 ngày

- Giai đoạn suy giảm miễn dịch sớm (số lượng TB CD4 > 500 TB/ ml): người bệnh không có biểu hiện gì trên lâm sàng nhưng trong máu có HIV và trở thành nguồn lây cho người khác. Giai đoạn này kéo dài từ 5-20 năm hoặc lâu hơn.

- Giai đoạn suy giảm miễn dịch trung gian (200 < CD4 < 500 TB/ml): sốt kéo dài trên 38° C, sụt cân dưới 10% trọng lượng cơ thể mà không có lý do. Viêm da, niêm mạc miệng, sẩn ngứa, viêm nang lông, zona ở da- Giai đoạn suy giảm miễn dịch nặng nề (TB CD4 < 200 TB/ml: nguy cơ nhiễm trùng cơ hội nặng hoặc u ác tính của AIDS.

Hội chứng suy mòn: sút cân trên

10% trọng lượng cơ thể, sốt, tiêu chảy kéo dài. Viêm phổi do Pneumocystis carinii, Toxoplasma não, nấm thực quản, lao ngoài phổi, Kaposi sarcoma....

=> Xét nghiệm:

- Xét nghiệm HIV:

+ Phương pháp gián tiếp: test nhanh (Determine HIV-1/2, Oralquick HIV 1&2, HIV Spot, Genie I HIV1/HIV2). Miễn dịch men ELISA. Western Blot: xét nghiệm khẳng định, miễn dịch điện di, độ đặc hiệu cao do xác định được các kháng thể đặc hiệu của các kháng nguyên khác nhau của HIV. Ngoài ra còn có xét nghiệm kháng thể huỳnh quang gián tiếp (IFA) và miễn dịch kết tủa phóng xạ (RIPA).

+ Phương pháp trực tiếp: phát hiện trực tiếp HIV thông qua tìm kháng nguyên P24 của virus, tìm gen của virus HIV là ARN hay AND của tiền virus, nuôi cấy phân lập virus

- Các phương cách xét nghiệm HIV tại Việt Nam, phụ thuộc vào mục tiêu:

+ Phương cách I (áp dụng cho công tác truyền máu): dương tính với 1 trong các thử nghiệm như ELISA, SERODIA, hay thử nghiệm nhanh.

+ Phương cách II (áp dụng cho giám sát trọng điểm): dương tính cả 2 lần xét nghiệm bằng 2 loại sinh phẩm với nguyên lý và chuẩn bị kháng nguyên khác nhau.

+ Phương cách III (áp dụng cho chẩn đoán các trường hợp nhiễm HIV): dương tính với cả 3 lần xét nghiệm bằng 3 loại sinh phẩm với nguyên lý và chuẩn bị kháng nguyên khác nhau. Nếu kết quả không đồng nhất, phải xét nghiệm lại hoặc gửi mẫu máu xét nghiệm nơi khác.

- Chẩn đoán HIV ở trẻ em sinh ra từ mẹ nhiễm HIV.

9. CHẢY MÁU SAU ĐẸ

Chảy máu sau đẻ là tai biến sản khoa thường gặp nhất và là nguyên nhân tử vong mẹ hàng đầu. Chảy máu sau đẻ là chảy máu sau khi sổ thai trên 500ml hoặc có ảnh hưởng xấu đến toàn trạng của sản phụ.

Chảy máu sau đẻ có thể xảy ra sớm trong vòng 24 giờ sau đẻ hoặc xảy ra muộn đến 6 tuần của thời kỳ hậu sản.

=> Lâm sàng:

- Chảy máu ra ngoài âm đạo: chảy máu nhiều, có khi chảy ồ ạt thành tia đỏ tươi hoặc lẫn máu cục; nhiều khi chảy máu rỉ rả liên tục làm cho nhân viên y tế không đánh giá được lượng máu mất nếu không đo lượng máu sau đẻ thường quy và không theo dõi sát sau đẻ.

