30 THAI QUÁ NGÀY

A. Thai quá ngày: Chẩn đoán thai quá ngày theo kinh chót phải có điều kiện là kinh đều và 28 ngày. Kết quả siêu âm, đặc biệt là trong 3 tháng đầu giúp tính ngày dự sanh chính xác hơn, đặc biệt là khi sản phụ có kinh không đều.

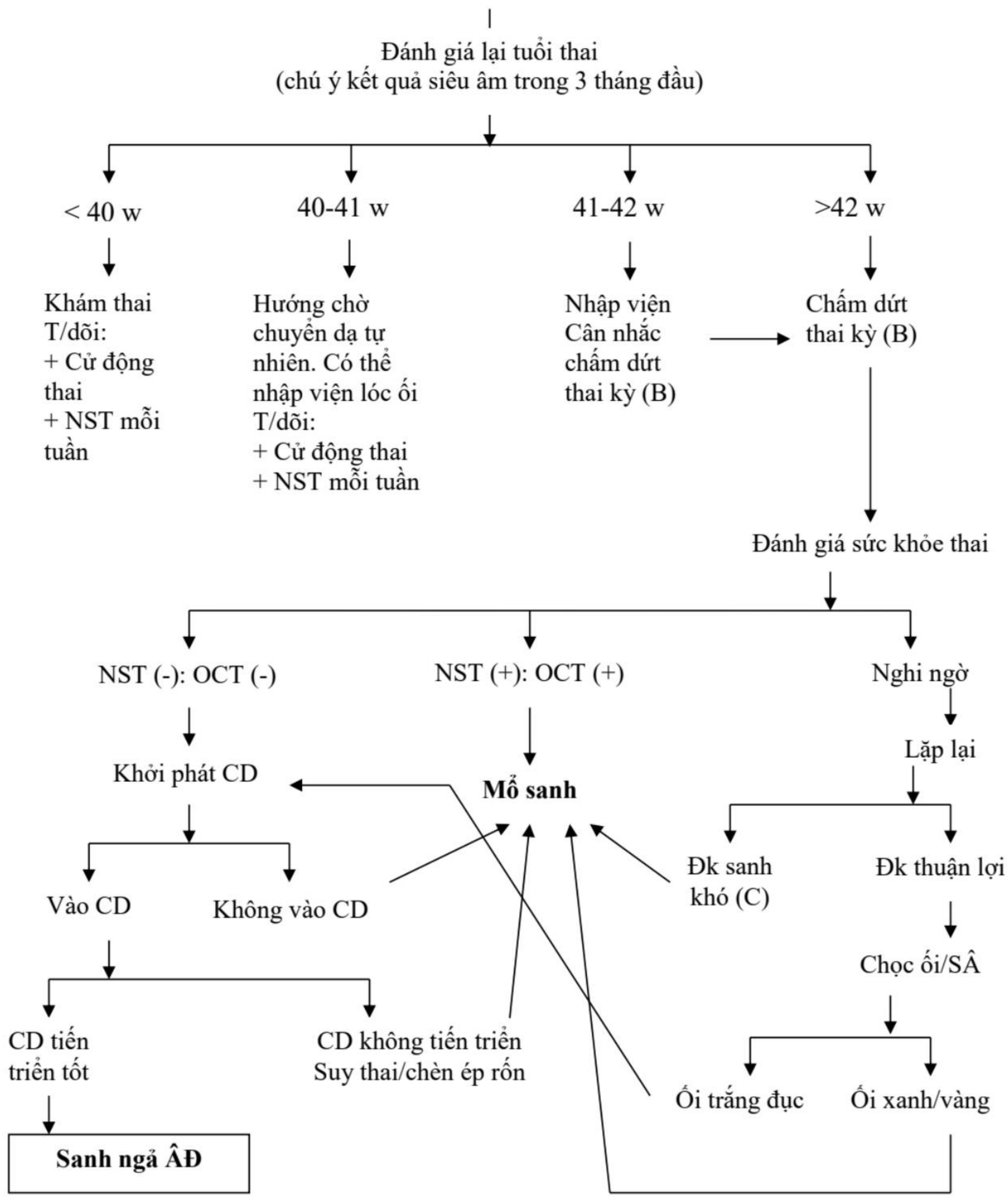
Cần chú ý:

- Thai quá ngày dự sanh: tuổi thai > 40 tuần.
- Thai quá ngày: tuổi thai > 42 tuần.

B. Cân nhắc chấm dứt thai kỳ: Thai 41-42 tuần không phải là chỉ định tuyệt đối của chấm dứt thai kỳ. Tuy nhiên, trong một số điều kiện như: sản phụ không thể theo dõi cử động thai, nhà quá xa, lượng ối giảm trên siêu âm… cần cân nhắc chỉ định chấm dứt thai kỳ.

C. Điều kiện sanh ngả âm đạo khó như: Cổ tử cung không thuận tiện (BISHOP < 4), thiểu ối nặng, nghi bất xứng đầu chậu, có đe dọa tim thai (nhịp giảm bất định sâu hay lặp lại nhiều…)

THAI QUÁ NGÀY (A)



31 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung (Intrauterine Growth Restriction - IUGR) là vấn đề thường gặp, chiếm 5 – 7 % thai kỳ.
- Sự tăng trưởng của thai gồm 3 thời kỳ:
  + Thời kỳ thứ nhất (< 16 tuần): thời kỳ tăng sinh về số lượng tế bào.
  + Thời kỳ thứ hai (16 – 32 tuần): tế bào tiếp tục tăng số lượng nhưng chậm lại, chủ yếu là tế bào phì đại to ra.
  + Thời kỳ thứ ba (> 32 tuần): thời kỳ phì đại tế bào đơn thuần.
- IUGR là từ dùng để chỉ tình trạng thiếu dinh dưỡng xảy ra cho thai từ khi còn là bào thai, có nguy cơ gây tử vong hoặc làm trẻ kém phát triển trí tuệ sau này nếu không được can thiệp đúng lúc.
- IUGR được biểu hiện qua sự giới hạn tăng trưởng của thai về kích thước và trọng lượng. Để xác định thai thực sự có chậm phát triển thì phải có sự theo dõi liên tục qua một quá trình thời gian ít nhất 2 lần thăm khám liên tiếp cách nhau 2 – 3 tuần.
- Tử vong thường xảy ra khi vào chuyển dạ do xảy ra 1 tình trạng suy thai cấp ghép trên nền thai chậm tăng trưởng.
- Phân biệt các khái niệm:
  + Thai nhẹ cân là khi thai đủ tháng, trọng lượng thai lúc sinh dưới 2500gr .
  + Thai nhỏ hơn tuổi thai (Small for Gestational Age - SGA): cân nặng ước lượng (Estimated Fetal Weight - EFW) < 10th bách phân vị. Thai nhỏ do thể tạng (tốc độ phát triển phù hợp thể tạng mẹ và chủng tộc).
  + IUGR: thai có chu vi vòng bụng hoặc EFW < 10th bách phân vị của tuổi thai và không đạt đến được tiềm năng phát triển về di truyền trong tử cung do nhiều bệnh nguyên.

1.2. Nguyên nhân

- Các yếu tố do mẹ:
  + Cao huyết áp thai kỳ, tiền sản giật
  + Đái tháo đường
  + Thiếu máu
  + Bệnh lý tim, phổi, thận…
  + Bệnh lý mô liên kết, rối loạn chuyển hóa, bệnh tự miễn
- Các yếu tố do thai:
  + Bất thường nhiễm sắc thể, vi mất đoạn, vi lập đoạn, đơn gen.
  + Nhiễm trùng bào thai do TORCH.
  + Các khiếm khuyết tim mạch, dị dạng dạ dày, ruột và niệu sinh dục, loạn sản xương.
  + Một số hội chứng chuyển hóa có tính di truyền hiếm gặp.
- Các yếu tố do tử cung – nhau:
  + Bất thường của bánh nhau:
    ▪ Nhau tiền đạo, nhau cài răng lược
    ▪ Nhau bong non
    ▪ Nhồi máu nhau
    ▪ Bướu máu ở nhau
  + Bất thường dây rốn: dây rốn thắt nút, dây rốn bám màng, dây rốn bám mép…
  + Bất thường của tử cung: tử cung hai sừng, tử cung có vách ngăn, u xơ tử cung…

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Tuổi mẹ ≥ 35
- Hút thuốc lá, nghiện rượu, cocain
- Tiền căn sinh con bị chậm tăng trưởng trong tử cung
- Tiền căn thai lưu
- Suy dinh dưỡng
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
- Bệnh tim có tím
- Bệnh lý hemoglobin
- Đa thai
- PAPP-A < 0,4MoM

II. TRIỆU CHỨNG

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Không có dấu hiệu đặc trưng
- Có thể có một số gợi ý:
  + Có yếu tố nguy cơ đi kèm
  + Mẹ tăng cân ít hơn bình thường
  + Phát hiện được một số nguyên nhân gây thai chậm tăng trưởng: mẹ bị cao huyết áp, bệnh lý mạn tính…

2.1.2. Triệu chứng thực thể

- Bề cao tử cung nhỏ hơn tuổi thai: khi tuổi thai từ 18 – 30 tuần thì: bề cao tử cung (cm) + 4 = tuổi thai (tuần). Nếu sự chênh lệch này ≥ 3cm thì nghi ngờ thai chậm phát triển. Tuy nhiên bề cao tử cung không chính xác trong trường hợp: đa thai, đa ối, mẹ có nhân xơ tử cung, béo phì (thành bụng dày)
- Sờ nắn được các phần thai rõ qua thành bụng gợi ý đến 1 tình trạng: mẹ suy dinh dưỡng hay thiểu ối

2.2. Siêu âm

- Đo đường kính lưỡng đỉnh, chu vi vòng đầu, chu vi vòng bụng, chiều dài xương đùi giúp tính cân thai ước lượng (EFW) theo công thức Hadlock.
- Khảo sát lượng ối (đo xoang ối lớn nhất hay đo chỉ số ối –AFI).
- Đánh giá tuần hoàn tử cung - nhau: Doppler động mạch rốn và động mạch tử cung.
- Đánh giá tình trạng sức khỏe thai nhi: Doppler động mạch não giữa và ống tĩnh mạch.
- Khảo sát hình thái học thai nhi.

III. CHẨN ĐOÁN

Chu vi vòng bụng (AC) hoặc EFW < 10th bách phân vị theo tuổi thai.

Lưu ý : Phân biệt IUGR và SGA:

SGA	IUGR
- Cân nặng ước lượng < 10th bách phân vị - Kích thước nhỏ do thể tạng - Không có sự tăng trưởng một cách bệnh lý - Thường không có bất thường trên siêu âm Doppler - Sau sanh là trẻ nhẹ cân	- Cân nặng ước lượng < 10th bách phân vị - Sự nuôi dưỡng không đầy đủ mãn tính của bánh nhau - Tốc độ tăng trưởng suy giảm - Doppler mạch máu bất thường - Hậu quả nghiêm trọng: tổn thương não, rối loạn tâm thần, rối loạn chuyển hóa, tử vong chu sinh...

