



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Cấp cứu sản khoa

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1

© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

1. Khi phát hiện có sa dây rốn, yếu tố nào có là điều kiện tiên quyết để định hướng can thiệp? **Chọn một câu đúng**
 - a. Ngôi thai là ngôi chỏm hay khác ngôi chỏm
 - b. Các đặc điểm biến động tim thai trên EFM
 - c. Có thể sanh ngã âm đạo tức thì hay không
 - ☒ d. Tình trạng thai còn sống hay đã chết ⁱ
2. Một thai phụ có chuyển dạ kéo dài. Ngay sau sổ thai, sản phụ rơi ngay vào tình trạng sốc, nhàu chưa sổ, không chảy máu ra ngoài. Trước tiên phải nghĩ đến khả năng nào? **Chọn một câu đúng**
 - ☒ a. Sốc giảm thể tích ⁱⁱ
 - b. Sốc nhiễm trùng
 - c. Sốc thần kinh X
 - d. Thuyên tắc ối
3. Khi thực hiện VBAC, cần tôn trọng tuyệt đối nguyên tắc nào? **Chọn một câu đúng**
 - a. Việc dùng oxytocin để tăng co trong chuyển dạ bị chống chỉ định tuyệt đối
 - ☒ b. Chỉ chấp nhận VBAC nếu lần phẫu thuật trên tử cung trước đó là mổ sanh ⁱⁱⁱ
 - c. Gây tê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa bị chống chỉ định tuyệt đối
 - d. Phải cố gắng giữ cho sản đồ không vượt qua bên phải của đường báo động
4. Vì sao siêu âm qua đường âm đạo cải thiện độ tin cậy của chẩn đoán nhau tiền đạo? **Chọn một câu đúng**
 - a. Độ phân giải tín hiệu tốt do dùng sóng âm tần số cao
 - b. Ít bị ảnh hưởng bởi các yếu tố vật lý cản trở truyền âm
 - ☒ c. Quan sát rõ điểm mốc xác định vị trí tiền đạo của nhau ^{iv}
 - d. Tránh được việc dùng một yếu tố trung gian là bảng quang
5. Khi có chảy máu trong nhau tiền đạo, yếu tố ảnh hưởng mạnh nhất đến quyết định can thiệp? **Chọn một câu đúng**
 - a. Tuổi thai hiện tại
 - b. Tình trạng chuyển dạ
 - ☒ c. Mức độ chảy máu ^v
 - d. Tình trạng suy thai
6. Nhau bong non với biến chứng rối loạn đông máu, điều trị quan trọng nhất là gì? **Chọn một câu đúng**
 - ☒ a. Lấy thai ra ^{vi}
 - b. Heparin
 - c. Tranexamic acid
 - d. ε-aminocaproic acid
7. Khi nghi ngờ có nhau bong non nhưng chưa xác lập được chẩn đoán, dữ kiện nào là quan trọng nhất trong theo dõi? **Chọn một câu đúng**
 - a. Theo dõi màu nước ối, ra huyết
 - b. Theo dõi biến đổi sinh hiệu
 - ☒ c. Electronic Fetal monitoring ^{vii}
 - d. Siêu âm lặp lại nhiều lần

8. Vì sao WHO khuyến cáo tránh dùng prostaglandin E₁ như là biện pháp đầu tay trong điều trị băng huyết sau sanh do đờ tử cung? **Chọn một câu đúng**
- ☒ a. Vì tính hiệu quả thấp
- ☐ b. Vì có nhiều tác dụng phụ^{viii}
- ☐ c. Vì bị hạn chế về đường dùng
- ☐ d. Vì thời gian duy trì tác dụng ngắn
9. Yếu tố nào cho phép đánh giá tính hiệu quả của can thiệp bù thể tích trong băng huyết sau sanh? **Chọn một câu đúng**
- ☐ a. Duy trì được áp lực tĩnh mạch trung tâm
- ☐ b. Duy trì được dung tích huyết cầu tối thiểu
- ☒ c. Duy trì được cung xuất nước tiểu tối thiểu
- ☐ d. Khôi phục được trị số mạch và huyết áp^{ix}
10. Khi buộc phải chỉ định can thiệp phẫu thuật cho một trường hợp băng huyết sau sanh do đờ tử cung thất bại với điều trị nội khoa, biện pháp nào là ưu tiên? **Chọn một câu đúng**
- ☒ a. Chèn bóng vào buồng tử cung
- ☐ b. Phẫu thuật thắt động mạch tử cung^x
- ☐ c. Phẫu thuật may chèn ép theo B-Lynch
- ☐ d. Phẫu thuật thắt động mạch hạ vị