- Tử cung: trong các trường hợp máu chảy từ tử cung ra ta thấy tử cung to, mật độ mềm; xoa nắn tử cung sẽ thấy máu đỏ tươi lẫn máu cục chảy nhiều ra ngoài âm đạo.

- Toàn thân: biểu hiện tình trạng thiếu máu cấp tính như da xanh, niêm mạc nhợt; những trường hợp mất máu nặng có biểu hiện sốc như mạch nhanh, huyết áp tụt, vã mồ hôi, tay chân lạnh, thiếu niệu, tinh thần hốt hoảng, lơ mơ, có khi hôn mê...

- Tùy theo nguyên nhân mà có các triệu chứng thực thể khác nhau.

=> Cận lâm sàng:

Các xét nghiệm cần làm là số lượng hồng cầu, hemoglobin, hematocrit để đánh giá tình trạng mất máu; xét nghiệm tiểu cầu, fibrinogen, prothrombin để đánh giá tình trạng rối loạn đông máu; và xét nghiệm nhóm máu để truyền máu.

10. NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

Nhiễm khuẩn hậu sản là các nhiễm khuẩn xuất phát từ bộ phận sinh dục trong thời kỳ hậu sản, đường vào của vi khuẩn từ bộ phận sinh dục theo đường máu, nhiễm khuẩn ngược dòng từ âm đạo, cổ tử cung qua tổn thương đường sinh dục

trong và sau đẻ.

*CÁC HÌNH THÁI LÂM SÀNG

-Nhiễm khuẩn tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo

- Đây là hình thái nhẹ nhất. Do rách hoặc không cắt tầng sinh môn mà không khâu hoặc khâu không đúng kỹ thuật, không đảm bảo vô khuẩn, sót gạc trong âm đạo.
- Triệu chứng: sốt nhẹ $38^{\circ}\text{C} - 38,5^{\circ}\text{C}$, vết khâu tầng sinh môn sưng tấy, đau, trường hợp nặng có mủ. Tử cung co hồi bình thường, sản dịch không hội
- Tiến triển tốt nếu điều trị kịp thời

-Viêm niêm mạc tử cung:

- Đây là hình thái hay gặp, nếu không điều trị kịp thời có thể dẫn đến các biến chứng khác nặng hơn như: viêm tử cung toàn bộ, viêm phúc mạc toàn bộ, nhiễm khuẩn máu.
- Nguyên nhân: do sót rau, sót màng, nhiễm khuẩn ối, chuyển dạ kéo dài, thủ thuật bóc rau, kiểm soát tử cung không đảm bảo vô khuẩn.
- Triệu chứng:
 - + Sốt xuất hiện sau đẻ 2- 3 ngày. Mạch nhanh >100 lần/ phút, người mệt mỏi
 - + Sản dịch hội, có thể lẫn mủ. Tử cung co hồi chậm
 - + Cấy sản dịch tìm nguyên nhân và kháng sinh đồ.
 - + Nạo hút buồng tử cung gửi giải phẫu bệnh

- Viêm cơ tử cung

- Hình thái này hiếm gặp, nhiễm khuẩn toàn bộ cơ tử cung, những ổ mủ trong lớp cơ tử cung, thường xảy ra sau viêm nội mạc tử cung hoặc bế sản dịch.
- Bế sản dịch là hình thái trung gian. Triệu chứng giống như viêm nội mạc tử cung nhưng khác là không thấy sản dịch hoặc có rất ít. Tiên lượng phụ thuộc vào chẩn đoán và điều trị. Biến chứng có thể là viêm phúc mạc và nhiễm trùng máu.
- Triệu chứng:
 - + Sốt cao $39^{\circ}\text{C} - 40^{\circ}\text{C}$, biểu hiện nhiễm trùng nặng
 - + Sản dịch lẫn máu, hôi hoặc thối.
 - + Tử cung to, mềm, ấn đau.

