

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN LÊ VĂN VIỆT



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
KHOA SẢN

NĂM 2024

MỤC LỤC

1. MỤC LỤC	2
2. BĂNG HUYẾT SAU SINH.....	3
3. CHUYỂN DẠ SINH NON.....	7
4. ĐÁI THẢO ĐƯỜNG TRONG THAI KỲ	12
5. DỌA SẼY THAI, SẼY THAI 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ (< 14 TUẦN).....	24
6. NHAU TIỀN ĐẠO.....	27
7. ĐIỀU TRỊ SÓT NHAU / SÓT THAI.....	31
8. TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ	33
9. THAI CHẾT LƯU ĐẾN HẾT 12 TUẦN	41
10. XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT TRONG VÀ SAU KHI PHÁ THAI	43

BẢNG HUYẾT SAU SINH

1. ĐỊNH NGHĨA

BHSS là tình trạng mất > 500ml máu sau sinh đường âm đạo hoặc mất > 1000ml máu sau mổ lấy thai hoặc ảnh hưởng tổng trạng hoặc Haematocrit giảm > 10% so với trước sinh.

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

2. 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: mặt, vật vã, da xanh niêm nhạt, vã mồ hôi.

Thay đổi tổng trạng, sinh hiệu: mạch nhanh, HA tụt.

TC tăng thể tích.

Ra huyết âm đạo đỏ tươi lượng nhiều - liên tục.

Nguyên Nhân

Đờ tử cung.

Chấn thương đường sinh dục (đặc biệt là vỡ tử cung).

Bất thường về bong nhau, sổ nhau.

Rối loạn đông máu.

3. ĐIỀU TRỊ

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

- Huy động tất cả mọi người để cấp cứu.
- 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 tử cung và dùng thuốc co hồi TC
- Oxytocin 5 UI 6 ống pha 500 ml dịch tinh thể, tối đa 80 UI.
- Methyl-ergometrin 0,2mg 1 ống TB hay tiêm vào cơ tử cung (không bao giờ tiêm tĩnh mạch), tối đa 5 liều, không sử dụng: tiền căn cao huyết áp, hội chứng Raynaud.
- Carbetocin (Duratocin 100mcg) 1 ống TMC, chỉ một liều duy nhất (khuyến cáo sử dụng dự phòng trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS)
- Prostaglandin F2 alpha (Carboprost tromethamine): 250mcg TB mỗi 15-20 phút nếu cần, tổng liều là 2mg) nếu không có hen suyễn và cao huyết áp.

- Prostaglandin E1 (Misoprostol: Cytotec) 200mcg: 800 mcg đặt hậu môn 1 lần duy nhất, có thể dùng cho người cao huyết áp hay hen suyễn. Theo dõi nhiệt độ sản phụ vì có thể sốt > 40°C và lạnh run. Sử dụng phối hợp với thuốc gò tử cung đường tiêm, không sử dụng như thuốc gò duy nhất để điều trị BHSS.

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.

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

4.1. Đờ tử cung (tonus)

4.1.1. Triệu chứng

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

Tử cung 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.

4.1.2. Xử trí: ngoài phần xử trí chung có thể cần thêm

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

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

4.2. Chấn thương đường sinh dục (tnhauma)

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

4.2.1. Triệu chứng

Tử cung co hồi tốt nhưng máu đỏ tươi vẫn chảy ra ngoài âm hộ.

Khám thấy vết rách và máu tụ đường sinh dục.

4.2.2. 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. Làm tại phòng mổ khi khối máu tụ to, sâu hoặc ở vị trí khó kiểm soát.

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

4.3. Bất thường về bong nhau và sổ nhau (tissue).

4.3.1. Triệu chứng

a. Sốt nhau, sốt màng

Chảy máu thường xuất hiện sau khi sổ nhau.

Tử cung 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.

b. 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.

4.3.2. Điều Trị

a. Sốt nhau, sốt màng

Truyền dịch tĩnh mạch ngay.

Cho thuốc giảm đau (Morphin 10 mg x 1 ống tiêm bắp hay TDD hay Pethidine 100mg 01 ống TB) và tiến hành kiểm soát tử cung.

Tiêm bắp 5 - 10 UI Oxytocin hoặc/và Ergometrin 0,2 mg.

Dùng kháng sinh toàn thân.

Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.

Hồi sức truyền máu nếu thiếu máu cấp.

b. Nhau không bong

Nếu chảy máu, tiến hành bóc nhau và kiểm soát tử cung, tiêm bắp Oxytocin 10UI, xoa đáy tử cung, hồi sức chống choáng, cho kháng sinh.

Nhau cài răng lược bán phần chảy máu hoặc nhau cài răng lược toàn phần phải cắt tử cung.

Nếu chảy máu nhiều cần phải hồi sức chống choáng, truyền máu và phẫu thuật.

Duy trì gò tử cung theo nguyên tắc chung.

4.4. 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 quản 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 ẩn, 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.

Nếu phải can thiệp phẫu thuật lưu ý mở bụng đường dọc.

5. PHÒNG BỆNH

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 (Duratocin 100mcg) 1 ống TMC hoặc TB, 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.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2016
2. Phác đồ bệnh viện Từ Dũ 2015

CHUYỂN DẠ SINH NON

1. ĐỊNH NGHĨA, NGUYÊN NHÂN VÀ PHÂN LOẠI

1.1. Định nghĩa

Theo tổ chức Y tế thế giới, đẻ non là một cuộc chuyển dạ xảy từ tuần 22 đến trước tuần thứ 37 của thai kỳ tính từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng.

- Là nguyên nhân chính gây bệnh suất và tử suất sơ sinh.

Tỷ lệ :

- Đẻ non có tỷ lệ từ 5% đến 15 % trong tổng số các cuộc đẻ.
- Chủng tộc: da trắng 8,5%, da đen: 18,3%. (Theo Tổ chức Y Tế Thế Giới, 1997)

1.2. Nguyên nhân

Có khoảng 50% đẻ non không xác định rõ lý do.

Sau đây là một số nguyên nhân và yếu tố thuận lợi:

1.2.1. Nguyên nhân do bệnh lý toàn thân:

Các bệnh lý nhiễm trùng: nhiễm trùng đường tiết niệu, nhiễm trùng nặng do vi khuẩn, virus.

Các chấn thương trong thai nghén: Chấn thương trực tiếp vào vùng bụng hoặc gián tiếp do phẫu thuật vùng bụng.

Nghề nghiệp: các nghề tiếp xúc với hoá chất độc, lao động nặng, căng thẳng.

Bệnh toàn thân của mẹ: bệnh tim, bệnh gan, bệnh thận, thiếu máu.

Rối loạn cao huyết do thai: Tiền sản giật - sản giật (9%)

Miễn dịch: Hội chứng kháng thể kháng Phospholipid.

1.2.2. Nguyên nhân tại chỗ :

Tử cung dị dạng bẩm sinh: chiếm 5% trong đẻ non. Nếu có nguyên nhân này thì nguy cơ đẻ non là 40%. Các dị dạng thường gặp: tử cung hai sừng, một sừng, tử cung kém phát triển, vách ngăn tử cung.

Bất thường mắc phải ở tử cung: Dính buồng tử cung, u xơ tử cung, tử cung có sẹo.

Hở eo tử cung: 100% đẻ non nếu không được điều trị.

Các can thiệp phẫu thuật tại cổ tử cung như khoét chóp.

Viêm nhiễm âm đạo - cổ tử cung

Tiền sử sinh non: - Nguy cơ tái phát 25 - 50 %. Nguy cơ này tăng cao nếu có nhiều lần sinh non trước đó.

Đa thai và phần phụ của thai:

Ôi vỡ non, ôi vỡ sớm: 10% đủ tháng và 30% đẻ non, có nguy cơ nhiễm trùng cho thai.

Nhiễm trùng ôi.

Đa thai: 10- 20% đẻ non.

Đa ối: do tử cung quá căng gây chuyển dạ sớm.

Nhau tiền đạo: 10% trong các trường hợp đẻ non vì gây chảy máu trước đẻ hoặc ối vỡ.

Nhau bong non.

Tóm lại muốn tìm hiểu nguyên nhân về đẻ non, ta phải xem xét lại toàn bộ bệnh lý sản phụ khoa, có những nguyên nhân về phía mẹ, về phía thai, và phần phụ của thai, có những nguyên nhân phối hợp.

1.3. Phân loại:

Sinh non muộn: 34 - 36 tuần 6 ngày.

Sinh rất non: 28 - 33 tuần 6 ngày.

Sinh cực non: < 28 tuần.

2. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

2.1. Tuổi thai từ hết tuần 22 đến trước 37 tuần với 1 trong những yếu tố

4 cơn gò TC trong 20 phút hay 8 cơn gò TC trong 60 phút.

Cổ tử cung mở > 2cm hoặc xóa > 80%.

Có sự tiến triển CTC được ghi nhận bởi cùng một người khám qua nhiều lần.

Vỡ ối.

2.2. Cận lâm sàng

CTG theo dõi cơn gò, tim thai.

Siêu âm: siêu âm thai, đo chiều dài kênh CTC ngả âm đạo < 25mm.

Siêu âm: khảo sát độ dài cổ tử cung, nếu dưới 2,5cm thì nguy cơ đẻ non cao.

Hình. Cổ tử
cung bình
thường



Cổ tử cung xóa
trong chuyển
dạ đẻ non

2.3. CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG:

Dựa vào 4 yếu tố: cơn gò, thay đổi ở cổ tử cung, ối vỡ, ra máu âm đạo và người ta đã xây dựng nên một chỉ số đo đẻ non

Bảng 1. Chỉ số đo đẻ non

Điểm Yếu tố	1	2	3	4
Gò tử cung	Không đều	Đều		
Ối vỡ		Có thể		Rõ ràng
Ra máu	Vừa	> 100ml		
Mở cổ tử cung	1cm	2cm	3cm	≥ 4cm

Bảng2 : Khả năng đình chỉ chuyển dạ thành công (theo chỉ số dọa đẻ non)

Chỉ số	1	2	3	4	5	6	≥7
Chuyển dạ ngừng lại (%)	100	90	84	38	11	7	0

3. XỬ TRÍ - ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc chung

Nằm nghỉ tuyệt đối.

Tư vấn: Không kích thích đầu vú. Ăn uống đủ chất, nhiều trái cây, rau xanh, ngũ cốc để tránh táo bón.

Dùng thuốc cắt cơn co tử cung, cố gắng làm chậm cuộc sinh ít nhất trong 24 giờ (Dùng Nifedipin, Salbutamol hoặc Atosiban để làm chậm cuộc sinh).

Dùng betamethasone để hỗ trợ phổi thai nhi.

Phối hợp với Bác sĩ sơ sinh chuẩn bị phương tiện hồi sức, chăm sóc sơ sinh thiếu tháng.

Lưu ý: Không điều trị dọa sinh non cho thai từ 36 tuần trở lên

3.2. Chống chỉ định thuốc cắt cơn gò

3.2.1. Tuyệt đối: kéo dài thai kỳ sẽ có hại

Biểu hiện nhiễm trùng tử cung trên lâm sàng.

Thai dị tật bẩm sinh nặng.

Tiền sản giật nặng.

Tình trạng mẹ - thai nhi cần sinh ngay.

Suy thai.

3.2.2. Tương đối: cân nhắc giữa nguy cơ và lợi ích.

Chảy máu trước sinh nặng (cân nhắc trong nhau tiền đạo).