Phân biệt IUGR và SGA bởi vì chúng ảnh hưởng khác nhau đến khoảng thời gian theo dõi và thời điểm chấm dứt thai kỳ

SGA: Đánh giá tuần hoàn nhau - thai và chấm dứt thai kỳ được khuyến cáo vào thời điểm 40 tuần tuổi thai.

IUGR: Đánh giá tuần hoàn nhau – thai và chấm dứt thai kỳ khi tuần hoàn nhau – thai ảnh hưởng đe dọa nguy hiểm cho thai.

IV. PHÂN LOẠI

- Phân loại IUGR theo thời kỳ tăng trưởng của thai:
  + IUGR cân xứng: xảy ra ≤ 32 tuần tuổi thai, tất cả các số đo sinh học của thai đều nhỏ. Nguyên nhân thường do: SGA, bất thường nhiễm sắc thể, bệnh lý di truyền, nhiễm trùng.
  + IUGR bất cân xứng: xảy ra > 32 tuần tuổi thai, chỉ có vòng bụng thai nhi nhỏ, chỉ số đầu và xương đùi bình thường.
- Phân loại IUGR theo tuổi thai tại thời điểm chẩn đoán:
  + IUGR sớm: xảy ra trước 32 tuần tuổi thai
    - Chiếm 20 – 30% số trường hợp IUGR.
    - 50% có thể kèm tiền sản giật sớm.
    - Tình trạng suy chức năng bánh nhau nghiêm trọng, giảm cung cấp oxy cho thai mãn tính.

- Bệnh lý bánh nhau ảnh hưởng một phần lớn bánh nhau và điều này phản ánh qua sự thay đổi Doppler động mạch rốn trong phần lớn các trường hợp.
- Biểu hiện lâm sàng là sự tiến triển điển hình của suy thai, từ mức bất thường từng bậc các chỉ số Doppler động mạch rốn và ống tĩnh mạch đến bất thường các chỉ số sinh lý – vật lý (BioPhysical Profile –BPP hay BPP cải tiến), thường cần có chỉ định sinh ở thời điểm thích hợp.
- Kết cục sau sinh: nhìn chung xấu, tỷ lệ toan hoá máu cao, nguy cơ tử vong cao.

+ IUGR muộn: xảy ra sau 32 tuần tuổi thai
- Chiếm 70 – 80% số trường hợp IUGR.
- Ít kèm tiền sản giật (10%).
- Tình trạng suy chức năng bánh nhau mức độ nhẹ →trung bình
- Doppler động mạch rốn giá trị không cao (như IUGR sớm) trong việc phản ánh sự thiếu dinh dưỡng của bánh nhau và dự đoán không sát được kết cục bất lợi. Doppler động mạch rốn bình thường trong hầu hết các trường hợp.
- Giảm trở kháng động mạch não giữa (25% trường hợp) biểu hiện tình trạng tái phân bố tuần hoàn ở não thai (Hiện tượng Brain – sparing).
- Doppler ống tĩnh mạch gần như bình thường.
- Kết cục sau sinh: nguy cơ tử vong thấp hơn, kết cục lâu dài xấu.

V. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ SỨC KHỎE THAI

5.1. Non Stress test - Stress test (NST-ST)

(xem thêm bài thử nghiệm đánh giá sức khỏe thai – hướng dẫn điều trị BVHV năm 2016)

- NST – Non Stress test:
  + Độ nhạy: 97%
  + Độ đặc hiệu: 50%
  + Mục đích xem thai nhi có khỏe không
- ST – Stress test:
  + Giá trị dự báo âm: 99,8%.
  + Mục đích giúp đánh giá tuần hoàn nhau thai khi có chuyển dạ (sanh ngả âm đạo).

5.2. Siêu âm Doppler mạch máu thai nhi

5.2.1. Động mạch rốn

Phản ánh tình trạng tuần hoàn nhau thai.

Thai càng lớn, nhu cầu dinh dưỡng càng cao, máu đến thai nhiều, động mạch rốn phải tăng lưu lượng đưa máu trở về bánh nhau. Do đó, trở kháng động mạch rốn (URI) giảm dần và dòng chảy cuối tâm trương tăng dần theo tuổi thai.

- Bệnh lý của mẹ hoặc bánh nhau gây co thắt các tiểu động mạch trong bánh nhau làm tăng trở kháng trong bánh nhau.

Giá trị bất thường:

- URI bách phân vị > 95th: 30% tiểu động mạch bị tắc nghẽn.
- Mất/ đảo ngược sóng tâm trương (≥70 % tiểu động mạch bị tắc nghẽn): hiện diện trung bình 1 tuần trước khi suy thai cấp xảy ra và đi kèm với kết cục chu sinh bất lợi, liên quan đến thiếu oxy hoặc toan hoá máu ở thai nhi. Thường được dùng làm mốc để chấm dứt thai kì.

Sau 30 tuần, nguy cơ thai lưu với đảo ngược sóng cuối tâm trương động mạch rốn đơn độc vượt quá nguy cơ của thai non tháng và do đó, chấm dứt thai kỳ được coi là hợp lý.

5.2.2. Động mạch não giữa

- Đánh giá sự phản hồi của thai với tình trạng thiếu oxy.

Có giá trị phản ánh tình trạng sức khỏe thai và tiên đoán kết cục thai kỳ xấu ở trường hợp thai chậm tăng trưởng muộn mà Doppler động mạch rốn bình thường.

- Dấu hiệu bất thường:
  - Trở kháng động mạch não giữa (CRI) > 95th percentile khi xảy ra hiện tượng mất bù.
  - CRI < 5th percentile có tình trạng tái phân bố tuần hoàn não.
  - Vận tốc đỉnh tâm thu > 95th percentile (hay 1,5 MoM): nghĩ đến nguyên nhân do thiếu máu thai nhi.
- Tuy nhiên, động mạch não giữa là một biểu hiện lâm sàng khá muộn, điều này có thể được cải thiện bằng cách sử dụng chỉ số CPR.

5.2.3. Chỉ số CPR (cerebral-placental ratio)

- Phản ánh sự tăng trở kháng trong bánh nhau cùng với sự giảm trở kháng mạch máu não nhạy hơn với tình trạng thiếu oxy của thai.
- Cải thiện độ nhạy so với Doppler động mạch rốn và động mạch não giữa đơn lẻ bởi vì nó giảm rõ khi mà một trong các thành phần đơn lẻ vẫn nằm trong giới hạn bình thường.
- Giá trị bất thường:
  - RI động mạch não giữa (CRI)/ RI động mạch rốn (URI) < 1 hay CPI/UPI < 1.1 : Có tình trạng tái phân bố tuần hoàn não.
- Độ nhạy # 90% trong tiên lượng kết cục chu sinh xấu so với 78% của ĐM não giữa hoặc 83% của ĐM rốn.

5.2.4. Ống tĩnh mạch (DV)

- Khi thai thiếu oxy nghiêm trọng: tái phân bố máu từ tĩnh mạch rốn vào ống tĩnh mạch làm tăng cung lượng tim.
- Đánh giá chức năng của tim thai nhi.
- Giá trị bất thường:
  - PI > 95th bách phân vị: tăng trở kháng ống tĩnh mạch.
  - Mất /đảo ngược sóng nhĩ co (sóng a): cơ chế bù trừ bị phá hủy, tim thai suy. Nguy cơ tử vong trong vòng 24 giờ.
- Chỉ số này được coi là đầy đủ để khuyến cáo chấm dứt thai kỳ vào bất kỳ tuổi thai nào sau khi hoàn thành liều hỗ trợ phổi. Trong 50% số trường hợp, bất thường DV đến trước khi mất dao động nội tại trên monitoring sản khoa và trong 90% số trường hợp, nó đến trước bất thường chỉ số sinh – vật lý (BPP) khoảng 48-72 giờ.

5.1. Non Stress test - Stress test (NST-ST)

- Khảo sát thực hiện trong 30 – 60 phút và đánh giá theo điểm số Manning

	0	2
Cử động hô hấp	Không có	Có ít nhất 1 cử động hô hấp của thai nhi ít nhất là 30 giây trong 30 phút
Cử động thai nhi	< 3 cử động	Có ít nhất 3 cử động thai trong 30 phút
Trương lực cơ	Bàn tay ở tư thế duỗi	Bàn tay duỗi rồi gập lại
Thể tích ối	Thiểu ối (xoang ối lớn nhất < 2cm) hay vô ối	Bình thường
Nonstress test	Không đáp ứng	Có đáp ứng

- Giá trị của BPP ở thai kỳ nguy cơ cao:
  - Độ nhạy: 94,7%
  - Độ đặc hiệu: 94,4%
  - Giá trị dự báo dương: 75%
  - Giá trị dự báo âm: 99% (nghĩa là hiếm có trường hợp tử vong thai khi BPP bình thường)
- Modified BPP – BPP cải tiến: được sử dụng trong thực tế thường hơn vì dùng 2 dữ kiện là NST và thể tích nước ối.
  - Khi NST có đáp ứng + Ối bình thường: ghi nhận tương đương với BPP≥ 8 điểm.
  - Khi 1 trong 2 bất thường cần được theo dõi sát và làm thêm các đánh giá khác.
  - Khi cả 2 bất thường, cần kết hợp các đánh giá khác và xem xét khả năng sống còn của thai nhi cùng với thời điểm chấm dứt thai kỳ (nếu thai có khả năng nuôi được).

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ

6.1. Tiêu chuẩn nhập viện

- AC/ EFW < 5th bách phân vị
- AC/EFW từ 5 - < 10th bách phân vị kèm theo một trong các dấu hiệu sau:
  + Mẹ có bệnh nội khoa
  + Kết quả siêu âm Doppler velocimetry bất thường
  + Thiểu ối
  + CTG nghi ngờ

6.2. Nguyên tắc xử trí

- Chấm dứt thai kỳ ở thời điểm thích hợp, với các cân nhắc:
  - Quá muộn với nguy cơ suy trường diễn không hồi phục.
  - Tránh những can thiệp quá sớm (chấm dứt thai kỳ sớm): làm tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong thai do non tháng.
  - Thời điểm chấm dứt thai kỳ: khi môi trường trở nên bất lợi cho sự phát triển của bào thai. Ngoài ra còn phụ thuộc vào nguyên nhân gây IUGR (nếu biết) và tuổi thai. Thảo luận với bác sỹ nhi thời điểm chấm dứt thai kỳ (nếu cần).
  - IUGR đơn độc không phải là chỉ định mổ lấy thai.
  - Liệu pháp corticoid 1 đợt duy nhất cho tuổi thai từ 24 – 34 tuần, nếu IUGR có nguy cơ sanh non có thể dùng corticoid đến tuổi thai 35 tuần 6 ngày (nếu chưa dùng corticoids trước đó)
  - Dùng magnesium sulphate để bảo vệ não thai nhi nếu thai ≤ 32 tuần.
  - Dùng Surfactant bơm qua nội khí quản sau sinh (khi có chỉ định, kết hợp khoa Nhi Sơ sinh).