- Viêm dây chằng rộng và phần phụ

- Từ nhiễm khuẩn ở tử cung có thể lan sang các dây chằng (đặc biệt là dây chằng rộng) và các phần phụ như vòi trứng, buồng trứng
- Triệu chứng: xuất hiện muộn sau đẻ 8 - 10 ngày.
 - + Nhiễm trùng toàn thân, người mệt mỏi, sốt cao.
 - + Sản dịch hội, tử cung co hồi chậm
 - + Thăm âm đạo thấy khối rắn đau, bờ không rõ, ít di động. Nếu là viêm dây chằng rộng ở phần trên hoặc viêm phần phụ thì khối u ở cao, nếu là viêm đáy của dây chằng rộng, nắn và phối hợp thăm âm đạo sẽ thấy khối viêm ở thấp, ngay ở túi cùng, có khi khối viêm dính liền với túi cùng, di động hạn chế. Khó phân biệt với đám quánh ruột thừa.
 - Tiến triển: có thể khỏi nếu điều trị kịp thời, biến chứng thành viêm phúc mạc tiểu khung khối mủ (u mềm, nhiệt độ dao động). Nếu mủ vỡ vào ổ bụng gây ra viêm phúc mạc toàn thể. Nếu khối mủ ở thấp có thể vỡ vào bàng quang, trực tràng, âm đạo.
- ##### - Viêm phúc mạc (VPM) tiểu khung:
- VPM thứ phát là hình thái nhiễm khuẩn lan từ tử cung, dây chằng rộng, phần phụ, đáy chậu
 - VPM nguyên phát là nhiễm khuẩn từ tử cung có thể không qua các bộ phận

khác mà đi theo đường bạch mạch hoặc lan trực tiếp đến mặt sau phúc mạc, lan đến túi cùng sau, ruột, bàng quang lan đến đâu sẽ hình thành giả mạc và phúc mạc sẽ dính vào nhau tại đó, phản ứng sinh ra các túi dịch, chất dịch có thể là một chất dịch trong (thể nhẹ), chất dịch có thể đục lẫn mủ hoặc máu (thể nặng).

- Tiến triển có thể khỏi hoặc để lại di chứng dính nếu là thể nhẹ; tiến triển vỡ khối mủ vào âm đạo, bàng quang, trực tràng nếu thể nặng. Nếu mủ vỡ vào ổ bụng sẽ gây viêm phúc mạc toàn bộ.

- Triệu chứng: 3 -15 ngày sau đẻ, sau các hình thái khác của nhiễm khuẩn hậu sản

+ Sốt cao 39°C – 40°C, rét run, mạch nhanh. Nhiễm trùng, nhiễm độc nặng.

+ Đau hạ vị, tiểu tiện buốt, rát, có hội chứng giả lỵ

+ Tử cung to, ấn đau, di động kém, túi cùng đau khi khám

-Viêm phúc mạc toàn thể

- Có 2 thể: VPM nguyên phát và VPM thứ phát

- Nguyên nhân:

+ Trong mổ lấy thai do không đảm bảo vô khuẩn, khâu tử cung không tốt, sót rau, tổn thương ruột, bàng quang. Sốt gạc trong ổ bụng.

+ Nhiễm khuẩn ối

+ Vỡ tử cung kèm theo tổn thương bàng quang, thủng tử cung do nạo hút thai, đặc biệt do phá thai phạm pháp không phát hiện thủng tử cung

+ Có thể là biến chứng của các hình thái nhiễm khuẩn như: viêm tử cung toàn bộ, viêm dây chằng phần phụ có mủ, viêm phúc mạc tiểu khung điều trị không tốt

- Triệu chứng VPM nguyên phát: sớm 3-4 ngày sau mổ đẻ, sau nạo thủng tử cung. Muộn 7 – 10 ngày sau đẻ thường trước đó đã có những dấu hiệu của các hình thái nhiễm khuẩn bộ phận sinh dục ở giai đoạn thành mủ. Mủ vỡ vào ổ bụng nên có các dấu hiệu viêm phúc mạc một cách đột ngột.