Vỡ ối (không sử dụng khi thai > 36 tuần).

Tim thai biểu hiện không tốt trên monitor.

Suy thai trường diễn.

Tiểu đường týp 1 ổn định: có thể dùng Atosiban.

Đa thai (tăng thể tích huyết tương, cường aldosteron), nguy cơ tim mạch, OAP, không sử dụng beta-agonist và CCB.

3.3. Các thuốc cắt cơn gò

3.3.1. Nifedipin

Nên dùng trong trường hợp tiểu đường, chảy máu trong nhau tiền đạo, đa thai:

Chống chỉ định: Mẹ bệnh tim, huyết áp thấp, rối loạn chức năng gan, đang dùng Salbutamol truyền tĩnh mạch hoặc Magnesium Sulfate, đang dùng thuốc hạ áp khác hoặc nitrate, dị ứng với Nifedipin.

Liều tấn công: Nifedipin 10 mg, ngậm dưới lưỡi. Nếu còn cơn co, cứ 20 phút ngậm 1 viên, tổng liều không quá 4 viên.

Liều duy trì: sau viên cuối của liều tấn công 3 giờ, dùng Nifedipin tác dụng chậm 20 mg, uống 1 viên, cứ 6 giờ đến 8 giờ lập lại một lần.

Nếu Nifedipin thất bại, sau liều cuối 2 giờ có thể dùng Salbutamol.

Phải theo dõi huyết áp sau khi dùng Nifedipin mỗi 15 phút.

3.3.2. Salbutamol

a. Chống chỉ định:

Mẹ hoặc thai nhi bị bệnh tim nặng.

Bệnh tiểu đường phụ thuộc insulin.

Bệnh tuyến giáp.

Dị ứng thuốc.

Song thai, đa thai (chống chỉ định tương đối).

b. Tác dụng phụ:

Nhịp tim mẹ nhanh

Hạ huyết áp.

Run, phù phổi.

Tăng đường huyết và hạ kali máu.

- Liều tấn công:

Đường dùng

+ Truyền tĩnh mạch: Salbutamol 5mg/5ml pha 500ml Glucose 5% (nồng độ # 10pg /ml). TTM: 60ml/h (# 20 giọt/phút #10pg /phút). Tăng thêm: 20ml/h (# 7 giọt/phút # 3.3pg/phút) mỗi 30 phút cho đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ đạt 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền đạt tối đa 180ml/h (# 60 giọt/phút # 30 pg/phút).

+ Bơm tiêm điện: Salbutamol 5mg (ống 5ml) pha 95ml NaCl 0,9% sẽ được dung dịch Salbutamol 50pg/ml. Bơm tiêm điện: 12ml/h (# 10pg/phút). Tăng thêm 4ml/h (# 3,3pg/phút) mỗi 30 phút cho đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ đạt 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền đạt tối đa 36ml/h (# 30pg/phút).

- Liều duy trì:

+ Salbutamol viên 2 mg, ngậm 2 viên đến 4 viên/ngày nếu cơn co tử cung nhẹ hay tiếp theo sau khi truyền tĩnh mạch.

+ Sabultamol đặt hậu môn 1mg, 3viên - 4 viên/ngày.

3.3.3. Atosiban

Chống chỉ định: Mẹ suy gan.

Liều tấn công: 6,75mg Tractocile (ống màu xanh) pha 1ml Lactate Ringer - tiêm TM chậm > 1 phút.

Liều duy trì: lọ 37,5mg Tractocile (5ml) + 45ml Lactate Ringer. Bơm tiêm điện, tốc độ 24ml/giờ (#300mcg/phút) đến khi hết cơn gò 1 giờ (trung bình khoảng 3 giờ). Sau đó duy trì tiếp 8ml/giờ (#100mcg/phút).

Tổng thời gian dùng thuốc trong 1 đợt là 18 - 24 giờ.

Chi phí cao. Tư vấn cho thai phụ và gia đình trước dùng.

3.4. Dùng corticosteroids

Chỉ định một đợt duy nhất cho tuổi thai từ 26 đến hết 36 tuần, chỉ dùng một đợt.

Hoặc cho betamethasone 12 mg, tiêm bắp 2 liều cách nhau 24 giờ (hoặc mỗi 12g).

Hoặc cho dexamethasone 6 mg/lần, tiêm bắp 4 lần, cách nhau 12 giờ (hoặc mỗi 6g).

4. DỰ PHÒNG CHUYỂN DẠ SINH NON

Cần loại bỏ các yếu tố nguy cơ: ngưng hút thuốc, điều trị viêm nha chu, điều trị viêm tiết niệu, điều trị viêm âm đạo.

Dự phòng sinh non: khâu eo tử cung, progesterone đặt âm đạo.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2016
2. Phác đồ bệnh viện Từ Dũ 2015

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG THAI KỲ

1. ĐẠI CƯƠNG VỀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

1.1. Định nghĩa đái tháo đường thai kỳ

ĐTĐ là nhóm những rối loạn chuyển hóa không đồng nhất gồm tăng glucose huyết tương và rối loạn dung nạp glucose do thiếu insulin, giảm tác dụng của insulin hoặc cả hai.

ĐTĐ có thể phân chia thành các nhóm sau [3]

ĐTĐ type I do sự phá hủy tế bào beta tụy, có thể do nguyên nhân tự miễn hoặc không tự miễn, đưa tới sự thiếu hụt tuyệt đối insulin

ĐTĐ type 2 do giảm tiết insulin từ tế bào beta tụy và tình trạng kháng insulin

Đái tháo đường do nguyên nhân khác (do thuốc, bệnh lý tụy, đái tháo đường bẩm sinh...)

ĐTĐ thai kỳ (Gestational Diabetes (GDM)) là tình trạng đái tháo đường được chẩn đoán ở tam cá nguyệt 2 hay 3 của thai kỳ và không có tình trạng đái tháo đường rõ (overt diabetes) từ trước mang thai.

Phân loại theo White

- Đái tháo đường A1: không dùng insulin

- Đái tháo đường A2: dùng insulin

1.2. Tầm quan trọng của đái tháo đường thai kỳ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh mãn tính thường gặp. Năm 2010, tỉ lệ đái tháo đường type 2 ở Tp.HCM là 10.8% ở nam và 11,7% ở nữ. Tỉ lệ lưu hành của đái tháo đường thai kỳ (DTĐTK) cũng tăng theo thời gian, theo hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ năm 2004 DTĐTK chiếm 4% tương đương 135.000 thai phụ mỗi năm. Tại Việt Nam, trong một số nghiên cứu tại các vùng miền khác nhau, tỉ lệ này tăng từ 3,9% vào năm 2004 đến 20,3% năm 2012 và 20,9% năm 2017. Tại TP. Hồ Chí Minh, hai bệnh viện Sản phụ khoa Từ Dũ và Hùng Vương tỉ lệ ghi nhận quanh 20% trên hàng chục ngàn trường hợp tầm soát hàng năm [1]

1.3. Hậu quả của đái tháo đường thai kỳ

1.3.1. Đối với thai phụ

Thai phụ bị DTĐTK gia tăng các nguy cơ sau:

Tăng huyết áp tiền sản giật: nguy cơ tiền sản giật 9,8% ở thai phụ có glucose máu đói <115 mg/dL., trong khi nguy cơ ở nhóm có glucose máu đói ≥ 115 mg/dl. là 18%) [4]

Sinh non. Tỉ lệ sinh non ở phụ nữ DTĐTK là 26%, trong khi ở nhóm thai phụ bình thường là 9,7% [1]

Đa ối: tỉ lệ cao gấp 4 lần so với các thai phụ bình thường.

Sảy thai và thai tru

Nhiễm khuẩn niệu

Đái tháo đường type 2: Khoảng 17% đến 63% các phụ nữ ĐTĐTK sẽ bị ĐTĐ típ 2 trong thời gian 5 năm đến 16 năm sau sinh.

1.3.2. Đối với thai nhi và trẻ sơ sinh

Trong 3 tháng đầu khi thai phụ không kiểm soát tốt glucose máu nguy cơ dị tật bẩm sinh tăng từ 8 – 13%, gấp 2-4 lần nhóm không bị ĐTĐ, tăng nguy cơ thai lưu, sảy thai tự nhiên

Thai to gây sinh khô và sang chấn khi sinh

Tăng tỉ lệ mổ lấy thai

Hạ glucose huyết hương và các bệnh lí chuyển hóa ở trẻ sơ sinh: Chiếm tỉ lệ khoảng từ 15% - 25% ở trẻ sơ sinh của các thai kỳ có đái tháo đường

Bệnh lý đường hô hấp. Hội chứng nguy kịch hô hấp.

Tử vong ngay sau sinh: Chiếm tỉ lệ khoảng 20%-30% do thiếu oxy và tình trạng toan máu ở thai

Tăng hồng cầu: nồng độ hemoglobin trong máu tĩnh mạch trung tâm > 20g/dl hay dung tích hồng cầu > 65%.

Vàng da sơ sinh: khoảng 25% ở các thai phụ có ĐTĐTK

Các ảnh hưởng lâu dài. Gia tăng tần suất trẻ béo phì, khi lớn trẻ sớm bị mắc bệnh ĐTĐ típ 2, rối loạn tâm thần - vận động.

1.4. Các yếu tố nguy cơ

Các nghiên cứu dịch tễ học đã phát hiện, có sự liên quan giữa các yếu tố nguy cơ ở thai phụ với ĐTĐTK. Các yếu tố nguy cơ này có nhiều điểm chung, tương đối giống với các yếu tố nguy cơ ĐTĐ típ 2

ĐTĐTK có xu hướng hay gặp ở những thai phụ sinh con khi lớn tuổi, sinh nhiều con, thừa cân, tiền căn gia đình có đái tháo đường, tiền căn sản khoa: thai lưu, sinh con to

Theo khuyến cáo của Hội nghị quốc tế về ĐTĐTK lần V tại Mỹ năm 1998, các thai phụ có yếu tố nguy cơ sau đây dễ mắc ĐTĐTK:

Béo phì: Ở người béo phì có tình trạng kháng insulin và tăng tiết insulin gây rối loạn chuyển hóa gluco

Tiền sử gia đình: Tiền sử gia đình có người ĐTĐ thể hệ thứ nhất là một trong những yếu tố nguy cơ cao của ĐTĐTK, chiếm 50-60% so với nhóm tiền sử gia đình không có người đái tháo đường

Tiền sử sinh con to ≥ 4000 gam. Cân nặng trẻ sơ sinh to > 4000 gam vừa là hậu quả của ĐTĐTK, vừa là yếu tố nguy cơ cho mẹ ở những lần mang thai sau.

Tiền sử bất thường về dung nạp glucose: Đây là yếu tố nguy cơ cao đối với ĐTĐTK, đa số người có tiền sử rối loạn dung nạp glucose thì khi có thai đều bị ĐTĐTK.

Glucose niệu dương tính: Cũng là yếu tố nguy cơ cao đối với ĐTĐTK. Tuy

nhiên, có khoảng 10 - 15% thai phụ có glucose niệu dương tính mà không phải do mắc ĐTĐTK.

Tuổi mang thai. Theo Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG), thai phụ có tuổi nhỏ hơn 25 được coi là ít nguy cơ DTETK, khi phụ nữ lớn hơn 35 tuổi mang thai thì nguy cơ ĐTĐTK tăng cao hơn.