6.3. Kế hoạch theo dõi sức khỏe thai và thời điểm chấm dứt thai kỳ

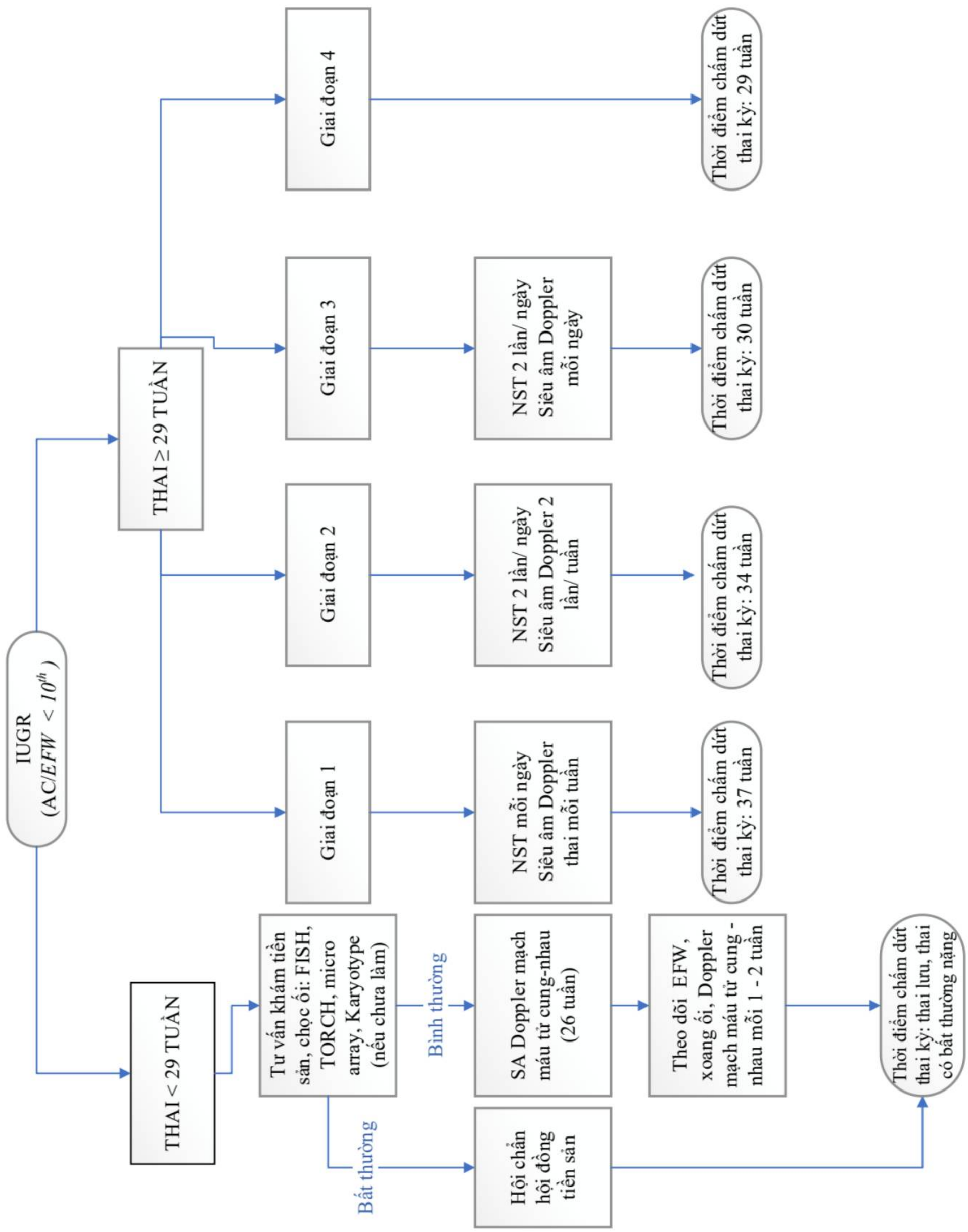
- Tư vấn cho thai phụ và gia đình các nguy cơ cho mẹ và nhất là ảnh hưởng trên thai: trong quá trình khám thai, khi nhập viện, trong quá trình theo dõi và khi cần chấm dứt thai kỳ
- Khảo sát trong từng trường hợp cụ thể: các bệnh lý của mẹ, bất thường nhiễm sắc thể, nhiễm trùng bào thai, bất thường bào thai, bất thường bánh nhau, dây rốn, tử cung.

Xử trí:

- Thai < 29 tuần : tư vấn nguy cơ thai chết lưu. Siêu âm URI lúc thai 26 tuần, theo dõi EFW, xoang ối, Doppler mạch máu tử cung - nhau mỗi 1 - 2 tuần.
- Thai ≥ 29 tuần: xử trí theo phân độ giai đoạn IUGR.

Giai đoạn	Sinh lý bệnh	Biểu hiện	Theo dõi	Thời điểm chấm dứt thai kỳ
1	Sự thiếu dinh dưỡng bánh nhau nhẹ	EFW < 3rd CPR < 1 URI > 95th CRI < 5th	NST mỗi ngày Siêu âm Doppler thai mỗi tuần	37 tuần
2	Sự thiếu dinh dưỡng bánh nhau nặng	Mất sóng cuối tâm trương động mạch rốn	NST 2 lần/ ngày Siêu âm Doppler 2 lần/ tuần	34 tuần
3	Các dấu hiệu nghi ngờ thấp toan hóa máu thai nhi	Đảo ngược sóng cuối tâm trương động mạch rốn PI ống tĩnh mạch > 95th bách phân vị	NST 2 lần/ ngày Siêu âm Doppler mỗi ngày	30 tuần
4	Các dấu hiệu nghi ngờ cao toan hóa máu thai nhi	Mất /đảo ngược sóng nhĩ co (sóng a) Tim thai bất thường: Giảm dao động nội tại, tim thai có nhịp giảm		29 tuần

- **IUGR giai đoạn I:** nguy cơ thai suy trước khi đủ tháng là thấp. Khởi phát chuyển dạ vào lúc 37 tuần là thích hợp, nhưng nguy cơ có suy thai cấp trong chuyển dạ tăng lên.
- **IUGR giai đoạn II:** Nguy cơ mổ lấy thai cấp cứu trong khởi phát chuyển dạ vượt quá 50%. Do đó, mổ lấy thai chủ động là một lựa chọn hợp lý.
- **IUGR giai đoạn III:** đi kèm với nguy cơ cao thai lưu và kết cục phát triển thần kinh thai nhi kém hơn → khuyến cáo mổ lấy thai sau 30 tuần.
- **IUGR giai đoạn IV:** nguy cơ cao thai lưu. Sản phụ và gia đình phải được tư vấn kỹ.


IUGR
(AC/EFW < 10th)
THAI ≥ 29 TUẦN
Giai đoạn 4
Thời điểm chấm dứt thai kỳ: 29 tuần
Giai đoạn 3
NST 2 lần/ ngày
Siêu âm Doppler mỗi ngày
Thời điểm chấm dứt thai kỳ: 30 tuần
Giai đoạn 2
NST 2 lần/ ngày
Siêu âm Doppler 2 lần/ tuần
Thời điểm chấm dứt thai kỳ: 34 tuần
Giai đoạn 1
NST mỗi ngày
Siêu âm Doppler thai mỗi tuần
Thời điểm chấm dứt thai kỳ: 37 tuần
THAI < 29 TUẦN
Tư vấn khám tiền sản, chọc ối: FISH, TORCH, micro array, Karyotype (nếu chưa làm)
Bình thường
SA Doppler mạch máu tử cung-nhau (26 tuần)
Theo dõi EFW, xoang ối, Doppler mạch máu tử cung - nhau mỗi 1 - 2 tuần
Thời điểm chấm dứt thai kỳ: thai lưu, thai có bất thường nặng
Bất thường
Hội chẩn hội đồng tiền sản

6.4. Theo dõi ngoại trú tại khoa sản bệnh

Tiêu chuẩn

- Tốc độ tăng trưởng bình thường trên biểu đồ tăng trưởng
- Siêu âm Doppler thai và ối bình thường
- NST có đáp ứng
- Không bệnh lý nội khoa kèm theo
- Có điều kiện tái khám

Phác đồ theo dõi

- NST, siêu âm 2D, siêu âm Doppler velocimetry
- Kiểm soát bệnh lý của mẹ (kết hợp chuyên khoa khác, nếu có)
- Chế độ nghỉ ngơi và kiểm soát ăn uống
- Cải thiện độ bão hòa oxy trong máu mẹ cho 1 số trường hợp IUGR
- nặng ở cuối quý 2 của thai kỳ
- Có thể điều trị Aspirin liều thấp: 80-100mg/ngày, bắt đầu từ tuần thứ 22 đến tuần thứ 34 hay trước thời điểm có khả năng chấm dứt thai kỳ 2 tuần.
- Nhập viện lại: khi có 1 trong các bất thường về CTG, nước ối, tuần hoàn nhau – thai hay thai không tăng trưởng thêm.

VII. TIÊN LƯỢNG

- Ảnh hưởng trên thai: Thiếu oxy/máu, toan chuyển hóa, suy thai trong chuyển dạ, thai lưu…
- Ảnh hưởng trên trẻ sơ sinh: hít phân su, bệnh lý não do thiếu oxy, hạ đường huyết, hạ calci huyết…

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tiếng Việt

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa: Thai chậm tăng trưởng trong tử cung, Bộ Y Tế, trang 25 – 28, năm 2015
2. Sản phụ khoa: Suy Thai Trường Diễn, Nhà xuất bản Y học, trang 400 – 411, năm 2004

2. Tiếng Anh

1. ACOG Practice Bulletin No. 134. Fetal Growth Restriction. American College of Obstetricians and Gynecologists. May 2013
2. Dev Maulik, Doppler Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2ndEdition, 2005
3. Francesc Figueras et al, Update on the Diagnosis and Classification of Fetal Growth Restriction and Proposal of a Stage-Based Management Protocol, Fetal Diagnosis and Therapy 2014, pp 86 – 98.
4. Institute of Obstetricians & Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Health Service Executive No.28. Fetal growth restriction – Recognition, diagnosis & management. May 2014
5. Jason Gardosi (2009) Intrauterine growth restriction: new standards for assessing adverse outcome. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 23 (2009) 741–749.