REFERENCES

ⁱ Khi có sa dây rốn, ngay lập tức phải trả lời 2 câu hỏi: (1) thai còn sống hay đã chết và (2) điều kiện đẻ sanh tức thì ra sao. Ngay khi phát hiện sa dây rốn, cần xác định tình trạng thai. Nghe tim thai hoặc đọc băng ghi EFM, đánh giá dây rốn còn đập hay không. Nếu còn có khả năng cứu vãn cuộc sống của thai thì phải đặt ngay vào tình trạng thượng khẩn và phải cho em bé ra ngoài trong một thời gian ngắn nhất, không nhiều hơn vài phút. Vì thế, ngay khi đó, cần xác định xem có khả năng và đủ điều kiện để sanh ngã âm đạo ngay tức khắc hay không. Nếu không đủ điều kiện để sanh ngã âm đạo ngay tức thì, thì thực hiện ngay một cuộc mổ sanh không trì hoãn trong điều kiện chuẩn bị mổ sanh thượng khẩn. *Nguồn: Bài TBL 4-10: Cấp cứu sản khoa. Sa dây rốn. Trang 2.*

ⁱⁱ Chuyển dạ tắc nghẽn với hội chứng vượt trở ngại tăng dần về mức độ là dấu hiệu báo động của vỡ tử cung. Cần phải sớm nhận ra chuyển dạ tắc nghẽn. Khi diễn tiến xa, chuyển dạ tắc nghẽn thể hiện bằng những triệu chứng ngày càng dồn dập: cơn co tachysystole, dấu hiệu vòng Bandl kèm theo hiện tượng kéo căng của 2 dây chằng tròn (dấu Frommel), biến dạng nghiêm trọng của đầu thai. Đây là các dấu hiệu chỉ báo quan trọng. Ngay trước khi tử cung bị vỡ, bệnh nhân cảm thấy bứt rứt, đau liên tục vùng dưới tử cung. Trên EFM ghi nhận tachysystole với dấu hiệu của thiếu oxy thai. Khi tử cung vỡ, người phụ nữ mô tả cảm giác đột ngột có thứ gì đó vỡ ra cùng với sự ngưng hoàn toàn cơn gò tử cung. Cùng với sự biến mất đột ngột của cơn co tử cung, tim thai cũng biến mất. Tình trạng bệnh nhân xấu đi nhanh chóng do sốc thần kinh do đau phối hợp với sốc giảm thể tích, hệ quả của tình trạng xuất huyết nội. Khám bụng thấy ngói thai bị trôi lên cao, rơi vào ổ bụng. Các phần của thai nhi có thể sờ thấy dễ dàng. Bên cạnh đó là khối tử cung, đang co thắt và co rút lại. Chảy máu âm đạo không phải lúc nào cũng có. Khám âm đạo phát hiện phần thai trôi lên rất cao so với trước hay không còn thấy phần thai. Đôi khi, vỡ tử cung không được nhận ra, và cuộc sanh vẫn được tiến hành. Sau sanh, bệnh nhân rơi vào sốc nặng một cách nhanh chóng mà không có chảy máu ra ngoài. Nên nghĩ đến và tìm cách loại trừ vỡ tử cung khi xảy ra choáng sau sanh mà không có máu chảy ra ngoài. Nếu vỡ tử cung trong dây chằng rộng, do máu bị mất chậm hơn, nên các triệu chứng có thể kém điển hình. Đau bụng từ từ tăng lên kèm theo xuất hiện một khối to rất đau cạnh tử cung. *Nguồn: Bài TBL 4-10: Cấp cứu sản khoa. Vỡ tử cung. Trang 2.*