Tiền sử sản khoa bất thường: Thai chết lưu không rõ nguyên nhân, con bị dị tật bẩm sinh, tiền sản giật, sinh non.

Chủng tộc. Là một yếu tố nguy cơ độc lập dẫn đến ĐTĐTK, có ảnh hưởng trực tiếp đến tần suất mắc ĐTĐ tít 2 trong dân số. Châu Á là chủng tộc có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao.

Hội chứng buồng trứng đa nang

2. TẦM SOÁT VÀ CHẨN ĐOÀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Theo Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ, việc tầm soát đái tháo đường ở giai đoạn sớm

của thai kỳ nhằm mục tiêu phát hiện các trường hợp mắc đái tháo đường từ trước có thai. Ở lần khám thai đầu tiên, tất cả thai phụ cần được khai thác tiền sử bản thân, gia đình để xác định có thuộc nhóm thai phụ có nguy cơ cao bị đái tháo đường thai kỳ không.

Thai phụ có 1 trong các yếu tố nguy cơ dưới đây được xem là có nguy cơ cao mắc đái tháo đường thai kỳ

- Thừa cân (BMI trước mang thai >23)
- Tiền sử gia đình trực hệ có người bị đái tháo đường
- Tiền căn bệnh mạch vành
- Tăng huyết áp (140/90 mmHg hay đang điều trị thuốc hạ huyết áp)
- HDL 35 mg/dL và/hoặc triglyceride 250 mg/dl.
- Hội chứng buồng trứng đa nang

Tiền căn sản khoa:

- Bị đái tháo đường thai kỳ ở lần mang thai trước
- Sinh con 24000g
- Thai dị tật
- Thai lưu

Nguy cơ trong lần mang thai này:

- Tăng huyết áp
- Đa thai
- Thai to
- Đa ối
- Glucose mẹ (+)

- Tăng cân quả mức 3kg tháng
- Sử dụng thuốc gây tăng glucose máu (thuốc cường bera, corticoid)

Các thai phụ có nguy cơ cao mắc đái tháo đường thai kỳ cần được tầm soát sớm ở ngay lần khám thai đầu tiên.

2.2. Thai phụ có nguy cơ cao mắc đái tháo đường thai kỳ

Ngay lần khám thai đầu tiên, tiến hành đánh giá các yếu tố nguy cơ của đái tháo đường

Nhóm thai phụ có nguy cơ cao cần được xét nghiệm **glucose huyết trong lúc đói hoặc bất kỳ** ngay trong lần khám thai đầu tiên.

Bảng 1: Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường

Xét nghiệm	Kết quả	Xử trí
Glucose huyết tương bất kỳ	≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L)	Chẩn đoán là Đái tháo đường. Giới thiệu khám nội tiết + XN HbA1C
Glucose huyết tương đói	≥ 126 mg/dL (7.0 mmol/L)	

Các nghiên cứu quan sát cho thấy việc tăng HbA1C trong 10 tuần đầu thai kỳ làm tăng nguy cơ dị tật thai (thai và sọ, tật đầu nhỏ, dị tật tim...). Những thai phụ có HbA1-6,5% có nguy cơ dị tật thai thấp nhất (ADA 2019)

Những thai phụ còn lại thực hiện **xét nghiệm 75g glucose ở ngay lần khám sau đó** (theo đúng qui cách, xem phụ lục). Áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán sau

Bảng 2: Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường qua xét nghiệm 75g glucose

Giờ	Glucose huyết tương (mg/dL)	Glucose huyết tương (mmol/L)
Đói	≥ 92	≥ 5.1
1 giờ	≥ 180	≥ 10.0
2 giờ	≥ 153	≥ 8.5

Nếu có từ 1 giá trị lớn hơn hay bằng: chẩn đoán Đái tháo đường thai kỳ

Nếu kết quả tầm soát hình thường: nhóm này sẽ được lập lại tầm soát lúc 24 - 28 tuần tuổi thai

2.3. Thai phụ có nguy cơ thấp

Những thai phụ nguy cơ thấp được làm xét nghiệm sàng lọc với xét nghiệm 75g glucose khi thai 24-28 tuần.

Áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán như Bảng 2.

Nếu có từ 1 giá trị lớn hơn hay bằng: chẩn đoán Đái tháo đường

3. QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TRONG LÚC MANG THAI

3.1. Các nguyên tắc chung

Kiểm soát glucose máu đạt mục tiêu nhưng không gây hạ glucose máu

Xử trí ban đầu bằng việc thay đổi chế độ ăn tiết chế, kết hợp tập luyện thể dục phù hợp và kiểm soát cân nặng. Các thuốc giúp hạ glucose máu chỉ dùng khi việc thay đổi lối sống không kiểm soát được glucose máu

Kiểm soát cân nặng

BMI trước mang thai	Tăng cân (kg)	Mức tăng cân trung bình trong tam cá nguyệt 2 và 3 thời kỳ mang thai (kg/tuần)
Thiếu năng lượng trường diễn (BMI<18.5)	12.5 - 18	0.51 (0.44 – 0.58)
Bình thường (BMI: 18.5 – 24.9)	11.5 - 16	0.42 (0.35 – 0.5)
Thừa cân (BMI: 25.0 – 29.9)	7 - 11.5	0.28 (0.23 – 0.33)
Béo phì (BMI ≥ 30)	5 - 9	0.22 (0.17 – 0.27)

3.2. Các mục tiêu glucose máu

Đánh giá việc điều trị thông qua theo dõi glucose máu mao mạch lúc đói và 2 giờ sau ăn. Bệnh nhân được khuyến khích và hướng dẫn tự theo dõi glucose máu tại nhà, tự ghi nhận kết quả và báo lại BS khi tái khám

Glucose máu mao mạch mục tiêu:

Trước ăn	70 - ≤ 95 mg/dl	(≤ 5.3 mmol/l)
Sau ăn 1 giờ	≤ 140 mg/dl	(≤ 7.8 mmol/l)
Sau ăn 2 giờ	≤ 120 mg/dl	(≤ 6.7 mmol/l)

Glucose máu gọi là đạt mục tiêu khi có > 50% trị số đạt mục tiêu và có xu hướng giảm dần

3.3. Chế độ ăn tiết chế

3.3.1. Nguyên tắc

Việc điều trị đái tháo đường thai kỳ luôn bắt đầu bằng thay đổi chế độ ăn tuân theo quy tắc sau:

Không bỏ bữa.

Ăn 3 bữa chính và 2-3 bữa ăn phụ trong ngày. Có thể ăn bữa phụ trước khi ngủ

Nếu ăn 6 bữa, số lượng mỗi bữa ăn như sau:

- Bữa sáng: 20%
- Bữa phụ buổi sáng: 10%
- Bữa trưa: 30%
- Bữa phụ buổi chiều: 10%
- Bữa tối: 20%
- Bữa phụ vào buổi tối: 10%

Nếu ăn 3 bữa, số lượng mỗi bữa ăn như sau:

- Bữa sáng: 25%
- Bữa phụ buổi sáng: 10%
- Bữa trưa: 30%
- Bữa tối: 25%
- Bữa phụ vào buổi tối 10%

Kiểm soát lượng carbohydrate trong khẩu phần ăn. Tất cả các thai phụ bị ĐTĐ không kể ĐTĐ týp 1 hay týp 2 đều phải tuân thủ chế độ ăn giảm glucid (50-55% năng lượng khẩu phần), nên sử dụng thực phẩm có chỉ số glucose huyết tương thấp và trung bình. Nên phối hợp giữa protein động vật và thực vật, yêu cầu tỷ lệ protein động vật từ 35% trở lên. Lượng lipid chiếm khoảng 20 - 30% tổng năng lượng, yêu cầu tỷ lệ lipid động vật lipid tổng số không nên vượt quá 60%. Nên tăng cường sử dụng các loại dầu thực vật và hạn chế tiêu thụ các loại mô động vật

Chọn thức ăn giàu chất xơ, ít chất béo bão hòa: Sử dụng trên 400g rau ngày, nên ăn rau có nhiều chất xơ làm hạn chế mức độ tăng glucose huyết tương sau ăn

3.3.2. Chế độ tập luyện

Thai phụ không bị dọa sinh non, tiền sản giật, nhau tiền đạo ra huyết được khuyến khích tập thể dục để giúp kiểm soát glucose máu, giảm đề kháng insulin, duy trì cân nặng, sức khỏe, tạo sự đèn đại, phục hồi sau sinh tốt hơn.

Ít nhất 30 phút / ngày

Đi bộ hoặc tập tay lúc ngồi trong 10 phút sau ăn

Trước khi mang thai tích cực tập luyện cần duy trì tập luyện trong thai kỳ

Thai phụ nên uống nhiều nước trước, trong và sau khi tập

3.3.3. Theo dõi ngoại trú

Sau khi được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ, thai phụ được tư vấn chế độ ăn tiết chế

và vận động thể lực phù hợp.

Đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên theo dõi glucose máu mao mạch (tại BV hay tại nhà)

Glucose máu mao mạch đói: 70 - - 95mg/dl. (3mmol/l)

Glucose máu mao mạch 2 giờ sau ăn: 120 mg/dL (6,7 mmol/l)

3.3.4. Chỉ định nhập viện

- Không đáp ứng chế độ ăn tiết chế và vận động tại nhà
- Có biến chứng của tăng glucose máu như nhiễm ceton.
- Glucose máu-250mg/dl

Tại khoa Sản

- Thai phụ được hướng dẫn chế độ ăn tiết chế bắt buộc dành cho bệnh nhân đái tháo đường, kết hợp vận động (khi không có chong chỉ định)

- Theo dõi glucose máu mao mạch lúc đói và 2 giờ sau ăn từ 4 lần/ngày trong 3-7 ngày.
- Thai phụ được khuyến khích và hướng dẫn cách tự theo dõi glucose máu mao mạch
 - Nếu glucose máu đạt mục tiêu: xuất viện, tiếp tục theo dõi tại Phòng khám thai
 - Nếu glucose máu không đạt: phối hợp insulin với chế độ ăn và tập luyện phù hợp.
 - Khi có các biến chứng cấp của tăng glucose máu: hội chứng Nội tiết

3.3.5. Chỉ định điều trị insulin

Xem xét điều trị insulin trong các trường hợp sau.