THAI LƯU - THAI DỊ DẠNG 32

I. CHẨN ĐOÁN

1.1. Thai lưu

- BN khai: Thai không máy ± bụng nhỏ dần
- Khám thấy:
  + BCTC nhỏ hơn tuổi thai
  + Tim thai không nghe được
- Siêu âm:
  + Không có tim thai, không có cử động thai nhi
  + Xương sọ chồm lên nhau (dấu SPALDING)
  + Cột sống gãy góc
  + Bóng hơi trong bụng thai nhi và trong các mạch máu lớn.
- Chú ý nguy cơ rối loạn đông máu (máu chảy không đông, chảy máu răng...)
- *Đối với thai nhỏ < 12 tuần: chỉ chẩn đoán được bằng siêu âm

1.2. Thai dị dạng

- -BN có thể có tiền căn tiếp xúc hoá chất/tia xạ/nhiễm siêu vi
- Nhóm BN có nguy cơ cao:
  + Mẹ lớn tuổi
  + Mẹ tiếp xúc hoá chất, tia xạ...
- Siêu âm: Phát hiện bất thường thai nhi. Cân nhắc vai trò của SÂ 3 chiều (chủ yếu phát hiện dị tật ngoài)
- XN: Estradiol + βHCG + αFP (Xem PĐ "Chẩn đoán tiền sản")

II. ĐIỀU TRỊ

2.1. Trước sanh

- Đánh giá tình trạng đông máu (dựa vào xét nghiệm)
- Làm các XN:
  + XN phải làm:
    - XN thường qui (CTM, Hct, Glycemia, nhóm máu, Tổng phân tích nước tiểu...)
    - XN đông máu (Đếm tiểu cầu, TQ, TCK, Fibrinogene)

+ XN có thể làm:

▪ Yếu tố Rhesus, Test de Coombs

▪ Nhiễm sắc thể đồ...

2.1.1. Không có rối loạn đông máu

- Nong & Nạo (nếu thai nhỏ < 12 tuần)
- Khởi phát chuyển dạ (xem phụ lục)
- Nếu thai lưu/ BN có vết mổ sanh cũ → Đặt túi nước (KOVAC'S)

+ giục sanh bằng Oxytocin (theo dõi sát tại Phòng Sanh)

2.1.2. Có rối loạn đông máu

- Điều chỉnh rối loạn đông máu:

+ Loại chế phẩm:

▪ Huyết thanh tươi đông lạnh

▪ Máu tươi

▪ Tiểu cầu

+ Liều lượng: tùy thuộc mức độ rối loạn đông máu

- Khởi phát chuyển dạ khi tình trạng rối loạn đông máu đã được điều chỉnh

2.2. Trong chuyển dạ

- Theo dõi sát chuyển dạ (cơn gò, tiến triển của ngôi thai, cổ TC...)
- Tránh để ối vỡ
- Trường hợp ối vỡ sớm cần phải sử dụng kháng sinh dự phòng trong và sau chuyển dạ

III. HẬU SẢN

- Theo dõi nguy cơ nhiễm trùng, đặc biệt trong trường hợp chuyển dạ kéo dài, ối vỡ, can thiệp thủ thuật...
- Giảm tiết sữa:

+ BENZOGYNOESTRIL 5mg 1 ống (TB 3 ngày)

+ BROMOCRIPTINE (PARLODEL)

▪ Ngày đầu tiên: bắt đầu ½ v (uống)

▪ Ngày thứ 2: ½ v x 2 (uống)

▪ Ngày 3 - 7: 1 v x 2 (uống)

+ Tác dụng phụ: chóng mặt, buồn ngủ

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ NHAU TIỀN ĐẠO 33

I. CHẨN ĐOÁN

- Bệnh nhân nhập viện vì ra huyết ÂĐ hay phát hiện nhau tiền đạo (qua SÂ).
- Bệnh sử có thể có ra huyết ÂĐ một hay nhiều lần trước đó. Huyết ÂĐ thường ra đột ngột, máu đỏ tươi không kèm với đau trằn bụng.
- Khám thực thể:
  + BN trong tình trạng choáng vì ra máu nhiều → xử trí theo phác đồ nhau tiền đạo ra máu ÂĐ nhiều.
  + BN có tình trạng huyết động học ổn định
    • Đánh giá tổng trạng, tình trạng niêm mạc
    • Đánh giá tình trạng thai nhi (độ trưởng thành, sức khoẻ...)
    • Đánh giá lượng máu mất
  + Cần phân biệt với:
    • Doạ sanh non
    • Tổn thương tại cổ TC
- Xét nghiệm: CTM, Hct, Hb, nhóm máu
- Siêu âm :
  • Trong trường hợp đang ra máu âm đạo/thai giúp củng cố chẩn đoán (nhắc BN nhịn tiểu).
  • Khi khám thai siêu âm thường quy ghi nhận nhau bám thấp từ tam cá nguyệt II (giảm dần tỷ lệ theo tuổi thai). Thai phụ cần được đánh giá + dặn dò + theo dõi.
  • Khi siêu âm từ 3 tháng cuối thai kỳ.

<u>Lưu ý:</u> cần tư vấn cho thai phụ và thân nhân về nguy cơ của nhau tiền đạo cho thai phụ (chảy máu tự nhiên, khi chuyển dạ, khi mổ sinh), nguy cơ rối loạn đông máu khi mất máu nhiều, truyền máu số lượng lớn. Ngay cả khả năng phải cắt tử cung dù tỷ lệ rất thấp. Nguy cơ cho thai nhi (non tháng, thiếu máu, suy trường diễn).

KHÔNG ĐƯỢC KHÁM ÂM ĐẠO BẰNG TAY TẠI KHOA PHÒNG

- Chú ý:
  + Nguy cơ thai suy trường diễn khá thường gặp trong BN nhau tiền đạo
  + Trong trường hợp nhau tiền đạo (đặc biệt là nhau mặt trước, BN có vết mổ sanh cũ, cần đề phòng nguy cơ nhau cài răng lược. Cần làm thêm SÂ màu hay MRI để góp phần chẩn đoán (trong thực tế rất khó chẩn đoán nếu nhau cài răng lược ở dạng placentae accreta hay placentae increta). XN αFP ↑↑ không đặc hiệu – Xem thêm phần hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhau cài răng lược.

II. ĐIỀU TRỊ NHAU TIỀN ĐẠO KHÔNG RA HUYẾT NHIỀU

Đánh giá độ trưởng thành của thai (xem phụ lục), lượng máu mất và vị trí bánh nhau.

2.1. Thai non tháng (< 36 tuần) → Hướng kéo dài thai kỳ

- Giảm gò tối đa (nếu có cơn gò) (xem thêm PĐ "Doạ sanh non II).
- Tăng độ trưởng thành phổi thai nhi.
  + Corticoides:
    - BETAMETHASONE 12 mg x 2 (TB cách 12 giờ) trong trường hợp nguy cơ can thiệp trước 24 giờ.
    - BETAMETHASONE 12 mg x 2 (TB cách 24 giờ) khi thai trong khoảng 24 – 34 tuần.
    - DEXAMETHASONE 6 mg x 4 (TB mỗi 12 giờ) khi không có BETAMETHASONE.
- Theo dõi sát:
  + Dấu sinh tồn
  + Huyết ÂĐ
  + Cử động thai
  + Có thể theo dõi Hct mỗi 3-7 ngày
  + Có thể làm NST mỗi tuần hay 2 lần/tuần
- Cân nhắc truyền máu nếu BN có tình trạng thiếu máu (ưu tiên HCĐĐ)
- Đăng ký sẵn 2 đơn vị máu
- Chỉ định mổ sinh:
  + Cấp cứu nếu nhau tiền đạo ra huyết nhiều và/hay có rối loạn huyết động học không kể tuổi thai.
  + Khi thai đủ trưởng thành 37 tuần
  + Khi có suy tuần hoàn nhau – thai.

2.2. Thai đủ trưởng thành → Chấm dứt thai kỳ

- Nhau tiền đạo bán trung tâm/trung tâm (type 3-4/SÂ) → Mổ lấy thai (có thể mổ chủ động hay ngay khi bắt đầu chuyển dạ).
- Nhau bám thấp/mép (type 1-2/SÂ) → Cân nhắc giữa mổ lấy thai với khả năng theo dõi sinh ngả âm đạo (tia ối khi vào chuyển dạ).

2.3. Nghi ngờ nhiều khả năng nhau cài răng lược (qua SÂ hay MRI)

- Xem phần hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Nhau cài răng lược.

III. ĐIỀU TRỊ NHAU TIỀN ĐẠO RA MÁU NHIỀU

3.1. Bệnh cảnh lâm sàng

- Ra huyết ÂĐ nhiều.
- Hội chứng trụy tim mạch có thể có.
- Có thể đã biết nhau tiền đạo (qua SÂ trước đó).

3.2. Điều trị cấp cứu

3.2.1. Thở oxygen liên tục (6-8 l/p)

3.2.2. Xử trí shock mất máu

- Thiết lập 1-2 đường truyền (catheter).
- Truyền dung dịch NaCl 0.9% hay Lactated Ringer's tốc độ tối đa
- Dung dịch keo (Gelafundin, Heasteril...) có thể sử dụng (không phải là lựa chọn đầu tay).
- Báo xin ít nhất 4 đơn vị máu đồng nhóm, truyền máu ngay.
  + Nên đặt CVP để theo dõi quá trình hồi sức tuần hoàn.
  + Thuốc vận mạch không phải là lựa chọn đầu tay; khi quyết định dùng phải đảm bảo lưu lượng tuần hoàn đã được bồi hoàn.

3.2.3. Chuyển bệnh nhân vào PHÒNG MỔ ngay lập tức

- Tiếp tục hồi sức bệnh nhân.
- Chuẩn bị khám ÂĐ và chuẩn bị mổ cấp cứu (Double Set-up).
  + Máu ÂĐ vẫn ra nhiều hay có rối loạn huyết động học hay nhau tiền đạo trung tâm hay chiếm >2/3 lỗ cổ TC → Mổ sanh cấp cứu.
  + Máu ÂĐ ra ít+ nhau bám mép+ cổ TC thuận lợi, có thể xé ối theo dõi sanh ngã ÂĐ.

* Nếu BN ra huyết ÂĐ làm thay đổi huyết động học (đặc biệt là khi có shock mất máu) → chỉ định mổ sanh cấp cứu.

3.2.4. Mổ sanh nhau tiền đạo

- Đường rạch da: nên chọn đường dọc giữa vì cơ động, có thể mở rộng
- Đường rạch cơ TC: cân nhắc giữa rạch ngang đoạn dưới TC (chỉ định khi đoạn dưới TC thành lập khá tốt) và rạch dọc thân TC và rạch dọc đoạn dưới TC (chỉ định khi đoạn dưới TC thành lập kém/ đoạn dưới có quá nhiều mạch máu to/ thai non tháng/ ngôi thai bất thường - ngôi ngang…).
- Cầm máu:
  + May cầm máu tại chỗ nhau bám với chromic O (trường hợp nhau bám mặt trước thì may xuyên từ thành trước đoạn dưới TC)
  + Nếu vẫn còn chảy máu: cân nhắc các biện pháp.
    • Thắt ĐM TC 2 bên
    • Thắt ĐM hạ vị
    • May mũi B-Lynch cải tiến
    • Đặt baloon chèn vào đoạn dưới TC
  + Nếu các biện pháp trên thất bại → cắt TC hoàn toàn chừa phần phụ.
- Theo dõi hậu phẫu/hậu sản gần đóng vai trò rất quan trọng
  + Theo dõi dấu sinh tồn, huyết ÂĐ, co hồi TC, chức năng đông máu…

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHAU CÀI RĂNG LƯỢC TRONG THAI KỲ

34

Nhau cài răng lược (NCRL) là tình trạng nhau bám bất thường vào cơ tử cung, 80% sâu 1/3 lớp cơ tử cung từ nội mạc (accreta), 15% increta 2/3 lớp cơ, 5% đến thanh mạc.