+ Sốt cao 39°C – 40°C, rét run, mạch nhanh nhỏ. Nhiễm trùng, nhiễm độc

+ Nôn và buồn nôn. Bụng chướng, cảm ứng phúc mạc.

+ Cổ tử cung hé mở, tử cung to ấn đau, túi cùng đầy đau.

- Triệu chứng VPM thứ phát: khó chẩn đoán vì triệu chứng rầm rộ của nhiễm khuẩn máu che lấp các triệu chứng VPM toàn bộ. Triệu chứng toàn thân: sốt cao 40°C, mạch nhanh, khó thở, nôn, mặt hốc hác, bụng hơi chướng, đau ít, không có phản ứng thành bụng, gõ đục vùng thấp. Thăm âm đạo các cùng đồ đau.

- Cận lâm sàng: công thức máu: bạch cầu tăng, Hematocrit cao, thiếu máu tán huyết. CRP tăng. Rối loạn điện giải và toan chuyển hóa, rối loạn chức năng gan thận.

+Cấy sản dịch, cấy máu (làm kháng sinh đồ)

+ Siêu âm: ổ bụng có dịch, các quai ruột giãn.

+ XQ bụng không chuẩn bị: tiểu khung mở, mức nước, hơi

- Chẩn đoán phân biệt:

+ Giả viêm phúc mạc sau đẻ: thể trạng bình thường, không sốt, tuy bụng chướng và bí trung đại tiện.

+Viêm phúc mạc tiểu khung; đau hạ vị, có khối mềm, ranh giới ko rõ, thể trạng ít thay đổi

- NHIỄM KHUẨN HUYẾT

- Hình thái nặng nhất. Có thể để lại nhiều di chứng thậm chí tử vong.

- Nguyên nhân: thăm khám và thủ thuật không vô khuẩn. Điều trị không đúng.

Hay gặp trong phá thai to và để thường, ít gặp trong phá thai nhỏ và mổ lấy thai

- Triệu chứng: sau can thiệp thủ thuật từ 24 đến 48 h
- + Hội chứng nhiễm độc nặng. Hội chứng thiếu máu. Dấu hiệu choáng nhiễm độc HA tụt, rối loạn vận mạch và tình trạng toan máu
- + Sản dịch hội bản. Cổ tử cung hé mở, tử cung to mềm ấn đau
- + Có thể xuất hiện nhiễm khuẩn ở các cơ quan khác (phổi, gan, thận)
- + Cận lâm sàng: công thức máu, bạch cầu tăng, CRP tăng, chức năng gan, thận suy giảm, Rối loạn các yếu tố đông máu. Cấy máu, cấy sản dịch (+)

-Viêm tắc tĩnh mạch:

Viêm tắc tĩnh mạch ít gặp ở Việt Nam, hay gặp ở các nước Tây Âu trong những trường hợp sau mổ hoặc sau đẻ

Nguyên nhân: chuyển dạ kéo dài, đẻ khó, chảy máu nhiều, đẻ nhiều lần, lớn tuổi

- Máu chảy chậm trong hệ tĩnh mạch, không lưu thông dễ dàng từ dưới lên trên.
- Máu dễ đông do tăng sinh sợi huyết, tăng số lượng tiểu cầu.
- Do yếu tố thần kinh giao cảm của hệ tĩnh mạch ở chỉ dưới hoặc bụng

=Triệu chứng:

- Thường xảy ra muộn ngày thứ 12 -15 sau đẻ, sốt nhẹ, mạch tăng
- Tắc tĩnh mạch chân hay gặp: phù trắng, ấn đau, căng, nóng từ đùi trở xuống, gót chân không nhấc được khỏi giường.
- Tắc động mạch phổi: khó thở đột ngột, đau tức ngực, khạc ra máu
- Tắc mạch mạc treo: đau bụng đột ngột, dữ dội, rối loạn tiêu hóa
- Cận lâm sàng: công thức máu (chú ý tiểu cầu), CRP, các yếu tố đông máu, Siêu âm Doppler mạch, chụp mạch.