- > 30% giá trị glucose máu lúc đói - 1050mg/dL (5,8 mmol/l) (2)
- Glucose máu (mao mạch tĩnh mạch) sau ăn 2 giờ > 200mg/dl (11,1 mmol/l)
- Có biến chứng cấp của tăng glucose máu
- Thai to hơn so với tuổi thai (EFW hay AC bách phân vị 75 so với tuổi thai)

3.3.6. Phác đồ insulin

Các loại insulin được sử dụng là human insulin (regular, NPH). Các insulin analog đã được chấp thuận sử dụng trên thai phụ bị đái tháo đường thai kỳ như aspart, lispro hay detemir

Lựa chọn loại insulin tùy thuộc thời điểm tăng glucose máu

- Lúc đói: insulin nền như detemir hay NPH
- Sau ăn: insulin analog tác dụng nhanh hay human insulin.
- Để tạo sự thuận lợi và tăng tuân thủ điều trị cho bệnh nhân, có thể sử dụng insulin hỗn hợp để điều trị (xem thêm Phụ lục Sử dụng Insulin trong thai kỳ)
- Tổng liều dựa trên cân nặng và tuổi thai, bắt đầu tùy mức glucose máu thay đổi 0,5 dv/ky - 1 dv/ky. 2/3 tổng liều cho buổi sáng và 1/3 cho buổi chiều
- Số lần thử glucose máu mao mạch từ 4 lần/ngày. Điều chỉnh liều theo kết quả glucose máu, tăng hay giảm từ 2-4 đơn vị/ lần. Chỉnh liều sau 2-3 ngày nếu không đạt glucose máu mục tiêu:

Lưu ý, khoảng thời gian nếu có dùng corticosteroides hỗ trợ trưởng thành phổi thai nhi, dùng các corticoids trong dọa sanh non, glucose máu sẽ tăng cao, cần tăng liều Insulin phù hợp

3.4. Thuốc uống hạ glucose máu

Thuốc viên giúp hạ glucose máu hiện chưa được Bộ Y Tế Việt Nam chấp thuận sử dụng trong thai kỳ

3.5. Theo dõi sản khoa

- Hướng dẫn thai phụ cách đếm và theo dõi cử động thai.
- Đánh giá tăng trưởng, tình trạng nước ối qua siêu âm

- Đánh giá sức khỏe thai qua non-stress test; siêu âm Doppler đánh giá tưới máu thai và trắc đồ sinh vật lý thai nhi được chỉ định khi cần thiết

- Đánh giá glucose máu mao mạch lúc đói và 2 giờ sau ăn ở mỗi lần khám thai

- Corticoid trưởng thành phổi: không chống chỉ định trong đái tháo đường thai kỳ nhưng cần thận trọng sử dụng đúng chỉ định vì nguy cơ tăng glucose máu. Xem xét sử dụng insulin (ĐTĐ A1) hay tăng liều insulin đang dùng (ĐTĐ A2), theo dõi glucose máu mao mạch 4 lần/ngày khi tiêm corticoid.

3.6. Thời điểm chấm dứt thai kỳ

Đái tháo đường thai kỳ A1 kiểm soát glucose máu tốt không chấm dứt thai kỳ trước 39 tuần, trừ khi có chỉ định khác. Nhập viện để chấm dứt thai kỳ khi thai 39-40 tuần

Đái tháo đường thai kỳ A2 kiểm soát glucose máu tối thiểu nhập viện để chấm dứt thai kỳ khi thai 38-39 tuần

Đái tháo đường thai kỳ không kiểm soát tốt, cân nhắc chấm dứt thai kỳ khi có bằng chứng về trưởng thành phổi thai

3.7. Theo dõi trong chuyển dạ

Mục tiêu glucose máu trong chuyển dạ: 70-126mg/dl (4-7 mmol/l) [2]

Liều insulin tùy thuộc vào mức đường huyết

Đối với thai phụ đái tháo đường A2 vào chuyển dạ

- Ngưng tiêm insulin đang sử dụng, chuyển sang phác đồ basal-bolus hay insulin truyền tĩnh mạch. Lưu ý nguy cơ hạ glucose máu do sản phụ nhịn ăn khi vào chuyển dạ.

- Khi vào chuyển dạ hoạt động: Sản phụ không ăn. Truyền dung dịch glucose 5% 500ml (25g glucose) pha với 1g KCl qua bơm tiêm điện tốc độ 100ml/g (5g/giờ). Nếu dùng glucose 10% thì tốc độ 50ml/giờ. Xét nghiệm ion để trước và sau truyền

- Dùng Insulin regular pha 40 IU trong 40ml NaCl 0,9% truyền với nồng độ 1-4 IU/giờ (1-4 ml/ giờ). Theo dõi glucose máu mao mạch 1-2 giờ lần. Theo dõi glucose máu mao mạch mỗi giờ

- Đối với thai phụ có đường huyết cao mới phát hiện khi vào chuyển dạ và dùng Insulin truyền tĩnh mạch như hướng dẫn trên, với mục tiêu giữ mức đường huyết 70-126 mg/dl.

- Theo dõi tim thai để phát hiện và xử trí kịp thời suy thai

3.8. Sử dụng insulin khi có chỉ định mổ lấy thai

Ngày trước phẫu thuật dùng Insulin tối thiểu hôm trước phẫu thuật (Insulin nền) bình thường (nếu có)

Ngày mổ nhịn ăn từ 0 giờ, thử glucose mao mạch đói, ngưng mũi insulin cứ sáng

Nên mổ trong buổi sáng ngày mổ, nếu 12 giờ chưa được mổ: thử glucose mao mạch và xử trí tùy kết quả. Nếu có dấu hiệu của hạ glucose máu thì xử trí phù hợp.

4. QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ SAU SINH

4.1. Thai phụ

Ngay sau sổ nhau, nếu đang dùng insulin cần xem xét ngưng hay giảm liều vì sau khi lấy

bết bánh nhau, mất hiện tượng kháng insulin có thể gây hạ glucose máu. Theo dõi chặt chẽ nồng độ glucose mao mạch để điều chỉnh thuốc cho phù hợp

Ngay sau sinh, liều insulin thường giảm 1/2 so với liều trong lúc mang thai

Đa số thai phụ không cần sử dụng insulin sau sanh

Việc cho con bú và lựa chọn biện pháp tránh thai ở phụ nữ bị đái tháo đường thai kỳ không khác biệt so với thông thường

Ngưỡng glucose máu mục tiêu cho mọi sản phụ ĐTĐ thai kỳ là **glucose máu tĩnh mạch trước ăn ≤ 126 mg/dl**

4.1.1. Đối với thai phụ ĐTĐ đáp ứng với chế độ ăn tiết chế => ngưng theo dõi đường huyết sau sinh

4.1.2. Đối với thai phụ ĐTĐ điều trị với Insulin trước sinh

Ngưng Insulin ngay sau sinh hoặc sau mà theo dõi glucose máu

Theo dõi glucose máu từ 4 lần/ ngày (trước 3 bữa ăn và trước khi đi ngủ). Nếu mổ sanh và chưa ăn uống được thì glucose máu mỗi 6 giờ

- Nếu kết quả glucose máu trước ăn trong khoảng 72mg/dl-126mg/dl (4-7 mmol/L) => ngưng theo dõi glucose máu sau 24 giờ sau sinh

- Nếu kết quả glucose máu ≥ 72 mg/dl (4 mmol/L.) và sản phụ ăn uống được => ngưng đường truyền tĩnh mạch

- Nếu kết quả glucose máu < 72 mg/g) (4 mmol/L) hoặc sản phụ không ăn uống được => truyền Glucose 5% 500ml đường tĩnh mạch và tiếp tục theo dõi glucose máu

Nếu kết quả glucose máu trước ăn ≥ 126 mg/dl (7 mmol/L) tiếp tục theo dõi glucose máu, hiếm khi phải sử dụng insulin sau sinh. Nếu có chỉ định liều lượng đúng 50% sơ liều. trong thai kỳ

Cần thực hiện tầm soát sớm ĐTĐ tập 2 cho các phụ nữ có ĐTĐTK, sau sinh 6 - 12 tuần: làm lại xét nghiệm 75 gram glucose nồng - 2 giờ, nếu kết quả bình thường: tầm soát định kỳ 1 năm/lần, nếu kết quả xét nghiệm bất thường giới thiệu sản phụ khám chuyên khoa Nội tiết.

4.2. Trẻ sơ sinh

Cho bú sớm trong 30-60 phút sau khi chào đời và mỗi ≤ 3 giờ

Thử đường huyết trẻ sơ sinh, khả năng trẻ bị hạ đường huyết nhiều hơn nhóm trẻ bình thường, thử đường huyết sau sinh 2 giờ,

- Nếu < 40 mg/dl gửi nhi

- Nếu 40-50 mg/dl cho bú và thử lại sau 1 giờ

- Nếu > 50 mg/dl không cần thử lại

Theo dõi sát trẻ sơ sinh trong vòng 3 ngày đầu sau sinh để phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng như: hạ glucose huyết, hạ calci, đa hồng cầu, tăng bilirubin máu, hội chứng suy bỏ hấp cấp chu sinh, nhiễm khuẩn sơ sinh.

5. NHIỄM TOAN CETON Ở PHỤ NỮ CÓ THAI [2]

Nhiễm toan ceton ở phụ nữ có thai là tình trạng cấp cứu nghiêm trọng, nguy hiểm tính mạng cả mẹ và thai. Tỷ lệ này ở các nước phát triển khoảng 1-3% thai kỳ, tỷ lệ tử vong mẹ khoảng 4-15%. Nhiễm toan thường xảy ra ở tam cá nguyệt 2,3 của thai kỳ ở bệnh nhân đái tháo đường týp 1 (cũng có thể xảy ra ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2)

5.1. Các yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm toan ceton ở thai phụ

Tăng hormon kháng insulin: tình trạng kháng insulin tăng 56% vào tuần 36 của thai kỳ do tăng sản xuất human placenta, prolactin, cortisol, Giảm nhu động dạ dày do tăng progesterone cũng làm tăng thời gian hấp thu carbohydrate sau ăn

Tăng nguy cơ bị "đói": Đo nhau và thai nhi sử dụng glucose của thai phụ vào các tháng cuối thai kỳ nên glucose máu lúc đời của thai phụ hay thấp

Do nôn ói

Giảm khả năng đệm để cân bằng axit: do tình trạng tăng thông khí ở cuối thai kỳ gây ra kiềm hô hấp, thân sẽ tăng thái bicarbonat để bù trừ nên khả năng đệm khi có tải acid lớn ở thai phụ sẽ giảm. Các rối loạn này xảy ra ở cả khi mức glucose máu tương đối thấp

5.2. Các yếu tố thuận lợi

Nôn nhiều

Nhiễm trùng

Không tuân thủ điều trị: tự ý ngưng insulin

Sử dụng thuốc gây tăng glucose máu: đồng vận beta2 trong điều trị dọa sinh corticoid

5.3. Các ảnh hưởng đến thai

Giảm lưu lượng máu từ cung nhau: lợi niệu thẩm thấu làm giảm thể tích huyết tương

Nhiễm toan thai nhi, mất cân bằng điện giải

Giảm kali máu nặng ở thai, gây ức chế cơ tim, loạn nhịp

Tăng tiết insulin ở thai do glucose máu của mẹ cao làm tăng nhu cầu oxygen

5.4. Chẩn đoán:

Nên nghĩ đến nhiễm ceton khi bệnh nhân đái tháo đường hoặc không có tiền sử đái tháo đường trước đó có các dấu hiệu sau:

Đầu mất nước

Uống nhiều, tiểu nhiều, giảm cân và rất mệt

Đau bụng, ói, nhịp thở Kussmaul

Xét nghiệm:

- Glucose máu (thường > 250mg/dl)
- Cetom niệu (-)
- Ion để có bất thường
- Ceton huyết tương (+)
- pH máu động mạch, bicarbonat huyết thanh bất thường

5.5. Nguyên tắc điều trị

Hội chèn Nội Tiết

Mới bác sĩ gây mê hồi sức phối hợp,

Nguyên tắc điều trị:

- Cải thiện thể tích dịch và tưới máu các tổ chức
- Giảm glucose máu với insulin truyền tĩnh mạch
- Điều chỉnh toan máu, làm sạch thể ceton.
- Điều trị rối loạn điện giải
- Điều trị các yếu tố khởi phát nhiễm toan ceton
- Theo dõi đáp ứng điều trị của thai phụ và thai nhi: liều lượng thuốc tương tự người không có thai, cung cấp oxygen, thai phụ nghiêng trái, theo dõi tim thai, theo dõi nước tiểu/mẹ

Khi tim thai chậm, khó nghe thai nhi có thể bị ảnh hưởng bởi tình trạng nhiễm toan ceton của mẹ. Tuy nhiên, mổ lấy thai ở thai phụ đang nhiễm toan rất nguy hiểm cho tính mạng thai phụ, tình trạng thai sau mổ chưa chắc chắn. Khi tình trạng mẹ ổn định, tình trạng thai nhi cũng cải thiện. Do đó, chỉ định mổ lấy thai cân nhắc và tư vấn đầy đủ cho thai phụ và người nhà.