Thời gian	Số ca sanh	NCRL
1930 - 1950	30.000	1
1950 - 1960	19.000	1
1980	7.000	1
Hiện nay	2.500	1

(nguồn: ACOG). Tỷ lệ tăng gấp 10 lần sau 5 thập kỷ. Tương quan thuận với tỷ lệ mổ sanh

Siêu âm nghi ngờ NCRL (1/2500)

αFP 15-20 tuần → 9/20 (45%) NCRL (placenta accreta/percreta/increta)
có tăng MSAFP (4469 +/- 1851 so với 1885 +/- 1113 mL; P < .0001)
4 tiêu chuẩn - Mất vùng giảm âm giữa tử cung và BQ (hypoechoic zone)
- Mất cơ ở đáy BQ
- Swiss cheese: hồ huyết trong bánh nhau
- Focal nodular dưới tử cung

+

Đánh giá yếu tố nguy cơ

- Sẹo ở tử cung (MLT bóc NXTC)
- Nạo lòng tử cung
- Nội soi buồng tử cung có can thiệp
- Nhau tiền đạo
- Mẹ lớn tuổi
- Đa sản

Nhau tiền đạo: có 5% accreta
Nhau tiền đạo + 1 lần MLT: 15-20%
Nhau tiền đạo + ≥2 lần MLT: >50%

Không

- Khám thường quy + SA xem kỹ nhiều lần
- Nếu vẫn còn nghi ngờ → MRI

Khi vào chuyển dạ cần lưu ý:
- Nguy cơ mất máu nhiều
- Nguy cơ RLĐM
- Khả năng còn nhau sau sinh
- Khả năng phẫu thuật (bảo tồn/cắt tử cung)

Có

- Khám thai
- Nghỉ ngơi từ >20 tuần
- Corticoid khi >24 tuần
- Mổ sanh khi thai đủ trưởng thành hay khi ra huyết nhiều
- Đánh giá tiền phẫu
- Tư vấn kỹ mổ sanh (bảo tồn/cắt tử cung, truyền máu)

PHỤ LỤC 1
NHAU CÀI RĂNG LƯỢC TRONG NHAU TIỀN ĐẠO MẶT TRƯỚC CÓ VẾT MỔ SINH CŨ

Quy trình chuẩn bị khi phát hiện nhau cài răng lược trong nhau tiền đạo trung tâm/ VMC

- Tư vấn cho sản phụ và gia đình: nguy cơ chảy máu, truyền máu, thai non tháng, đường mổ, phương cách mổ, rối loạn đông máu và thậm chí là tử vong.
- Do nguy cơ cho mẹ là sốc mất máu, cho nên chuẩn bị ít nhất là 2 đơn vị HCĐĐ khi bắt đầu mổ và thêm 2 dự trù. Nâng tổng trạng mẹ, nếu mẹ thiếu máu có thể truyền máu trước mổ.
- Phối hợp các chuyên khoa có liên quan khi xử lý (nhi, niệu, mạch máu).
- Đối với thai có nguy cơ cao do non tháng, nên dùng steroides kích thích trưởng thành phổi (24 – 34 tuần). Nên tư vấn về khả năng phải dùng Surfactant (bơm qua nội khí quản bé)
- Để kéo dài thai kỳ có thể dùng giảm co tử cung và theo dõi nội trú.

Điều trị bảo tồn

Khi chưa đủ số con, để bảo tồn tử cung có thể tiến hành một hay nhiều biện pháp sau:

- Thuyên tắc mạch hạ vị hay tử cung có chuẩn bị, bóc nhau nếu tróc.
- Chèn gạc hay bóng trong buồng tử cung kết hợp với sau bóc nhau bằng tay sau gắp/ nạo, sau cắt bỏ chỗ nhau bám (đang làm).
- May cầm máu tại chỗ, thắt động mạch tử cung, thắt động mạch hạ vị (đang làm).
- Theo dõi tình trạng tống xuất nhau, nhiễm trùng, chảy máu.

Cắt tử cung ngay sau mổ sanh

- Dự trù sẵn ít nhất là 2 đơn vị HCĐĐ cùng nhóm.
- Nên vào bụng qua đường rạch rốn vệ.
- Vào buồng TC lấy thai nên tránh vị trí bám của nhau.
- Không nên bóc nhau ngay.
- Có thể giảm lưu lượng máu đến TC: thắt ĐM TC, ĐM hạ vị.
- Khi cắt tử cung toàn bộ chừa phần phụ, chú ý các mối chỉ cột.

PHỤ LỤC 2
GIÁ TRỊ CỦA CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VÀ NCRL

	Độ nhạy	Độ chuyên	Tác giả
Siêu âm 2D	93%	79%	Finberg HJ
Siêu âm Doppler	82%	97%	Chou MM
MRI	88%	100%	Warshak CR

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chou MM, Ho ES, Lee YH (2000). Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color Doppler ultrasound. Ultrasound Obstet Gynecol 2000;15:28–35.
2. Finberg G, Williams J (1992). Placenta accreta : Prospective sonographic diagnosis in patients placenta previa and prior cesearean section. Ultrasound Med 1992;11:333-343.
3. Kupferminc MJ, Tamura RK, Wigton TR, Glassenberg R, Socol ML. Placenta accreta is associated with elevated maternal serum alpha-fetoprotein. Obstet Gynecol. 1993 Aug;82(2):266-9.
4. Warshak CR, Eskander R, Hull AD, Scioscia AL, Mattrey RF, Benirschke K, et al (2006). Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta. Obstet Gynecol 2006 Sep;108(3 Pt 1):573-81.

NHAU BONG NON 35

I. ĐỊNH NGHĨA

- Nhau bong non là trường hợp nhau bám đúng vị trí nhưng bị bong sớm trước khi thai sổ ra ngoài.
- Trong đa phần các trường hợp nhau bong non tự phát (không do chấn thương), khối máu tụ sau nhau được hình thành từ máu mẹ, bóc tách trong lớp màng rụng mẹ, nên các gai nhau còn nguyên vẹn. Trái lại trong các trường hợp nhau bong sau một chấn thương, máu thai có thể mất đáng kể, do các gai nhau có thể bị rách, vỡ xảy ra đồng thời cùng với sự bong tróc của lớp màng rụng.
- Nhau bong non thể nặng là khi nhau bong non có kèm 1 trong các dấu hiệu sau: (1) biến chứng cho mẹ như đông máu nội mạch lan tỏa, shock, truyền máu, cắt tử cung, suy thận hoặc tử vong mẹ; (2) biến chứng cho thai như suy thai, thai chậm tăng trưởng hoặc thai chết lưu; (3) kết cục xấu ở trẻ sơ sinh như tử vong sơ sinh, sinh non, hoặc cân nặng nhỏ so với tuổi thai.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Yếu tố nguy cơ

- Nguyên nhân gây nhau bong non chưa rõ. Có một số yếu tố liên quan làm tăng tỉ lệ nhau bong non.
- Yếu tố nguy cơ
  - Tuổi mẹ cao.
  - Chủng tộc: thường phổ biến ở người da đen và da trắng (1/200); ít hơn ở người da vàng (1/300) và ít nhất ở người Mỹ Latin (1/350).
  - Có liên quan đến yếu tố gia đình. Nếu một phụ nữ có nhau bong non nghiêm trọng, nguy cơ cho chị em trong gia đình có thể có nhau bong non tăng gấp đôi.
  - Bệnh lý mẹ: tiền sản giật, tăng huyết áp mãn…

Yếu tố nguy cơ	Nguy cơ tương đối (RR)
Tiền căn nhau bong non	10 – 188
Tuổi và số lần sinh tăng	1,3 – 2,3
Tiền sản giật	2,1 – 4,0
Tăng huyết áp mãn	1,8 – 3,0
Nhiễm trùng ối	3,0
Ối vỡ non	2,4 – 4,9
Thai nhẹ cân	14,0
Đa ối	2 – 8
1. Hút thuốc lá	1,4 – 1,9
2. Một động mạch rốn	3,4
3. Dùng cocaine	N/A
U xơ tử cung	N/A

2.2. Lâm sàng

- Xuất huyết âm đạo:
- Đột ngột trong tam cá nguyệt thứ ba
- Máu đỏ sậm, loãng, lượng máu có thể không tương xứng với tình trạng của bệnh nhân.
- Đau bụng:
- Khởi phát đột ngột
- Liên tục và kéo dài
- Đo CTG thấy cơn gò cường tính, trương lực cơ bản tăng cao, nhiều trường hợp thấy cơn gò lăn tăn với trương lực cơ bản tăng cao
- Trường hợp thể nặng có thể khám thấy bụng gồng "cứng như gỗ"
- Thai suy:
- CTG thấy nhịp tim thai giảm (đặc biệt là nhịp giảm kéo dài), trường hợp nhau bong non nặng thai có thể chết trong tử cung
- Khác:
- Dấu hiệu bệnh lý kèm theo như tăng huyết áp, tiền sản giật, sản giật.
- Trường hợp nặng, bệnh nhân có dấu hiệu shock, thiểu niệu…

2.3. Cận lâm sàng

- Siêu âm: ghi nhận khối máu tụ sau nhau. Lưu ý: một số trường hợp có thể khó xác định nếu nhau bám mặt sau tử cung, hay bàng quang không có nước tiểu đủ... Vì vậy dấu hiệu âm tính trên siêu âm cũng không loại trừ được nhau bong non.
- Xét nghiệm: Cần làm ngay:
  - Nhóm máu, phản ứng chéo
  - CTM, Hct, tiểu cầu
  - TQ, TCK, Fibrinogen.
  - Có thể đề nghị thực hiện thêm xét nghiệm D-dimers (nếu có rối loạn đông máu)

III. ĐIỀU TRỊ

Tùy thuộc tình trạng lâm sàng thai phụ, tuổi thai và lượng máu mất

3.1. Nội khoa

- Hồi sức bệnh nhân:
  - Truyền dịch, truyền máu
  - Điều chỉnh rối loạn đông máu – cần máu tươi
- Chăm sóc cấp 1

3.2. Sản khoa

- Cần đánh giá tình trạng thai nhi, tình trạng nhau bong non (mức độ, có tiến triển hay không...) và tình trạng của bệnh nhân.

3.2.1. Thai non tháng + nhau bong non nhẹ + tình trạng bệnh nhân ổn

- Theo dõi sát:
  - Dấu hiệu sinh tồn
  - Tình trạng thai nhi, cơn gò
  - Tình trạng khối máu tụ sau nhau
  - XN: CTM, Hct, XN đông máu
- Giảm co có thể dùng nếu tình trạng thai nhi ổn (thường không có chống chỉ định).