ⁱⁱⁱ Khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin hoặc prostaglandins là một yếu tố nguy cơ độc lập của vỡ tử cung ở phụ nữ có sẹo mổ cũ. Vết mổ bóc nhân xơ tử cung làm tăng rõ rệt nguy cơ vỡ tử cung khi thử thách sanh ngã âm đạo. Không có chống chỉ định giảm đau sau sản khoa trên những phụ nữ thực hiện VBAC, nhưng cần lưu ý giảm đau có thể làm che lấp triệu chứng. *Nguồn: Bài TBL 4-10: Cấp cứu sản khoa. Vỡ tử cung. Trang 1-2.*

^{iv} Siêu âm ngã bụng khảo sát nhau tiền đạo có độ tin cậy (accuracy) thấp, với giá trị dương tính giả có thể lên đến 25%. Có tới 60% các trường hợp nhau tiền đạo được chẩn đoán và phân loại theo siêu âm ngã bụng được phân loại lại sau khi thực hiện siêu âm kiểm tra qua đường âm đạo. Do chất lượng tín hiệu kém (khả năng phân giải thấp), siêu âm ngã bụng thường gặp nhiều khó khăn khi phải khảo sát các bánh nhau nằm ở mặt sau tử cung. Nhiều yếu tố ảnh hưởng đến khả năng khảo sát vị trí bám của nhau của siêu âm thực hiện qua đường bụng: bóng lưng tạo bởi sự thay đổi chiết suất truyền âm khi qua đầu thai nhi, của số âm lệ thuộc vào tình trạng bàng quang xẹp hay quá căng đầy, suy yếu tín hiệu khi thai phụ mập... làm tăng khó khăn cho việc khảo sát nhau tiền đạo qua đường bụng. Chính vì những lý do trên mà giá trị dương tính giả (FPR) trong chẩn đoán nhau tiền đạo lên tới 25% khi thực hiện với siêu âm ngã bụng. Siêu âm ngã âm đạo là phương tiện khảo sát được lựa chọn cho mục đích thực hiện chẩn đoán nhau tiền đạo. Siêu âm ngã âm đạo là phương tiện khảo sát được lựa chọn cho mục đích thực hiện chẩn đoán nhau tiền đạo vì nó giúp mô tả chính xác vị trí bánh nhau nằm ở đoạn dưới tử cung so với siêu âm ngã bụng. Siêu âm khảo sát vị trí nhau thực hiện qua đường âm đạo có độ nhạy (Sensitivity - Se) là 87.5%, độ chuyên (Specificity - Sp) lên tới 98.8%, giá trị tiên đoán dương (Positive Predictive Value - PPV) là 93.3% và giá trị tiên đoán âm (Negative Predictive Value - NPV) 97.6%. Vì thế, siêu âm ngã âm đạo là phương tiện khảo sát được lựa chọn cho mục đích thực hiện chẩn đoán nhau tiền đạo. Siêu âm ngã âm đạo cũng được biết là an toàn cho thai phụ, ngay cả trong trường hợp ra huyết. *Nguồn: Bài TBL 4-10: Cấp cứu sản khoa. Nhau tiền đạo. Trang 1-2.*