5.6. Lưu ý

Khi glucose máu về hình thường, tình trạng nhiễm toan có thể vẫn còn. Do đó, cần bù đủ dịch tuần hoàn để đảm bảo thể tích huyết tương lưu thông. Nếu không, có thể tái nhiễm toan ceton

Không ngừng insulin truyền tĩnh mạch sớm do nguy cơ tái nhiễm toan ceton. Khi glucose máu khoảng 200mg/dL (11,1 mmol/L): giảm liều insulin, phối hợp truyền glucose 5% tùy lượng dịch trong cơ thể. Duy trì glucose máu trong khoảng 150-200 mg/dl, cho đến khi thể ceton máu âm tính

Khi ceton máu âm tính, chuyển sang insulin tiêm dưới da.

- Insulin regular tiêm 1 giờ trước khi ngưng insulin truyền
- Insulin NPH: tiêm 1-3 giờ trước khi ngưng insulin truyền

5.7. Các biến chứng

Shock do giảm thể tích huyết tương

Nhiễm acid lactic

Suy thân

Tắc mạch khi áp lực thẩm thấu máu tăng hơn 300 mOsm/kg kéo dài, biểu hiện: nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, tắc mạch chi, mạc treo, nhồi máu cơ quan

Nhiễm trùng: hay gặp nhiễm trùng phổi, đường tiểu

Suy bỏ hấp cấp

Các biến chứng do điều trị phù phổi cấp, hạ glucose máu, hạ kali máu, phù não, tái nhiễm toan ceton

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế - Vụ sức khỏe bà mẹ - trẻ em (2018), "Hướng dẫn quốc gia dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ".
2. Hội nội tiết - Đái tháo đường Việt Nam (2018), "Đái tháo đường thai kỳ, Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường. Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
3. American Diabetes. Association (2018), "Standards of Medical Care in Diabetes", Diabetes Care: 41 (Supplement 1), pp. S137-S143
4. Committee on Practice B-O (2018), "ACOG Practice Bulletin No. 190 Gestational Diabetes Mellitus", Obstet Gynecol. 131 (2), pp. 649-e64.:

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

1. PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ DẠ SẦY THAI

1.1. Định nghĩa

Dạ sảy thai là Phôi thai còn sống, chưa bị bong ra khỏi niêm mạc tử cung.



Chảy máu tử tử cung

Hình 1. Dạ sảy thai

Được gọi là dạ 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.

1.2. Chẩn đoán

Triệu chứng cơ năng

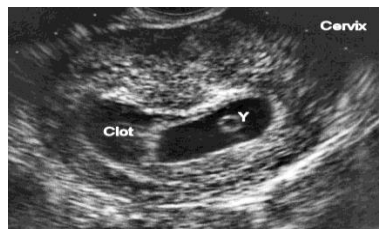
- Bệnh nhân có thai kèm ra máu âm đạo lượng ít, màu đỏ tươi hoặc bầm đen.
- Có thể có cảm giác trằn bụng dưới, đau âm ỉ vùng hạ vị hoặc đau lưng.

Khám lâm sàng

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

1.3. 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.



1.4. Chẩn đoán phân biệt

Thai ngoài tử cung.

Thai trứng.

1.5. Xử trí

Nghỉ ngơi tuyệt đối, ăn nhẹ chống táo bón.

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

Thuốc giảm co: Alverine citrate (Spasmaverin) 40 mg uống 2 viên x 2 lần/ngày.

Điều trị nội tiết:

- Progesteron tự nhiên nhằm giảm co bóp tử cung là chính, không nên dùng các progesteron tổng hợp vì có khả năng gây dị tật thai nhi, nhất là trong giai đoạn tạo phôi ở hai tháng đầu thai kỳ. Một số tác giả chỉ định progesteron đơn độc, một số khác phối hợp với estrogen do tăng hiệu quả dinh dưỡng đối với tử cung. Utrogestan 100 mg, liều lượng tùy từng trường hợp, có thể cho tới 400 mg/ngày.

+Progesterone tự nhiên tiêm bắp, hoặc - Duphaston 10 mg 1 viên x 2 lần/ngày (uống).

+Không nên dùng các loại progesterone tổng hợp vì có khả năng gây dị tật thai nhi, nhất là trong giai đoạn tạo phôi 2 tháng đầu thai kỳ.

- Pregnyl 5000 iu hCG: dùng 10.000 IU vào lúc chẩn đoán có thai, sau đó 5.000 IU x 2 lần 1 tuần cho đến tuần thứ 12.

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

+Tư vấn cho người bệnh và gia đình những tiên triễn có thể xảy ra, nên tránh lao động nặng, tránh giao hợp ít nhất 2 tuần sau khi hết ra máu âm đạo.

2. PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ SẢY THAI

2.1. Sảy thai khó tránh

2.1.1. Lâm sàng

Ra máu âm đạo nhiều, đỏ tươi.

Đau hạ vị từng cơn, ngày càng tăng.

Khám âm đạo: CTC mở, đôi khi có ối vỡ

2.1.2. Xử trí

Kháng sinh dự phòng (thường dùng đường uống). + Nạo hút thai + gỏi GPB.

Thuốc gò TC.

2.2. Sảy thai diễn tiến

2.2.1. Lâm sàng

Ra máu âm đạo nhiều, có máu cục. Bệnh nhân 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 TC phình to, CTC mở, đôi khi có thể thấy khối nhau thai lấp ló ở CTC.

2.2.2. Xử trí

Nếu có choáng, phải hồi sức chống choáng (xem thêm phác đồ hồi sức chống choáng).

Nạo hút thai nhanh để cầm máu + gỏi GPB.

Kháng sinh (đường uống).

2.3. Sảy thai không trọn

2.3.1. Lâm sàng

Thường đã có triệu chứng dọa sảy trước đó.

Đau bụng, ra huyết nhiều hơn.

Có thể ghi nhận có mảnh mô được tổng xuất ra khỏi âm đạo. Sau đó vẫn tiếp tục ra máu âm đạo và còn đau bụng lâm râm.

Khám âm đạo: CTC còn hé mở hay đóng kín, thân TC còn to hơn bình thường.

Siêu âm: có thể thấy hình ảnh sót nhau trong buồng tử cung.

2.3.2. Xử trí

Kháng sinh (đường uống).

Nạo kiểm tra buồng tử cung để lấy phần nhau sót ra. Gửi GPB.

Thuốc gò tử cung.

Máu ra nhiều phải hồi sức, truyền dịch, truyền máu nếu cần.

2.3.3. Cần lưu ý

Sảy thai nhiễm khuẩn: chỉ nạo sau khi đã điều trị kháng sinh tiêm phổ rộng.

Sảy thai băng huyết, tụt huyết áp: phải hồi sức tích cực vừa hồi sức vừa nạo.

2.4. Sảy thai liên tiếp

Để xác định nguyên nhân phải sử dụng các phương pháp thăm dò và xét nghiệm như định lượng hormon, xét nghiệm giang mai, yếu tố Rh, nhiễm sắc thể, chụp buồng tử cung...

- Mổ bóc nhân xơ tử cung, mổ cắt vách ngăn tử cung....
- Khâu vòng cổ tử cung cho các trường hợp hở eo tử cung.
- Điều trị những nguyên nhân toàn thân: giang mai, đái tháo đường, viêm thận.
- Điều trị nguyên nhân do rối loạn nội tiết như thiếu năng giáp trạng; với thiếu hụt estrogen, progesteron thì nên điều trị ngay và sớm từ khi mới có thai và liên tục trong 12 tuần đầu của thai kỳ...

3. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2016

NHAU TIỀN ĐẠO

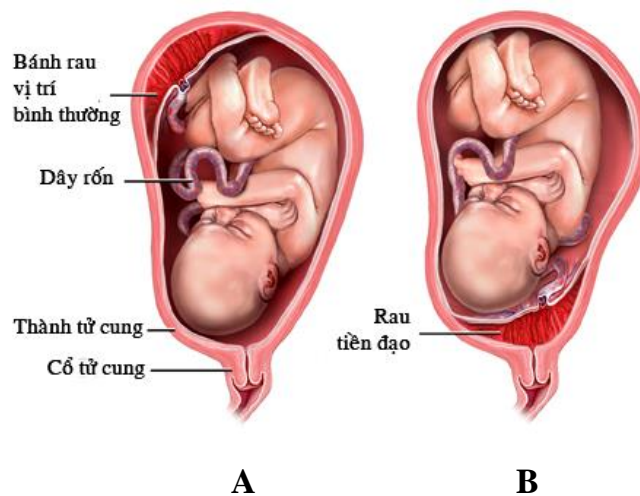
1. ĐẠI CƯƠNG

Nhau tiền đạo là bánh nhau bám ở đoạn dưới tử cung, có thể che lấp một phần hoặc toàn bộ lỗ trong cổ tử cung.

Nhau tiền đạo xảy ra khoảng 1/200 trường hợp thai nghén, là một trong những nguyên nhân chính gây chảy máu trong ba tháng cuối của thai kỳ, trong chuyển dạ và sau đẻ. Vì vậy, nhau tiền đạo còn là một cấp cứu trong sản khoa.

Cơ chế chảy máu trong nhau tiền đạo:

- Đoạn dưới thành lập trong 3 tháng cuối thai kỳ.
- Sự co kéo của đoạn dưới ở diện nhau bám gây bóc tách.
- Gai nhau bám sâu vào cơ tử cung ở đoạn dưới.



Hình 1. A. Nhau bám vị trí bình thường B. Nhau tiền đạo

Có 4 loại nhau tiền đạo:

- Nhau bám thấp: bờ bánh nhau bám ở đoạn dưới TC, chưa đến lỗ trong cổ tử cung.
- Nhau bám mép: bờ bánh nhau bám đến bờ lỗ trong cổ tử cung.
- Nhau tiền đạo bán trung tâm: bánh nhau che kín một phần lỗ trong cổ tử cung.
- Nhau tiền đạo trung tâm: bánh nhau che qua toàn bộ lỗ trong cổ tử cung

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Cơ năng

Có khi không có triệu chứng gì, chỉ phát hiện được nhau tiền đạo 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 cổ tử cung 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.

Cộng hưởng từ: không thể thay thế siêu âm trong chẩn đoán nhau tiền đạo. Có giá trị trong chẩn đoán nhau cài răng lược/nhau tiền đạo, đặc biệt nhau bám mặt sau tử cung.

Soi bàng quang: khi nghi ngờ nhau cài răng lược xâm lấn bàng quang qua chẩn đoán hình ảnh, kèm tiểu máu.

3. 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:

- Không giao hợp, không làm nặng, không tập thể dục sau 20 tuần.
- Không khám âm đạo.
- Nếu có cơn gò tử cung hoặc ra huyết âm đạo cần nhập viện ngay.