3.2.2. Thai non tháng + nhau bong non nặng, ảnh hưởng tổng trạng bệnh nhân

- Theo dõi sát:

• Nếu tình trạng bệnh nhân ổn định sau hồi sức:

▪ Nếu CTC thuận lợi → theo dõi sanh ngả AĐ, có thể giục sanh bằng Oxytocin nếu cơn gò không đủ. Sau khi sanh, chú ý cho thuốc gò tử cung và xoa đáy tử cung để kích thích cơn co tử cung.

▪ Nếu CTC không thuận lợi → mổ sanh cấp cứu. Lúc mổ cần chú ý tình trạng thẩm lậu tử cung. Đề phòng nguy cơ đờ tử cung (hạn chế dùng Ergotamine nếu có tăng huyết áp).

• Nếu tình trạng bệnh nhân nặng, không ổn định → mổ sanh cấp cứu (chú ý cần hồi sức tích cực).

3.2.3. Thai chết lưu:

- Nhau bong non thể nặng (Hội chứng Couvelaire)→ mổ sanh cấp cứu .
- Nhau bong non thể nhẹ và trung bình → theo dõi sanh ngả âm đạo nếu tình trạng bệnh nhân cho phép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ananth CV. Severe placental abruption: clinical definition and associations with maternal complications. Am J Obstet Gynecol 2016.
2. William Obstetric 25th edition.

I. CHẨN ĐOÁN

- Nhập viện vì thiểu ối (SÂ)
  + Xoang ối ≤ 20 mm (đo 1 xoang)
  + Chỉ số ối (AFI) ≤ 5 cm
  + Thể tích xoang ối ≤ 15 cm^2
- Nên làm Doppler vélocimétrie để đánh giá về tình trạng tuần hoàn của thai nhi.
- Nguy cơ thai chậm tăng trưởng (IUGR)/suy trường diễn/thai dị tật tăng cao trong BN thiểu ối.

II. ĐIỀU TRỊ

2.1. Đánh giá lại tình trạng thiểu ối

Đánh giá xem có tình trạng ối vỡ non không ?

- Nếu có ối vỡ non → Xem phác đồ Điều trị ối vỡ non.
- Nếu chắc chắn không có ối vỡ → Xác định chẩn đoán Thiểu ối.

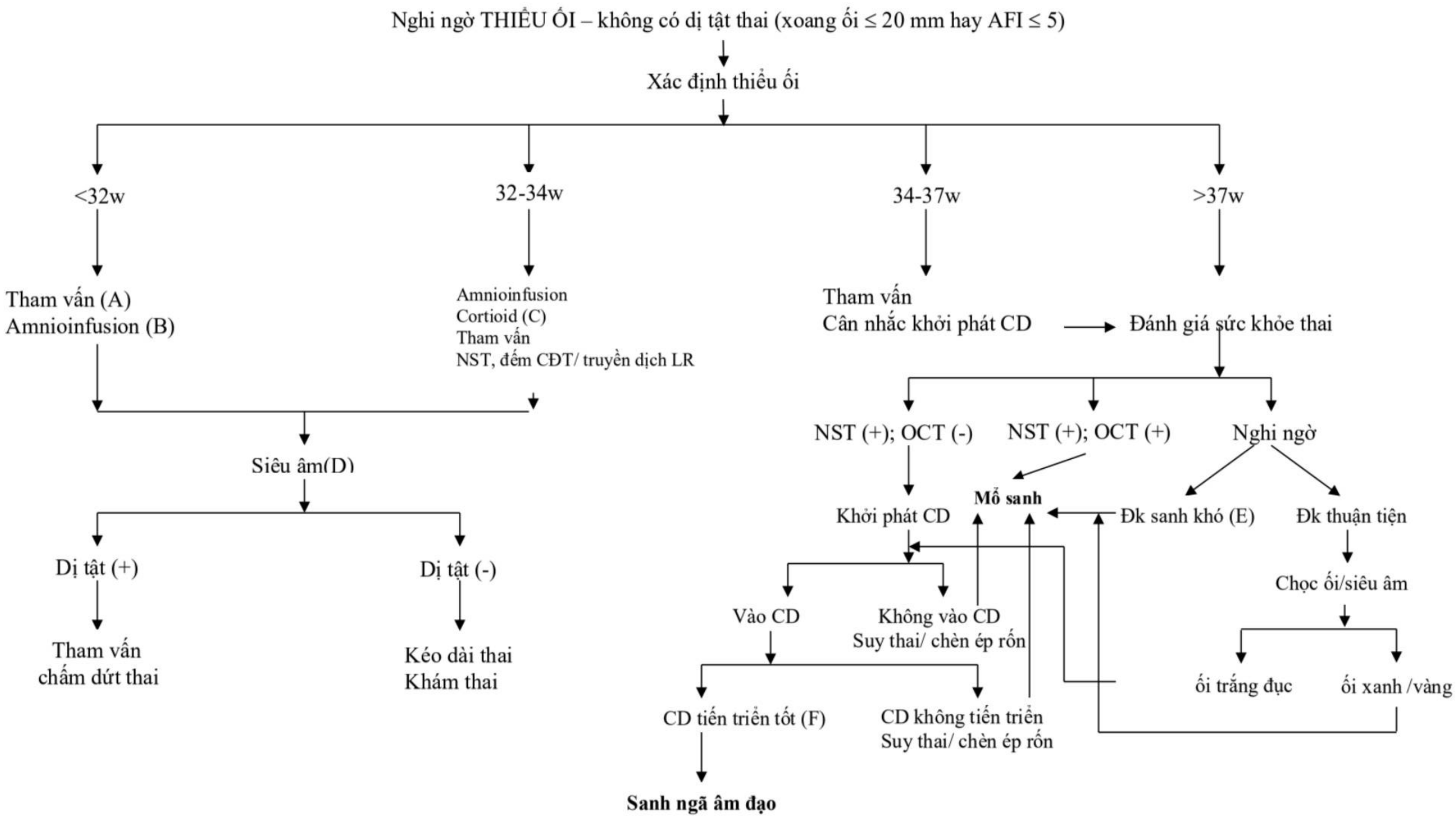
2.2.1 Thai chưa đủ trưởng thành (<36 tuần) → Hướng kéo dài thai kỳ

- Gia tăng lượng nước ối:
  + Nhắc BN uống nhiều nước (>2.5 lít/ngày)
  + Amnioinfusion:

    Dung dịch Lactated Ringer's ấm
    Bơm qua hướng dẫn SÂ, thể tích từ 300-1000 ml
    Đảm bảo vô trùng
- Nên cố gắng đánh giá tình trạng dị tật thai nhi khi nước ối đã đầy đủ cho khảo sát.
- Theo dõi tình trạng sức khỏe thai nhi
  + Nhắc BN theo dõi cử động thai
  + Thực hiện NST 1-2 lần/tuần
- Theo dõi tình trạng nước ối (qua SÂ)

2.2.2 Thai đủ trưởng thành (>36w)

- Đánh giá sức khoẻ thai nhi bằng các thử nghiệm (xem phụ lục)
- Nếu NST có đáp ứng + OCT/BST (-) (xem phụ lục) → Khởi phát chuyển dạ
- Nếu NST không đáp ứng + OCT/BST (+) → Mổ lấy thai cấp cứu vì hội chứng suy tuần hoàn nhau thai (mời BS nhi)
- Nếu NST có đáp ứng + OCT/BST (+) → Cân nhắc giữa chọc ối qua SÂ để đánh giá tình trạng thai (qua màu sắc) hay mổ lấy thai cấp cứu vì nghi hội chứng suy tuần hoàn nhau thai
- Nếu OCT/BST (±)
  + Chọc ối đánh giá tình trạng thai:
    - Ối bình thường (trắng đục) → Khởi phát chuyển dạ (xem phụ lục)
    - Có dấu suy thai (ối vàng, xanh...)→ Mổ lấy thai cấp cứu vì Thai suy trường diễn/tử cung.
    - Ối trắng trong, ít bả thai (nghi non tháng) → kiểm tra lại bằng XN nước ối (RST, Tế bào cam) + làm lại NST hay OCT/BST sau đó 2-6 giờ (trong thời gian chờ kết quả XN).
  + Cân nhắc chỉ định mổ sanh cấp cứu vì hội chứng chèn ép rốn nặng nếu có nhịp giảm kéo dài sâu/ cổ TC không thuận tiện.


Nghi ngờ THIỂU ỐI – không có dị tật thai (xoang ối ≤ 20 mm hay AFI ≤ 5)
Xác định thiểu ối
<32w
32-34w
34-37w
>37w
Tham vấn (A)
Amnioinfusion (B)
Amnioinfusion
Cortioid (C)
Tham vấn
NST, đếm CĐT/ truyền dịch LR
Tham vấn
Cân nhắc khởi phát CD
Đánh giá sức khỏe thai
Siêu âm(D)
Dị tật (+)
Dị tật (-)
Tham vấn
chấm dứt thai
Kéo dài thai
Khám thai
NST (+); OCT (-)
NST (+); OCT (+)
Nghi ngờ
Mổ sanh
Khởi phát CD
Đk sanh khó (E)
Đk thuận tiện
Chọc ối/siêu âm
Vào CD
Không vào CD
Suy thai/ chèn ép rốn
ối trắng đục
ối xanh /vàng
CD tiến triển tốt (F)
CD không tiến triển
Suy thai/ chèn ép rốn
Sanh ngã âm đạo

37 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐA ỐI

I. GIỚI THIỆU

Ở thai đủ tháng, buồng ối chứa khoảng 500ml đến 1.000ml nước ối. Nếu buồng ối chứa từ 1.000ml đến 2.000ml nước ối, ta gọi là thừa ối; nếu chứa trên 2.000ml thì gọi là đa ối. Về mặt lâm sàng, có 2 dạng đa ối: đa ối cấp và đa ối mãn. Y văn ghi nhận, tỉ lệ này vào khoảng 0,30% - 1,30%. Tỉ lệ này thay đổi và không chính xác do khó ước lượng được lượng nước ối khi ối vỡ sớm hay trong lúc mổ lấy thai.

Bệnh học của đa ối

Nước ối trong đa ối khác với nước ối bình thường, có chứa nhiều albumin hơn. Có nhiều giả thuyết giải thích sự hình thành đa ối.

(1) Đa ối do sự rối loạn về sản xuất nước ối như trong trường hợp thai vô sọ, viêm màng ối.

(2) Đa ối do sự rối loạn về hấp thu nước ối như trong hội chứng phù nhau - thai hoặc bệnh teo thực quản ở bào thai.

(3) Đa ối do sự rối loạn của cơ chế điều hòa nước ối. Người ta nhận thấy các dị dạng thai nhi càng nhiều, càng nặng thì đa ối càng xuất hiện sớm.

II. ĐA ỐI MÃN

Chiếm 95% các trường hợp đa ối, thường xảy ra vào ba tháng cuối thai kỳ, lượng ối tiến triển từ từ, ít gây ảnh hưởng đến tổng trạng của mẹ.