^v Chảy máu: Đợt chảy máu âm đạo đầu tiên thường tự ổn định trong vòng 1-2 giờ, nếu như nó không quá nghiêm trọng để có chỉ định chấm dứt thai kỳ. Theo dõi chặt chẽ về sinh hiệu, tình trạng xuất huyết âm đạo, truyền dịch, nằm nghỉ tại giường và sử dụng corticoid nếu thai non tháng là những khuyến cáo cho các trường hợp chảy máu không nghiêm trọng. Nếu chảy máu là trầm trọng hoặc thai nhi đã trưởng thành thì chấm dứt thai kỳ là lựa chọn. Số đợt xuất hiện chảy máu không có mối liên quan đến độ nặng của nhau tiền đạo cũng như kết cục của thai nhi. Chấm dứt thai kỳ trong nhau tiền đạo: Quyết định chấm dứt thai kỳ phải dựa vào tuổi thai và tình trạng lâm sàng của thai phụ. Do tình trạng chảy máu nặng dẫn đến quyết định phải chấm dứt thai kỳ nên nhau tiền đạo sẽ làm tăng nguy cơ sanh non cũng như tăng bệnh suất và tử suất chu sinh. Đối với nhau tiền đạo toàn phần (trung tâm) và một phần (bán trung tâm) thì mổ sanh là bắt buộc khi có quyết định chấm dứt thai kỳ, ngoại trừ trong trường hợp thai nhi quá nhỏ (dưới 20 tuần) và không có khả năng sống sót. Trong điều kiện bệnh nhân ổn định, mổ lấy thai thường được chỉ định ở tuổi **thai 37-38 tuần. Nếu muốn chấm dứt thai kỳ sớm hơn 36-37 tuần thì phải có bằng chứng về sự trưởng thành phổi của thai nhi.** Đôi khi phải chấm dứt thai kỳ sớm hơn nếu chảy máu nhiều hoặc thai phụ đi vào chuyển dạ sinh non. *Nguồn: Bài TBL 4-10: Cấp cứu sản khoa. Nhau tiền đạo. Trang 2-3.*

^{vi} Điều trị sản khoa trong nhau bong non tùy thuộc vào tình trạng lâm sàng của bệnh nhân, tuổi thai và lượng mất máu. Ngoại trừ những trường hợp mà lượng máu mất vào khối máu tử rất ít, thì trong đa số các trường hợp nhau bong non thường phải cho sanh càng sớm càng tốt. Chẩn đoán càng sớm và xử trí càng khẩn trương thì càng có lợi cho mẹ và thai. Trị hoãn sanh có thể là có lợi chỉ trong một số trường hợp rất hạn hữu với tuổi thai còn non, nhau bong non thể nhẹ, tự giới hạn, với tình trạng mẹ và thai cho phép và với điều kiện các phương tiện cấp cứu luôn sẵn sàng. **Tia ối sớm luôn luôn có lợi trong nhau bong non, và cần được thực hiện trong mọi trường hợp. Tia ối giúp làm giảm áp lực giữa các khoảng gian gai nhau, giúp làm giảm chảy máu sau nhau và giảm sự phóng thích thromboplastin vào tuần hoàn mẹ.** Hơn nữa, tia ối sớm còn có thể thúc quá trình chuyển dạ xảy ra nhanh hơn. Việc quyết định biện pháp sanh tùy thuộc vào tình trạng mẹ và thai. Với các tình huống nhau bong non và thai có khả năng sống và không đủ điều kiện sanh ngã âm đạo một cách nhanh chóng thì mổ lấy thai là biện pháp ưu tiên. Mổ lấy

thai có thể giúp cứu sống một thai đang bị đe dọa. Thời gian quyết định cho sanh đến khi lấy em bé ra ngoài là một yếu tố quan trọng giúp cải thiện kết cục chu sinh. Các nghiên cứu gợi ý khoảng thời gian này không nên quá 20 phút. Nghiên cứu của Kayani khảo sát trên 33 thai kỳ đơn thai có nhau bong non và tìm thai chậm: 15/22 trường hợp thời gian sanh dưới 20 phút có thai sống không có biến chứng nào, trong khi có đến 8/11 trường hợp thời gian sanh trên 20 phút có thai bị chết hoặc có di chứng não về sau. Nếu thai đã mất hoặc thai không có khả năng sống, có thể xem xét khả năng ưu tiên cho sanh ngã âm đạo. Trong trường hợp này, độ nặng của các vấn đề sốc giảm thể tích và DIC được xem là các yếu tố giúp quyết định cuộc sanh. Một nguyên tắc là: nhau bong non càng để lâu thì càng mất máu và tình trạng DIC-tiêu sợi huyết càng tiến triển xa. Vì thế, không thể cho sanh ngã âm đạo dù thai đã lưu trong các tình huống như tình trạng tụ máu sau nhau nặng, với sốc giảm thể tích không thể kiểm soát được bằng cách bù các chế phẩm máu. *Nguồn: Bài TBL 4-10: Cấp cứu sản khoa. Nhau bong non. Trang 2-3.*