Giảm nguy cơ cho bé:

- Dùng thuốc hỗ trợ phổi cho thai từ 28-34 tuần.
- Xác định thời điểm sinh mổ chủ động: khoảng 36 - 37 tuần tuổi [Uptodate 20.1].

3.2. Nhau tiền đạo đang ra huyết:

Là cấp cứu sản khoa, cần điều trị tại bệnh viện. 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 thai - mẹ với nguy cơ mất máu ồ ạt.
- Hỗ trợ phổi: khi thai 28 - 34 tuần.
- Truyền máu: khi Hb <10g/dL.
- Có thể xuất viện khi không còn ra huyết trong vòng 48 giờ và không kèm bất kỳ yếu tố nguy cơ khác.

- Chọn lựa cách chấm dứt thai kỳ

+ Sinh ngã 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 monitor 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, Prostaglandin, Duratocin.

+ Thất động mạch tử cung: khi cần.

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

3.3. Nhau tiền đạo ra huyết âm đạo nhiều

Là cấp cứu sản khoa. Cần mổ lấy thai cấp cứu.

Lập 1 hay 2 đường truyền tĩnh mạch. Truyền dung dịch Lactate Ringer hay Normal Saline, dung dịch cao phân tử nhằm ổn định huyết động học và duy trì có nước tiểu, ít nhất 30ml/giờ.

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.

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.

3.4. Xử trí nhau tiền đạo khi chưa chuyển dạ:

3.4.1. Chăm sóc, theo dõi

- Khuyên bệnh nhân vào viện để điều trị và dự phòng cho lần chảy máu sau.

- Nghỉ ngơi tại giường, hạn chế đi lại tối đa.

- Chế độ ăn uống: đầy đủ dinh dưỡng, chống táo bón.

- Theo dõi sự phát triển của thai và bánh nhau. Xác định lại chẩn đoán nhau tiền đạo thuộc loại nào, tuổi thai và trọng lượng thai để có biện pháp xử lý cho phù hợp.

- Làm các xét nghiệm máu như công thức máu, hemoglobin, hematocrit, phân loại máu. Chuẩn bị máu tươi để truyền khi cần thiết.

3.4.2. Điều trị

Điều trị duy trì: khi thai chưa trưởng thành và mức độ chảy máu không nhiều.

- Thuốc giảm co tử cung như Spasmaverin, Salbutamol, Magné Sulfate.

- Kháng sinh.

- Viên sắt và các vitamin.

Chấm dứt thai kỳ

- Nếu nhau tiền đạo trung tâm thì nên chủ động mổ lấy thai khi thai đủ tháng để

tránh chảy máu khi chuyển dạ

- Nếu chảy máu nặng, hoặc điều trị chảy máu không có kết quả nên chủ động mổ lấy thai để cầm máu cứu mẹ là chính không kể tuổi thai.

3.5. Xử trí nhau tiền đạo khi chuyển dạ:

3.5.1. Nhau tiền đạo không trung tâm

Đa số các trường hợp này có thể sinh đường dưới. Khi chuyển dạ nên bấm ối để hạn chế chảy máu. Nếu sau bấm ối máu vẫn tiếp tục chảy nên mổ lấy thai.

Khi có quyết định cho sinh đường âm đạo cần phải theo dõi sát toàn trạng và các dấu hiệu sinh tồn của sản phụ, số lượng máu mất và tình trạng thai. Nếu toàn trạng mẹ xấu đi do mất máu nhiều, hoặc phát sinh thêm các yếu tố nguy cơ khác thì phải mổ lấy thai cấp cứu.

Sau khi thai sổ, bánh nhau thường bong sớm vì một phần đã bị bong trước sinh. Chỗ nhau bám có thể chảy máu, cần dùng các thuốc co hồi tử cung. Nếu không kết quả phải cắt tử cung bán phần thấp.

3.5.2. Nhau tiền đạo trung tâm

Chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối. Trường hợp chảy máu nhiều không kiểm soát được thì có thể buộc động mạch tử cung hoặc động mạch hạ vị để cầm máu. Nếu không có kết quả thì phải cắt tử cung bán phần thấp để cầm máu.

3.6. Thời kỳ hậu sản:

Theo dõi sát để đề phòng chảy máu thứ phát sau sinh và nhiễm khuẩn.

Trong thời kỳ hậu sản nếu mẹ thiếu máu nhiều phải truyền máu để bù lại số lượng máu đã mất và uống thêm viên sắt.

Trẻ sơ sinh cần được chăm sóc đặc biệt vì phần lớn là trẻ non tháng

4. TIỀN LƯỢNG - BIẾN CHỨNG

Nhau tiền đạo 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

Cho mẹ

- Mất máu nhiều, choáng, tử vong.
- Cắt tử cung, tổn thương hệ niệu.
- Tăng nguy cơ nhiễm trùng, rối loạn đông máu, phải truyền máu.

Cho con

- Tình trạng non tháng gây tử vong chu sinh. Trẻ sơ sinh bị thiếu máu.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2016
2. Phác đồ bệnh viện Từ Dũ 2015

ĐIỀU TRỊ SÓT NHAU / SÓT THAI

1. ĐỊNH NGHĨA

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

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Khám Lâm Sàng

2.1.1. Hỏi bệnh

Thời điểm hút thai lần trước.

Nơi hút thai lần trước (tại viện hay ngoại viện).

Tuổi thai lần hút trước.

2.1.2. Khám bệnh

Tổng trạng: Đánh giá tình trạng nhiễm trùng (sốt, đau bụng, dịch âm đạo hôi, môi khô, lưỡi bẩn...).

Xác định tư thế và kích thước tử cung.

Xác định độ đau tử cung.

Đánh giá độ mở CTC.

Đánh giá mức độ ra huyết âm đạo.

2.2. Xét nghiệm cận lâm sàng

2.2.1. Siêu âm

Xác định tình trạng sót nhau, sót thai.

Đánh giá mức độ sót nhau.

2.2.2. Xét nghiệm

CTM, CRP, p hCG (tùy trường hợp).

3. ĐIỀU TRỊ SÓT NHAU - SÓT THAI

3.1. Nội Khoa

3.1.1. Chỉ định

Ứ dịch lòng tử cung.

Nghi sót nhau kích thước nhỏ (dưới 3x3cm).

3.1.2. Điều trị nội khoa sót nhau sót thai

Oxytocine 5 đv 1-2 ống tiêm bắp x 3 ngày. Hoặc Misoprostol 200mcg ngâm dưới lưỡi 2v x 2 lần/ngày x 2-3 ngày.

Kháng sinh ngừa nhiễm trùng.

3.2. Ngoại Khoa

3.2.1. Chỉ định

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

3.2.2. Điều trị ngoại khoa sốt nhau sốt thai

Hút kiểm tra buồng tử cung (Thực hiện các bước như hút thai theo yêu cầu. Nên được thực hiện bởi kỹ thuật viên có kinh nghiệm).

Gửi giải phẫu bệnh mô sau hút.

Kháng sinh điều trị.

Thuốc tăng co hồi tử cung nếu cần.

4. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2016

TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ

1. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Tăng huyết áp là khi huyết áp tâm thu tăng hơn hoặc bằng 140mmHg và hoặc huyết áp tâm trương tăng hơn hoặc bằng 90mmHg

Tăng huyết áp thai kỳ là tăng huyết áp xảy ra ở phụ nữ mang thai, tăng huyết áp lần đầu được phát hiện sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ, không có protein niệu, và huyết áp trở về bình thường trước tuần lễ 12 của thời kỳ hậu sản được coi là tăng huyết áp thai kỳ.

Tiền sản giật là sự phát triển của tăng huyết áp kèm protein niệu có thể có phủ sau tuần 20 tuổi thai. Tình trạng này có thể xảy ra sớm hơn với sự hiện diện của bệnh lý nguyên bào nuôi (thai trứng). Phù không còn được xem là một triệu chứng của tiền sản giật nữa vì nó xuất hiện quá thường xuyên trên phụ nữ mang thai.

1.2. Tần suất mắc

Rối loạn tăng huyết áp xảy ra trong khoảng 12% - 22% các thai kỳ và là nguyên nhân quan trọng của bệnh suất tử suất chu sinh cho cả mẹ và thai nhi. Bệnh tăng huyết áp chiếm 20% tỷ lệ tử vong mẹ ở Hoa Kỳ Tại Việt Nam tỷ lệ này là 16,3% (2003). Nguyên nhân chính xác của tăng huyết áp trong thai kỳ vẫn còn chưa biết.

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Con so
- Đa thai
- Mẹ trên 35 tuổi
- Thụ tinh ống nghiệm (IVF)
- Tiền sử bị tiền sản giật, tiền sử gia đình tiền sản giật
- Tiền sử giảm tiểu cầu
- Tăng huyết áp mạn hoặc bệnh lý thân mạn hoặc cả hai
- Đái tháo đường type 1 hoặc type II
- Bệnh lupus đỏ, hội chứng kháng phospholipid
- Béo phì

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Tăng huyết áp thai kỳ

Được gọi là tăng huyết áp thai kỳ khi huyết áp tâm thu 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg, xuất hiện sau tuần 20 tuổi thai, không có protein niệu và huyết áp trở lại bình thường sau khi sinh

Bệnh suất của mẹ trực tiếp liên quan đến độ nặng và thời gian tăng huyết áp.

Khoảng 25% tăng huyết áp thai kỳ có ghép thêm tiền sản giật hoặc sản giật. Thường khó để phân biệt giữa tiền sản giật và tăng huyết áp thai kỳ trên sản phụ

nếu tăng huyết áp đột ngột ở cuối thai kỳ. Trong những trường hợp như vậy nên xem và xử trí như một trường hợp tiền sản giật

2.2. Tiền sản giật

Tiền sản giật là khi có sự phát triển của tăng huyết áp mới khởi phát kèm protein niệu có thể có phủ sau tuần 20 tuổi thai. Trong trường hợp xảy ra trước 20 tuần, các chuyên đoàn cần cân nhắc là: xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn, tân huyết, thai trứng, bệnh lý thận hay bệnh lý miễn dịch (WHO 2015). Các tiêu chí để chẩn đoán tiền sản giật là

- Huyết áp:

+Huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg đo 2 lần cách nhau 4 giờ xảy ra sau 20 tuần tuổi thai trên sản phụ trước đó huyết áp bình thường

+Huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg đo 2 lần cách nhau 15 phút

- Protein niệu:

+Protein nước tiểu ≥ 300 mg trong nước tiểu 24 giờ

+Tỷ lệ protein/creatinine ≥ 0.3 (đơn vị mg/dl cho cả 2 thông số)

+Que nhúng $\geq 2+$ (chỉ sử dụng khi không có phương pháp định lượng)

Nếu không có protein niệu, xuất hiện thêm ít nhất 1 trong các triệu chứng sau

- Rối loạn thị giác hoặc rối loạn thần kinh trung ương

- Suy chức năng gan (tăng gấp 2 lần giá trị bình thường)

- Suy thận (creatinine/máu 1.1 mg/dl hoặc gấp 2 lần giá trị bình thường)

- Giảm tiểu cầu (<100.000 /microliter)

- Phù phổi

- Nhức đầu không đáp ứng với thuốc giảm đau và đã loại trừ các nguyên nhân khác hay không có triệu chứng rối loạn thị giác.

2.3. Tiền sản giật diễn tiến nặng

Khi có một trong các dấu hiệu sau:

- Huyết áp: huyết áp tâm thu ≥ 160 mm Hg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 110 mm Hg trong hai lần đo cách nhau ít nhất 15 phút (Nếu không sử dụng thuốc hạ áp trước thời điểm này).