2.1. Nguyên Nhân

Do mẹ có (1) các bệnh nội khoa như tiểu đường, thiếu máu nặng, (2) các bệnh nhiễm trùng như giang mai, nhiễm toxoplasmose, nhiễm cytomegalovirus, (3) hội chứng tiền sản giật - sản giật, (4) bất đồng nhóm máu giữa mẹ và con... có thể dẫn đến đa ối mãn.

Do trứng như (1) đa thai, đặc biệt là song thai một trứng, thường có sự nuôi dưỡng không đồng đều giữa hai thai (một thai quá lớn, một thai quá nhỏ), (2) dị tật bẩm sinh, (3) bất thường của bánh nhau và dây rốn như bướu máu của nhau, dây rốn chỉ có một động mạch, dây rốn thắt nút, dây rốn quấn cổ ...

2.2. Lâm Sàng

Sản phụ đến khám trong 3 tháng cuối thai kỳ vì cảm thấy trằn bụng dưới nhiều, bụng căng, khó thở, tim đập nhanh. Các triệu chứng thường phát triển từ từ. Nước ối tăng dần đến một lượng lớn làm tử cung căng to gây khó thở, suy nhược, đau vùng thắt lưng hoặc chỉ gây khó chịu lúc đi đứng.

Khám thực thể thấy (1) tử cung rất to so với tuổi thai, căng, có dấu hiệu sóng vỗ, (2) khó sờ nắn thấy được rõ các cực thai và các phần chi, có dấu hiệu khối nước đá, (3) khó nghe được tim thai, (4) thăm âm đạo thấy đoạn dưới tử cung bị căng cứng, cổ tử cung hé mở, màng ối căng phồng.

Cận lâm sàng

Xét nghiệm tổng quát để truy tầm các bệnh liên quan thai phụ như: giang mai, đái tháo đường, nhiễm toxoplasma, bất tương hợp nhóm máu ABO hay Rh.

Siêu âm giúp chẩn đoán, với: SDP (single deepest pocket) ≥10cm hay AFI (amniotic fluid index) > percentile 95th (>20cm ở thai trưởng thành). Ngoài ra, còn có giá trị giúp chẩn đoán số lượng thai, định lượng được nước ối, khảo sát chi tiết hình dạng thai. Siêu âm có thể giúp chẩn đoán bởi các dấu hiệu gián tiếp như phù nhau thai, thai báng bụng ... hay các dấu hiệu trực tiếp như hình ảnh bất thường ở ống thần kinh, đường tiêu hóa.

Chọc dò ối cho phép đánh giá độ trưởng thành của thai, đặc biệt để định lượng nồng độ alpha-foeto-protein / nước ối (nếu > 1-2 µg/ml thì nghĩ nhiều đến một dị dạng thai nhi).

2.3. Diễn Tiến

Sanh non thường xảy ra vì ối thường vỡ non.

Khi các triệu chứng nặng nề đến mức sản phụ không thể chịu đựng được, phải đặt vấn đề rút bớt nước ối và chấm dứt thai kỳ.

Không rút nước ối qua ngã âm đạo vì dễ gây vỡ ối và nguy cơ nhiễm trùng cao.

Rút nước ối qua ngã bụng không gây vỡ màng ối nhưng có nguy cơ đâm trúng nhau khi nhau bám mặt trước, hoặc gây thuyên tắc ối. Có thể thực hiện với hướng dẫn dưới siêu âm.

2.4. Xử Trí – Theo Dõi

Dùng Indomethacin uống 25mg mỗi 6 giờ trong 48 giờ có thể ảnh hưởng giảm cơn co tử cung và giảm lượng ối do giảm sản xuất nước tiểu ở thai. Tuy các ảnh hưởng cho thai phụ ghi nhận ít, nhưng ảnh hưởng thai nhi rất nhiều và được nhắc đến nhiều nhất là làm đóng ống động mạch sớm, tăng áp phổi thai.

Trong chuyển dạ: trường hợp màng ối còn nguyên vẹn, cơn co tử cung thường bị rối loạn nếu ta không làm giảm độ căng quá mức của tử cung bằng cách tia ối. Tia ối sớm với sự thận trọng tối đa (để sản phụ nằm đầu thấp, cho nước ối chảy ra từ từ). Nếu không thận trọng, màng ối sẽ vỡ toang, nước ối chảy ra ồ ạt làm sa dây rốn hoặc các phần chi của thai nhi, nhau cũng có thể bị bong non gây xuất huyết, hoặc ngôi thai có thể trở thành bất thường, không bình chỉnh được.

Trong trường hợp màng ối vỡ tự nhiên, nguy cơ sa dây rốn và các ngôi bất thường tăng cao (tỉ lệ sa dây rốn trong đa ối khoảng 16%).

Giai đoạn bong nhau có thể diễn tiến bình thường nhưng thường là chậm. Phải theo dõi phát hiện đờ tử cung gây băng huyết sau sanh.

Thai nhi có thể bị chết trong tử cung do đái tháo đường ở mẹ không kiểm soát tốt hay do phù nhau thai nặng trong các trường hợp bất đồng nhóm máu. Thai nhi dễ bị nhiều nguy hiểm lúc sanh do các biến chứng như sa dây rốn, ngôi thai bất thường, rối loạn cơn co tử cung. Ngoài ra tử vong sơ sinh cao còn do non tháng, dị dạng thai nhi.

Các biến chứng cho mẹ trong lúc sanh và sau khi sanh cũng thường có nhiều. Nếu mẹ bị đái tháo đường, tiên lượng rất dè dặt. Đa ối có thể tái phát.

Ít thấy hơn so với đa ối mãn.

3.1. Nguyên nhân

Đa ối cấp thường là dấu hiệu của một bệnh lý của trứng hoặc dị dạng thai nhi. Hơn 50% trường hợp đa ối cấp là do song thai một trứng. Trong các trường hợp khác, đó là một thai kỳ với thai nhi dị dạng như vô sọ, teo hẹp thực quản hay khiếm khuyết ở ống thần kinh.

3.2. Lâm sàng

Đa ối cấp thường xảy ra sớm, khoảng 3 tháng giữa thai kỳ và diễn tiến mau chóng trong vòng vài ngày với các triệu chứng cấp thời như đau bụng nhiều, khó ngủ, khó thở, đôi khi bị tím tái, tim đập nhanh, ói mửa, phù chân, phù âm hộ, phù thành bụng.

Khám thấy bụng căng cứng, bề cao tử cung to rất nhiều hơn so với tuổi thai. Da bụng căng đến mức khó nhận thấy được dấu hiệu sóng vỗ. Rất khó sờ nắn được các phần thai. Tim thai rất khó nghe. Khám âm đạo thấy đoạn dưới tử cung phồng ra, cổ tử cung hở và màng ối căng phồng.

Siêu âm bụng có khả năng chẩn đoán song thai, dị dạng thai.

Đôi khi cần chẩn đoán phân biệt với thai kèm với u nang buồng trứng, bụng trướng nước hoặc thai trứng.

Đôi khi cần thực hiện MRI để chẩn đoán bất thường ở thai.

3.3. Xử trí

Chấm dứt thai kỳ sớm khi đa ối cấp thường kèm theo dị dạng thai nặng. Khi khởi phát chuyển dạ nên bấm ối sớm với những cẩn thận như đã nêu ở phần đa ối mãn. Hầu hết các trường hợp, cuộc chuyển dạ diễn tiến dễ dàng, nhưng cần đề phòng băng huyết sau sanh do tử cung căng quá mức. Sau sinh cần quan sát kỹ thai nhi và bánh nhau để tìm các dị tật nếu có (phẫu xác hoặc giải phẫu bệnh lý).

Điều trị can thiệp trong buồng tử cung bằng phẫu thuật nội soi có thể giúp trong một số trường hợp, nhưng nguy cơ nhiễm trùng, thai lưu, sinh non và nhất là việc triển khai chỉ mới được thực hiện ở một số nước trên thế giới.

38 CHUYỂN DẠ SINH NON

A. SÀNG LỌC CHUYỂN DẠ SINH NON

1. Tuổi thai: trước 37 tuần tuổi thai

Có 3 mức độ sinh non:

- Sinh cực non: khi trẻ sinh ra từ 22 tuần 1 ngày đến 27 tuần 6 ngày.
- Sinh rất non: khi trẻ sinh ra từ 28 tuần đến 31 tuần 6 ngày.
- Sinh non: khi trẻ sinh ra từ 32 tuần đến 36 tuần 6 ngày.

2. Yếu tố nguy cơ của sinh non

a) Các yếu tố nguy cơ từ mẹ:

- Các bệnh lý cấp tính của mẹ (sốt cao, viêm ruột thừa, nhiễm trùng tiểu, bệnh lý nha chu...)
- Bệnh lý mạn tính: cao huyết áp, đái tháo đường, suy thận...
- Tiền sử sinh non
- Ra huyết âm đạo trong thời gian mang thai
- Bất thường tử cung: dị dạng tử cung bẩm sinh, u xơ tử cung
- Chiều dài cổ tử cung ngắn
- Tiền sử khoét chóp cổ tử cung
- Yếu tố di truyền: mẹ bị sinh non
- Sinh hoạt: lối sống hoạt động thể lực quá mức, hút thuốc lá, dùng các chất gây nghiện

b) Các yếu tố nguy cơ từ thai

- Đa thai
- Đa ối
- Thai sau IVF (kể cả đơn thai)
- Nhiễm trùng ối, ối vỡ non
- Thai chậm tăng trưởng, thai dị tật
- Nhau tiền đạo, nhau bong non

B. CHUYỂN DẠ SINH NON

1. Chẩn đoán

Tuổi thai từ tuần 22 đến 37 tuần

Chẩn đoán chuyển dạ sinh non, khi có cả hai triệu chứng :

(1) có cơn co tử cung tính chất đều đặn, tần số 4 cơn trong 20 phút hoặc 6 cơn trong 60 phút

(2) cổ tử cung mở >2cm và/hoặc xóa >80%

SIÊU ÂM ĐO CHIỀU DÀI KÊNH CTC – cổ tử cung (CL – cervical lenght):

Điểm cắt 25 mm

Nếu CL< 25 mm nên mô tả hình dạng của kênh cổ tử cung và lỗ trong cổ tử cung, chữ T, Y, V hay U kèm sẽ tăng thêm giá trị tiên lượng.

Đo chiều dài kênh cổ tử cung qua ngả âm đạo trong các trường hợp:

- Các thai phụ có tiền sử sinh non ở tuổi thai 14-16 tuần.
- Các thai phụ ở tuổi thai 20 - 24 tuần
- Các thai phụ có nguy cơ sinh non

PARTO SURE: Placental alpha- microglobulin-1 (PAMG-1)

Thai từ 20 tuần đến 36 tuần 6 ngày

Điều kiện thực hiện: màng ối còn; cổ tử cung < 3 cm. Có thể thực hiện trong trường hợp nhiễm khuẩn âm đạo, có nước tiểu, tinh dịch hoặc máu lượng ít trong âm đạo. Có thể thực hiện trong thời gian ngắn sau khám âm đạo.