vii Khi tiếp cận một trường hợp nhau bong non, cần ghi nhớ một điểm quan trọng nhất là trong nhau bong non không có cơ chế hay biện pháp nào giới hạn được sự phát triển của tụ máu sau nhau. Vì thế, điều trị đầy đủ của nhau bong non không đặt mục tiêu là giới hạn hay chấm dứt hình thành tụ máu sau nhau. Mục tiêu của điều trị toàn diện của nhau bong non là hạn chế sự tăng nặng của nhau bong non, tránh các biến chứng và bảo toàn tính mạng cho thai phụ và thai nhi. Lâm sàng của nhau bong non thường là đau bụng khởi phát đột ngột, ra huyết âm đạo và cơn co tử cung cường tính hay tăng trương lực cơ bản, có thể có kèm theo suy thai hoặc thai lưu. Triệu chứng lâm sàng của nhau bong non rất thay đổi. Chẩn đoán nhau bong non thể nặng thường dễ dàng do các triệu chứng rõ ràng. Tuy nhiên, các trường hợp nhau bong non thể nhẹ hoặc thể vừa chẩn đoán thường khó khăn và không chắc chắn. Vì vậy, nhau bong non là một chẩn đoán loại trừ. Siêu âm có giá trị rất hạn chế trong chẩn đoán nhau bong non. Cho đến nay vẫn chưa có một biện pháp hay cận lâm sàng nào giúp chẩn đoán chính xác nhau bong non. Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán nhau bong non rất hạn chế. Độ nhạy của siêu âm trong chẩn đoán nhau non rất thấp chỉ 24%, do phản âm của bánh nhau và khối máu tụ tươi là tương tự nhau. Vì thế, siêu âm không thấy khối máu tụ sau nhau không giúp loại trừ chẩn đoán nhau bong non. Tuy nhiên, siêu âm giúp xác nhận có hay không có tình trạng nhau tiền đạo - một chẩn đoán phân biệt thường gặp của nhau bong non. Sự gia tăng của nồng độ D-dimer cũng có thể gợi ý cho chẩn đoán. *Nguồn: Bài TBL 4-10: Cấp cứu sản khoa. Nhau bong non. Trang 1-2.*

viii Khi đã chẩn đoán đờ TC, việc điều trị tiếp theo phải được **cá thể hóa** trên từng trường hợp cụ thể phụ thuộc vào lượng máu mất, mức độ đờ TC, tình trạng của sản phụ, mong muốn có thêm con sau này... Việc xoa bóp TC bằng tay cho thấy hiệu quả trong việc giúp TC co hồi tốt, do đó nên được thực hiện trong khi chờ đợi những xử trí tiếp theo bằng thuốc hoặc thủ thuật, phẫu thuật. **Thuốc giúp co hồi TC bao gồm oxytocin, methylergonovine, misoprostol, dinoprostone, 15-methylprostaglandine F2 α .** Những thuốc này có thể được sử dụng riêng lẻ hoặc phối hợp với nhau một cách hợp lý. Methylergonovine là một tác nhân gây co hồi tử cung mạnh, đạt hiệu quả trong vài phút. Đường sử dụng **luôn luôn là tiêm bắp**, vì tiêm mạch có thể gây ra tình trạng tăng huyết áp nguy hiểm, và cũng vì lý do đó nó không được sử dụng trên những sản phụ bị rối loạn tăng huyết áp. **15 methyl prostaglandine F2 α có thể sử dụng tiêm bắp hoặc tiêm trực tiếp** vào cơ tử cung và hết sức thận trọng hoặc không nên dùng ở những sản phụ bị các rối loạn về tim, phổi, gan và thận. **Misoprostol và dinoprostone** đặt hậu môn cũng giúp làm co hồi tử cung hiệu quả. Oxytocin được sử dụng khá rộng rãi trong dự phòng BHSS như đã đề cập, trong trường hợp đờ tử cung thì oxytocin thường được tăng liều lượng và phối hợp với các tác nhân gây co hồi tử cung khác. Chú ý rằng các tác nhân gây co tử cung chỉ hiệu quả trong trường hợp đờ tử cung. Khi TC gò chắc thì các tác nhân này tỏ ra không còn hiệu quả nữa khi đó các nguyên nhân khác gây ra BHSS cần được kiểm tra cẩn thận. *Nguồn: Bài TBL 4-10: Cấp cứu sản khoa. Băng huyết sau sanh. Trang 4.*