- Phù phổi hoặc tím tái

- Đau vùng thượng vị hoặc góc phần tư phải trên (có thể gây ra xuất huyết dưới bao gan)

- Đau đầu mới khởi phát không đáp ứng với thuốc giảm đau và đã loại trừ các nguyên nhân khác

- Rối loạn thị giác Suy chức năng gan (tăng gấp 2 lần giá trị bình thường)

- Suy thận (creatinine/mau-1.1 mg/dl hoặc gấp 2 lần giá trị của bệnh nhân trước đó và không có bệnh lý về thận)
- Giảm tiểu cầu (<100.000/microliter)

2.4. Sản giật

Sản giật là tình trạng có cơn co giật (làm sáng có biểu hiện giống như động kinh cơn lớn) không giải thích được bởi các nguyên nhân gây rối loạn thần kinh trên một sản phụ có tiền sản giật. Diễn tiến điển hình của sản giật:

- Cơn giật thường bắt đầu rung ở mặt. Vài giây sau co cứng toàn thân do co cơ toàn thân, kéo dài trong 15-20 giây

- Bất ngờ hàm mở ra và khép lại rất mạnh và ngay sau đó, mí mắt cũng vậy. Các cơ mặt và tất cả các cơ khác thay phiên co giãn rất nhanh. Thai phụ có thể té xuống giường, có thể cắn lưỡi do cử động của hàm. Giai đoạn co giãn cơ có thể kéo dài trong 1 phút

- Dần dần, cử động của các cơ yếu dần, ít dần và cuối cùng thai phụ bất động. Trong vài giây có thể ngưng thở thờ nhưng sau đó thì sâu và có thể hôn mê sau đó. Thai phụ thường không nhớ đến cơn giật và các sự kiện ngay trước và sau cơn giật

- Cơn giật đầu tiên thường kéo theo các cơn giật khác, số lượng từ 1-2 cơn ở các trường hợp nhẹ cho đến nhiều cơn ở những trường hợp nặng. Thời gian hôn mê sau cơn giật thay đổi. Trong những trường hợp nặng, hôn mê tồn tại giữa các cơn giật và có thể tử vong

- Sản giật có xuất độ 0,5 – 4% trên các trường hợp tiền sản giật. Hầu hết các trường hợp sản giật xảy ra cho đến 24 giờ sau sanh, cần lưu ý có khoảng 3% các trường hợp sản giật có thể xảy ra trong thời gian ngày 2 đến ngày 10 sau khi sanh

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Mục tiêu

Mục tiêu của điều trị tăng huyết áp trong 2 thai kỳ cần lưu ý cân bằng tính trạng huyết áp để mẹ không bị tai biến và thai nhi không bị giảm tuần hoàn nhau thai. Can thiệp đặt ra khi tình trạng huyết áp có thể gây nguy hiểm cho tính mạng của mẹ.

3.2. Tiền sản giật

Điều trị bao gồm: dự phòng hoặc điều trị co giật với Magnesium Sulfate, dùng hạ áp (nếu có chỉ định), đánh giá độ trưởng thành phổi và sức khỏe thai nhi và có kế hoạch để chấm dứt thai kỳ ở thời điểm phù hợp.

Magnesium sulfate được dùng tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch.

Khuyến cáo loại A của hầu hết các hiệp hội Sản Phụ khoa trên thế giới:

- Liều tấn công: 2-4g tiêm mạch chậm (thường 3g)
- Liều duy trì: 1-2g/giờ truyền tĩnh mạch (thường 1g/giờ)

- Theo dõi, nước tiểu, phân xa gân xương, nhịp thở mỗi giờ
- Thời gian dùng: thường đến 24 giờ sau sinh

Trong trường hợp không truyền tĩnh mạch, MgSO₄ có thể chỉ định tiêm bắp:

- Liều tấn công: 10g (5g tiêm bắp mỗi bên mông)
- Liều duy trì: 5g mỗi 4 giờ

Cách pha MgSO₄ tiêm bắp (Xem phụ lục 3)

Nồng độ MgSO₄ và tác dụng

Mmol/L	MEq/L	Mg/dL	Tác dụng
2-3.5	4-7	5-9	Liều điều trị
>3.5	>7	>9	Mất phản xạ gân xương
>5	>10	>12	Suy hô hấp
>12.5	>25	>30	Trụy tim mạch

Trong trường hợp suy giảm chức năng thận (Creatinin: 1-1.5 mg/dL hay thiểu niệu: <30ml trong 4 giờ), liều tấn công 3-6g (pha loãng tiêm mạch chậm) và duy trì với liều 1g/giờ (truyền tĩnh mạch) và đánh giá nồng độ Mg mỗi 4 giờ. Nếu nồng độ Mg tăng > 8 mEq/L, cần ngừng truyền MgSO₄ và đánh giá nồng độ Mg mỗi 2 giờ. Khi nồng độ Mg <7 mEq/L có thể bắt đầu truyền lại MgSO₄.

Ở những bệnh nhân có nguy cơ suy hô hấp vì ngộ độc MgSO₄, tiêm tĩnh mạch chậm Calcium gluconate 1/10ml trong 3 phút. Xem xét đặt nội khí quản nếu cần. Furosemide tiêm mạch chậm với mục tiêu tăng lượng nước tiểu (nếu cần).

Theo khuyến cáo ESC 2018, thuốc hạ áp nên được sử dụng khi:

- HA \geq 150/95 mmHg
- HA \geq 140/90mmHg kèm theo có tổn thương cơ quan đích (não, tim, thận, gan, mắt, thai) hoặc tiền sản giật ghép trên nền tăng huyết áp mạn tính \rightarrow 120/70 mmHg
- < HA mục tiêu <140/90mmHg

Theo khuyến cáo ESC 2018, các lựa chọn điều trị tăng huyết áp thai kỳ:

Tình huống	Methyldopa	Ức chế Ca uống	Ức chế Ca TTM	Labetalol uống	Labetalol TTM	Nitroglycerin TTM	Khác
HA: 140/90 - <160/<100	IB	IC		IC			
HA \geq 160/100	IB	IC	IC		IC		
THA nặng			IC		IC		Mg TTM
Tiền sản giật gây phù phổi cấp						IC	

Chọn lựa đầu tay	Chọn lựa hàng thứ 2	Chống chỉ định
Labetalol	Clonidine	Ức chế men chuyển
Methyldopa	Hydralazine	Ức chế renin
Nifedipin tác dụng kéo dài	Lợi tiểu thiazides	
Thuốc ức chế thụ thể beta dạng uống: acebutolol, metoprolol, pindolol, và propanolol	Clonidine	

Chấm dứt thai kỳ:

Ở những sản phụ tăng huyết áp thai kỳ hay tiền sản giật không dấu hiệu năng khuyến cáo nên chấm dứt thai kỳ tại thời điểm 37 tuần

Khởi phát chuyển dạ hay mở sanh tùy thuộc chỉ định sản khoa

3.3. Tiền sản giật diễn tiến nặng

Thai phụ ổn định:

- Ở tuổi thai 24-34 tuần, điều trị corticoid (lựa chọn đầu tiên là betamethason 12mg, tiêm bắp 2 liều cách nhau 24 giờ hoặc lựa chọn thứ 2 là dexamethason 6mg/lần, tiêm bắp 4 lần, cách nhau 12 giờ), tiếp tục theo dõi trong 24 giờ rồi xem xét chấm dứt thai kỳ,

- Tuổi thai trên 34 tuần nên chấm dứt thai kỳ.

- Thai phụ không ổn định: chấm dứt thai kỳ sau khi đánh giá đầy đủ tình trạng thai phụ và thai nhi.

Nếu thai nhi không có khả năng sống thì chấm dứt thai kỳ càng sớm càng tốt ngay khi tình trạng sản phụ cho phép.

3.4. Tăng huyết áp mạn tính

Quản lý sản phụ tăng huyết áp mạn tính cần theo dõi chặt chẽ huyết áp của mẹ và lưu ý tình trạng ghép thêm của tiền sản giật hoặc sản giật, đồng thời cần theo dõi sức khỏe và tăng trưởng thai nhi

Đối với các sản phụ tăng huyết áp mạn mà không có yếu tố nguy cơ cho mẹ bé đi kèm

- Nếu không được điều trị duy trì bằng thuốc hạ áp, không khuyến cáo chấm dứt thai kỳ trước 38 0/7 tuần

- Nếu được điều trị duy trì bằng thuốc hạ áp, không khuyến cáo chấm dứt thai kỳ trước 37 0/7 tuần.

4. THEO DÕI VÀ TIỀN LƯỢNG

Mức độ nặng của tiền sản giật và sự trưởng thành của thai là những điểm cần nhắc chính trong quyết định xử trí. Chăm sóc nên chú ý từng trường hợp cụ thể nhưng chủ ý nguyên tắc điều trị chung. Cơ sở chính của quản lý tiền sản giật nhẹ là nghỉ ngơi và theo dõi các dấu hiệu trở nặng.

Đếm cử động thai mỗi ngày

Siêu âm Doppler velocimetry 1-2 lần/tuần

Non Stress Test hai lần một tuần hoặc mỗi ngày tùy tình trạng thai

Siêu âm đánh giá tăng trưởng của thai nhi và lượng ối mỗi 2 tuần

Xét nghiệm nghiệm bilan b tiền sản giật mỗi tuần, 2 lần/tuần hoặc mỗi ngày tùy thuộc diễn tiến bệnh

Siêu âm trắc nghiệm sinh – vật lý (Biophysical profile) khi có nghi ngờ giảm tuần hoàn nhau thai

Khi phát hiện tiền sản giật, tùy tình trạng và mức độ của thai phụ và thai nhi có thể được theo dõi tiếp tục trong bệnh viện hoặc tại nhà trên cơ sở của việc đánh giá ban đầu

Đối với các trường hợp tiền sản giật nặng hay sản giật, cần theo dõi tại các cơ sở y tế có đủ điều kiện và có kinh nghiệm. Các xét nghiệm cận lâm sàng thích hợp cần được thực hiện

5. CÁC BIẾN CHỨNG THƯỜNG GẶP CỦA TIỀN SẢN GIẬT NẶNG

5.1. Phù phổi

Sản phụ có tình trạng tiền sản giật-sản giật nặng là những người có nguy cơ phù phổi sau sanh nhất. Không nên hút dịch dạ dày (trong trường hợp co giật hoặc khi gây mê) và cho thuốc an thần quá mức. Đa số các bệnh nhân này có tình trạng suy tim. Một số thay đổi sinh lý trong thai kỳ bình thường, nhưng lại diễn ra quá mức trong tiền sản giật-sản giật có thể thúc đẩy nguy cơ phù phổi. Một vấn đề quan trọng là áp lực keo thường đã giảm đáng kể trong thai kỳ bình thường lại giảm nhiều hơn trong tiền sản giật. Hơn nữa ở bệnh nhân tiền sản giật lại có tình trạng tăng áp lực keo ngoại mạch. Điều này thúc đẩy dãn tình trạng thoát dịch ở mao mạch. Ngoài ra người ta còn ghi nhận tổn thương thành mạch ở tiền sản giật càng làm tăng tình trạng mất protein nội mạch.

Tình trạng cô đặc máu và giảm thể tích tĩnh mạch trung ương làm cho nhiều người có khuynh hướng bù bằng các loại dịch, dung dịch cao phân tử, albumin đậm đặc nhằm làm tăng thể tích nội mạch, giảm co thắt mạch và tăng tưới máu các cơ quan. Tuy nhiên chưa hiệu quả rõ ràng nào được ghi nhận, ngược lại người ta lại thấy rằng có tăng nguy cơ phù phổi

Do các lý do trên, cho đến nay việc truyền dịch có kiểm soát ở những bệnh nhân tiền sản giật sản giật nặng được xem là biện pháp hiệu quả nhất. Nói chung trừ trường hợp bị mất dịch nhiều do nguyên nhân khác, việc bù dịch chỉ thực hiện vừa phải có kiểm soát.

5.2. Sản giật

Các cơn giật trong sản giật có thể đe dọa tính mạng sản phụ và thai nhi.

Nguy cơ cho thai phụ gồm: chấn thương cơ xương khớp (có thể cắn lưỡi), thiếu oxy và hít dịch tiêu hóa. Xử trí ban đầu gồm: chèn lưỡi, cố định nhẹ nhàng, cung cấp oxy, đảm bảo thông khí và có đường truyền tĩnh mạch. Cơn giật thường tự giới hạn. Nhưng để giảm nguy cơ do cơn giật, thuốc được chọn Magnesium Sulfate 15%, ông 10ml (liều tấn công 4-6 g, tiêm tĩnh mạch chậm) để ngăn chặn cơn giật. Nếu sản phụ có tiền căn cơn giật, liều Magnesium Sulfate thường là 2g tiêm mạch chậm và đo nồng độ Magnesium huyết thanh. Các thuốc chống cơn giật khác như Diazepam hoặc thuốc cùng nhóm không còn được chọn lựa.

Tăng co thắt tử cung khi có cơn giật đến 15 phút có thể ảnh hưởng tuần hoàn nhau - thai với thay đổi nhịp tim thai, gồm: tim thai chậm, nhịp tim nhanh, giảm bất định hay giảm muộn. Nguy hiểm đe dọa thai nhi nếu cơn giật kéo dài 20 phút hoặc hơn. Sanh trong thời điểm cơn giật làm tăng thêm nguy cơ cho sản phụ và thai nhi. Khi máu động mạch nên làm. Theo dõi nước tiểu với thông Foley lưu. Nếu huyết áp rất tăng, nước tiểu ít hoặc có rối loạn tim mạch, đo áp lực tĩnh mạch trung tâm nên thực hiện và theo dõi với monitor liên tục

5.3. Hội chứng HELLP

Sản phụ có hội chứng HELLP thường đa thai và có huyết áp không tăng hơn so với những sản phụ tiền sản giật không có biến chứng này. Rối loạn chức năng gan biểu hiện như đau góc phần tư trên bên phải, thường bị chẩn đoán nhầm là bệnh liên quan túi mật

hay rối loạn tiêu hóa khác. Do từ suất và bệnh suất tăng, khiến hội chứng HELLP cần được chẩn đoán chính xác càng sớm, càng tốt. Triệu chứng đầu tiên thường mơ hồ, gồm: buồn nôn, nôn và hội chứng như nhiễm siêu vi không đặc hiệu. Điều trị những sản phụ này là tốt nhất tại trung tâm sản khoa có đủ điều kiện: khả năng ổn định tình trạng tim mạch, phát hiện và điều chỉnh rối loạn đông máu và chấm dứt thai kỳ phù hợp. Truyền tiểu cầu đậm đặc trước và sau sanh có chỉ định khi số lượng tiểu cầu <20.000/mm³. Nếu có chỉ định mổ sanh nên truyền khi số lượng tiểu cầu đếm <50,000/mm³, trước khi tiến hành mổ lấy thai. Quản lý trường hợp có biến chứng HELLP nên " cá nhân hóa", tùy thuộc vào: tuổi thai, triệu chứng lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng và tình trạng sức khỏe thai.

6. TẦM SOÁT

Tầm soát được thực hiện hiệu quả trong 3 tháng đầu thai kỳ:

- Nguy cơ với tiền sử gia đình và bệnh sử bản thân
- Đo huyết áp động mạch trung bình
- Siêu âm đo chỉ số xung động mạch từ cung (UA-PI)
- Sinh hóa qua PAPP-A, PIGF và sFLt-I

7. PHÒNG NGỪA

Theo khuyến cáo WHO thai phụ có nguy cơ tiền sản giật nên sử dụng aspirin liều thấp bắt đầu từ 12-16 tuần liên tục cho tới trước thời điểm chấm dứt thai kỳ 10-14 ngày.

Nguy cơ cao	Nguy cơ trung bình
Tiền sử tiền sản giật	Đơn thai
Đa thai	Béo phì (BMI ≥ 30)
Tăng huyết áp mạn	Tiền sử gia đình tiền sản giật (mẹ, chị ruột)
Đái tháo đường type 1 và 2	Đặc điểm văn hóa xã hội (da đen, trình độ văn hóa thấp)
Bệnh thận	Tuổi ≥ 35
Bệnh lý miễn dịch	Yếu tố khác: thai chậm tăng trưởng, kết cục thai kì trước xấu, khoảng cách 2 lần có thai trên 10 năm.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2016
2. Phác đồ bệnh viện Hùng Vương 2021

ĐIỀU TRỊ THAI CHẾT LƯU ĐẾN HẾT 12 TUẦN

1. ĐỊNH NGHĨA

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

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Bệnh sử

Xác định ngày kinh chót. Tình trạng ra huyết âm đạo, đau bụng.

- Tiền sử sản phụ khoa:

+Số con đã có - tuổi con nhỏ nhất.

+Tiền sử thai lưu. Số lần đi hút thai.

+Tiền căn mổ lấy thai, bóc nhân xơ tử cung.

- Tiền căn bệnh nội ngoại khoa: Bệnh lý tim mạch, cường giáp.v.v...

2.2. Khám:

Xác định tư thế tử cung, tuổi thai.

Đánh giá tình trạng ra huyết âm đạo.

Đánh giá các bệnh lý ở đường sinh dục đi kèm nếu có: viêm nhiễm, u xơ tử cung, u nang buồng trứng.

2.3. Xét Nghiệm

Siêu âm: Xác định tình trạng thai lưu, tuổi thai vào thời điểm lưu.

XN máu: Đông máu toàn bộ, phân tích tế bào máu, nhóm máu, Rh (khi đủ điều kiện).

3. LƯU Ý

Lấy mốc tuổi thai dựa vào ngày kinh chót

- Tuổi thai vào thời điểm siêu âm, chỉ gợi ý tuổi thai vào thời điểm lưu, nhằm tiên lượng nguy cơ rối loạn đông máu.

- Thai lưu tồn tại trong tử cung trên 6 tuần có thể sẽ xảy ra rối loạn đông máu.

Nhập viện những trường hợp

- Xét nghiệm đông máu toàn bộ bất thường.

- Có bệnh lý nội khoa cần thực hiện thủ thuật tại nơi có điều kiện hồi sức cấp cứu.

- Các trường hợp thai lưu có nguy cơ tai biến cao.

4. XỬ TRÍ

4.1. Tư vấn

Nếu khách hàng có Rh (-): tư vấn theo phác đồ xử trí thai phụ Rh (-).

Tư vấn thủ thuật hút thai (bao gồm các bước thủ thuật, tai biến có thể xảy ra).

Các dấu hiệu bất thường cần khám ngay.

Tư vấn các biện pháp tránh thai sau hút thai.

Tư vấn về khả năng sinh sản sau thủ thuật.

Nên có thai lại ít nhất sau 3 tháng hút thai lưu và kiểm tra sức khỏe trước khi có ý định mang thai trở lại

4.2. Quy trình kỹ thuật

4.2.1. Phương pháp giảm đau - vô cảm

Uống thuốc giảm đau Ibuprofen 400mg hoặc Paracetamol 1g trước khi làm thủ thuật 30 phút đối với những trường hợp vô cảm bằng tê cạnh cổ TC.

4.2.2. Thực hiện thủ thuật:

Sát trùng âm hộ (kèm I).

Sát trùng CTC, âm đạo (Kèm II).

Gây tê mép trước CTC (Vị trí 12g với 1ml Lidocain 1%).

Kẹp CTC bằng kèm Pozzi.

Gây tê cạnh CTC với 4ml Lidocain 1% ở vị trí 4g và 7g hay 5g và 8g.

Nong CTC bằng ống hút nhựa (nếu trường hợp khó có thể sử dụng bộ nong bằng kim loại Hégar hay Pratt).

Chọn ống hút thích hợp với tuổi thai.

Hút thai (bằng máy hay bằng tay), đánh giá hút sạch buồng tử cung.

Mở kèm Pozzi, lau sạch CTC và âm đạo.

Kiểm tra mô và tổ chức sau hút thai, gửi giải phẫu bệnh mô nhau.

4.3. Theo dõi sau thủ thuật

Theo dõi sinh hiệu, huyết âm đạo, đau bụng dưới.

Hướng dẫn sử dụng toa thuốc sau thủ thuật.

Hướng dẫn cách chăm sóc sau thủ thuật.

Hẹn ngày tái khám và các dấu hiệu bất thường cần tái khám ngay, lấy kết quả giải phẫu bệnh.

Hướng dẫn ngừa thai tránh mang thai ngoài ý muốn.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2016
2. Phác đồ bệnh viện Từ Dũ 2015

XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT TRONG VÀ SAU KHI PHÁ THAI

1. ĐỊNH NGHĨA

Băng huyết là tình trạng ra huyết âm đạo nhiều > 300 ml trong vòng 24 giờ sau phá thai hoặc ảnh hưởng đến tổng trạng.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Tổng trạng:

Vã mồ hôi, da xanh, niêm nhợt.

Mạch nhanh trên 90 l/p.

Huyết áp thấp, tụt.

2.2. Khám:

Máu âm đạo ra nhiều, đỏ tươi, có khi có máu cục.

Băng vệ sinh hoặc quần áo ướt đẫm máu.

Tử cung gò cứng, có thể do ứ máu trong lòng tử cung, sót tổ chức thai, mô nhau, do tổn thương ở cổ tử cung hoặc thủng tử cung.

3. XỬ TRÍ

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

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

Hồi sức tích cực.

Chuyển bệnh nhân lên phòng mổ và xử trí tiếp.

Lưu ý: Hoàn tất hồ sơ bệnh án, ghi rõ diễn tiến thủ thuật.

3.2. Không choáng: Huyết áp > 90/60 mmHg.

Truyền tĩnh mạch, tốt nhất là 2 đường truyền: Glucose 5%, 500 ml pha với 2 ống Oxytocine 5đv, truyền tĩnh mạch (TM) XXXg/p.

Thở Oxy, 4l/p. - Nằm đầu thấp.

Nạo sạch buồng tử cung, lấy hết mô sót và máu cục.

Thông tiểu.

Đánh giá lại tình trạng tử cung, có thể dùng thêm:

- Thuốc: Oxytocine 5đv x 2 ống pha loãng tiêm TM chậm hay tiêm bắp.
- Ergometrine 0,20mg, 1 ống tiêm TM chậm hay tiêm bắp (TB).
- Misoprostol 200mcg 04 viên đặt hậu môn.
- Thất động mạch CTC.
- Bóng chèn.

Tiếp tục theo dõi sinh hiệu và tình trạng ra máu của khách hàng.

4. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2016

2. Phác đồ bệnh viện Từ Dũ 2015