ix Xử trí sốc mất máu. Xử trí trước tiên là thiết lập đường truyền: Nâng chân lên cao để thúc đẩy máu ở chi về tuần hoàn trung ương. Cần thiết lập ít nhất 2 đường truyền tĩnh mạch với kim khâu kính lớn 18G để truyền máu, dịch, thuốc. Dịch được dùng trước tiên là dịch tinh thể đẳng trương. Không dùng dung dịch glucose vì nó sẽ nhanh chóng thoát khỏi lòng mạch khi glucose được tiêu thụ hết. **Mất máu là mất máu toàn phần, nên máu toàn phần là lựa chọn ưu tiên.** Hồng cầu lắng là phương tiện đảm bảo khả năng vận chuyển O₂ đến mô tế bào. Thể tích tuần hoàn được đảm bảo duy trì bằng dịch cao phân tử và bằng huyết tương đông lạnh. Cần lưu ý rằng dịch cao phân tử không thay thế được huyết tương đông lạnh, do phải hạn chế thể tích dịch cao phân tử. Theo dõi việc bù thể tích bằng mạch, huyết áp, đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP), duy trì ở mức bình thường 10-12 cm nước. Lưu ý rằng huyết áp luôn biến động theo sau mạch. Vì vậy, mạch là con số trung thành, còn huyết áp là con số biến động tùy theo khả năng bù. **Bù dịch đủ sẽ ổn định được cả mạch và huyết áp, chứ không đơn thuần là ổn định huyết áp.** Thể tích nước tiểu bình thường được duy trì khi tưới máu thận được đảm bảo. Bình thường, thể tích tối thiểu phải được lọc là 60 ml/giờ. Khi ổn định được sốc, sẽ thấy tình trạng xanh, tím, thiếu dưỡng khí, vã mồ hôi, tri giác được cải thiện. *Nguồn: Bài TBL 4-10: Cấp cứu sản khoa. Sốc sản khoa. Trang 2.*

x Khi xoa bóp tử cung và thuốc co hồi không có tác dụng thì các biện pháp khác phải được nghĩ tới. Đặt bóng chèn lòng tử cung có thể xem xét như là một biện pháp tạm **thời trì hoãn** cho sản phụ. Phẫu thuật điều trị đờ tử cung bao gồm may **chèn ép tử cung (mũi B-Lynch), thắt động tử cung, động mạch tử cung- buồng trứng, động mạch chậu trong, thuyên tắc chọn lọc động mạch tử cung hoặc cắt tử cung.** Kỹ thuật may chèn ép tử cung cho thấy hiệu quả cao, làm giảm tỷ lệ cắt tử cung hoặc thắt động mạch chậu trong qua đó làm giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong cho sản phụ. Một ưu điểm nữa của việc may chèn ép tử cung là thực hiện nhanh cũng như duy trì khả năng sinh sản cho sản phụ. Đánh giá phẫu thuật (theo đúng trình tự) (1) **Phẫu thuật thắt động mạch tử cung** (2) **May chèn ép tử cung theo B-Lynch** (3) **Phẫu thuật cắt tử cung.** *Nguồn: Bài TBL 4-10: Cấp cứu sản khoa. Băng huyết sau sanh. Trang 3.*