	Sanh trong vòng 7 ngày	Sanh trong vòng 14 ngày
Độ nhạy	80%	63%
Độ đặc hiệu	95%	96%
Giá trị tiên đoán âm NPV	96%	89%
Giá trị tiên đoán dương PNV	76%	81%

Vai trò của Parto Sure là giúp xác định các thai phụ có khả năng sinh non thấp để tránh những can thiệp không cần thiết.

2. Nguyên tắc điều trị

Cần đảm bảo cho trẻ giảm tối đa nguy cơ sang chấn khi sanh.

Tư vấn cho thai phụ và thân nhân.

Dùng corticoid và khả năng dùng surfactant sau sanh.

Cố gắng trì hoãn cuộc sinh (thuốc giảm co)
Bảo vệ não thai nhi nếu thai ≤ 32 tuần (dùng Magnesium Sulfate)
Thông báo cho bác sĩ nhi khoa
Chuẩn bị phương tiện hồi sức, chăm sóc sơ sinh thiếu tháng
Điều trị:

2.3.1 Điều trị ngoại trú: khi không đủ tiêu chuẩn nhập viện

Tư vấn

Thuốc: chỉ định trong trường hợp nguy cơ cao

Progesterone: Progesterone dạng vi hạt 200 mg/ngày đặt âm đạo hay đặt hậu môn hay uống, tùy loại chế phẩm hoặc 90mg dạng gel đặt âm đạo

Tiêm corticoid (Betamethasone hay Dexamethasone) kích thích trưởng thành phổi thai nhi tại phòng khám.

Tái khám mỗi tuần

2.3.2 Điều trị nội trú: khi chẩn đoán chuyển dạ sinh non

Tìm nguyên nhân

Tư vấn

Xác định tuổi thai

Thai 24-34 tuần: kích thích trưởng thành phổi, điều trị giảm co tối thiểu 48 giờ, cho thuốc cắt cơn co tử cung, bổ sung progesteron

Thai 34-36 tuần 6 ngày: tuần cân nhắc kích thích trưởng thành phổi, giảm co trong một số trường hợp: đa thai, thai chậm tăng trưởng, ngôi mông, đái tháo đường,...

<u>a) Tìm nguyên nhân:</u> Trong 50% các trường hợp sinh non có thể tìm được nguyên nhân

- Viêm nhiễm vùng âm đạo – cổ tử cung
- Nhiễm khuẩn đường tiểu
- Viêm nhiễm quanh tử cung: ruột thừa, túi thừa Meckel, vùng hồi manh tràng
- Chấn thương
- Xuất huyết nội do nhiều nguyên nhân

b) Tư vấn

Về khả năng sống tương quan tuổi thai

Nguy cơ của cuộc sinh non và của trẻ non tháng

Dùng các thuốc giúp trưởng thành phổi thai nhi: steroids trước sinh và bơm surfactant sau sinh

c) Progesterone

Hiệu quả cho đến hiện nay, thời điểm có thể đến 36 tuần

Progesterone dạng vi hạt 200 mg/ngày đặt âm đạo hay đặt hậu môn hay uống, tùy loại chế phẩm hoặc 90mg dạng gel đặt âm đạo

d) Corticoides:

Liệu pháp Corticoides trước sinh giúp giảm có ý nghĩa tỷ lệ tử vong, suy hô hấp và xuất huyết não ở trẻ sơ sinh non tháng.

Chỉ định: khuyến cáo sử sụng một đợt duy nhất corticoides trước sinh ở tuổi thai từ 24 đến hết 34 tuần cho trường hợp có nguy cơ sinh non:

- Betamethason 12 mg/lần, tiêm bắp 2 liều cách nhau 24 giờ
- Dexamethason 6 mg/lần, tiêm bắp 4 lần, cách nhau 12 giờ

Lưu ý : Một nghiên cứu trên 255 thai phụ tiêm Betamethasone 12 mg lập lại sau 12 giờ so với Betamethasone 12mg lập lại sau 24 giờ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 phác đồ về tử vong sơ sinh và tử vong chu sinh, mặc dù nghiên cứu thiếu độ mạnh thống kê để xác định nhóm có kết cục trên trẻ sơ sinh tốt nhất (WHO 2015)

→ có thể rút ngắn thời gian lặp lại Betene cách 12 giờ trong trường hợp cần thiết. Cụ thể:

Thai phụ đa thai có nguy cơ sinh non tự phát ở tuổi thai từ 24 tuần đến 35 tuần 6 ngày nên điều trị một liều Corticoides.

Thai chậm tăng trưởng trong tử cung có nguy cơ sinh non ở tuổi thai từ 24 tuần đến 35 tuần 6 ngày cần điều trị một liều Corticoides trước sinh.

Đái tháo đường không phải là chống chỉ định của Corticoides trước sinh. Thai phụ đái tháo đường thai kỳ có nguy cơ sinh non khi được tiêm Corticoides nên theo dõi đường huyết và bổ sung liều insulin nếu cần thiết.

Cần thận trọng khi sử dụng Corticoides trên thai phụ có nhiễm khuẩn toàn thân bao gồm lao và nhiễm khuẩn huyết.

e) Thuốc giảm co:

Salbutamol truyền tĩnh mạch: Phụ lục 1

Nifedipine: Phụ lục 2

Atosiban: Phụ lục 3

Việc lựa chọn thuốc giảm co cần được căn cứ trên tuổi thai, tác dụng phụ, điều kiện kinh tế, cơ địa của từng bệnh nhân. Cho đến nay xét về mặt hiệu quả, dường như chưa có thuốc giảm co nào có ưu thế vượt trội hơn các thuốc còn lại. Riêng đối với nhóm ức chế beta cần hết sức thận trọng khi sử dụng.

- Nifedipine và Atosiban có hiệu quả tương đương trong việc trì hoãn chuyển dạ trong 7 ngày.
- So với ức chế beta, Nifedipine có thể cải thiện kết cuộc trên trẻ sơ sinh, dù hiện tại chưa đủ dữ liệu lâu dài.
- Nifedipine, Atosiban ít có tác dụng ngoại ý hơn ức chế beta, nhưng chưa có nghiên cứu so sánh rõ ràng giữa các nhóm.
- Sử dụng phối hợp nhiều thuốc giảm co làm tăng nguy cơ tác dụng ngoại ý, vì vậy nên tránh dùng.

f) Magnesium Sulfate bảo vệ não thai nhi: Phụ lục 4

Nhiều tổng quan hệ thống đã chứng minh vai trò giảm biến chứng bại não của $MgSO_4$ khi sử dụng cho thai phụ đối với trẻ sinh non.

$MgSO_4$ được chỉ định sử dụng trong trường hợp tiên lượng sinh trong vòng 24 giờ (nếu cuộc sinh là chủ động, sử dụng $MgSO_4$ trước sinh 4 giờ).

Có tác dụng bảo vệ bất kể số lượng thai, bất kể nguyên nhân sinh non, bất kể số lần mang thai, bất kể tiền sử sinh trước đó là sinh mổ hay sinh thường.

Có tác dụng bảo vệ thần kinh dù có sử dụng liệu pháp Corticoides hay không.

Hiện tại, có một số phác đồ có thể lựa chọn:

- Liều duy nhất tiêm tĩnh mạch 4g pha loãng tiêm tĩnh mạch liều duy nhất trong 20-30 phút. Có thể cân nhắc lập lại liều $MgSO_4$ trong trường hợp chưa sinh trong vòng 24 giờ khi bắt đầu liệu pháp (GPP).

- Liều đầu: 4gr, pha loãng tiêm mạch chậm hay truyền tĩnh mạch trong 30 phút.Liều duy trì: mỗi 1g/giờ cho đến lúc sinh hoặc tối đa 24 giờ nếu không vào chuyển dạ. Ngưng thuốc giảm co khác khi sử dụng Magnesium Sulfate. Theo dõi tác dụng phụ, các triệu chứng ngộ độc và sử dụng Calci gluconate chống ngộ độc như trong ngừa co giật. Ngưng Magnesium Sulfate nếu không chuyển dạ sinh non sau 24-36giờ.

PHỤ LỤC 1
THUỐC GIẢM CO BETAMIMETICS (KÍCH THÍCH ß2-SALBUTAMOL)

1. Chống chỉ định

Dị ứng với Salbutamol
Cường giáp
Bệnh lý tim mạch như: thiếu máu cơ tim, loạn nhịp tim, nhịp tim nhanh, đau thắt ngực
Bệnh lý mạch máu: xơ vữa động mạch, phình động mạch
Cao huyết áp, tiền sản giật
Nhiễm trùng ối
Thai lưu

2. Tác dụng phụ

Mạch nhanh, rối loạn nhịp tim
Buồn nôn, nôn
Nhức đầu
Run cơ (đặc biệt ở tay), chuột rút
Ảo giác
Hạ kali/máu
Giãn mạch ngoại vi, rối loạn chuyển hóa
Phù phổi cấp (2%-5%)

3. Thận trọng

Hạ Kali/máu
Tiểu đường
Liều dùng tương đối cao nên dễ gây ra các tác dụng phụ không mong muốn cho người mẹ, thuốc được dùng tại bệnh viện, dưới sự giám sát, theo dõi chặt chẽ của thầy thuốc
Lưu ý nhiều khi dùng trong trường hợp đa thai
Không nên kết hợp Salbutamol với thuốc ức chế canxi vì tăng nguy cơ tác dụng phụ
Nên tránh dùng Salbutamol trong những tháng đầu của thai kỳ

Nếu có gây tê ngoài màng cứng, nên ngưng dùng thuốc kích thích beta trước đó 2 giờ

Trong lúc dùng, nếu phải gây mê toàn thân, tránh dùng loại halogen và dãn cơ loại giống Acetylcholine

4. Tương tác thuốc

Các thuốc làm hạ Kali/máu, Digoxin, Ipratropium, Methyldopa, MAOIs, Sulphamethoxazole, Theophylline.

5. Liều dùng

Salbutamol 0,5mg x 2 ống pha trong 500ml Glucose 5% (tránh dùng NaCl 0,9%), truyền tĩnh mạch bắt đầu XX giọt/phút (tương đương 0,67 μg/phút). Đánh giá gò tử cung với monitor trong 2 giờ, tăng dần tốc độ mỗi 15 phút X giọt (0,33 μg) cho đến khi cắt được cơn gò. Nếu khi tăng lên đến LX (60 giọt) /phút (2μg) vẫn chưa giảm được cơn gò, cần xem xét khả năng dùng bơm tiêm điện để hạn chế lượng nước đưa vào. Liều thuốc dùng khi đến 45μg/phút hay thời gian dùng hơn 48 giờ nên xem xét hiệu quả của Salbutamol.

Sau khi hết gò, duy trì tốc độ đang truyền thêm 6 giờ, rồi giảm liều còn một nửa (50%) trong 6 giờ tiếp.

6. Theo dõi

Đo mạch, huyết áp, SpO_2, đo ECG trước khi truyền thuốc.

Đánh giá gò tử cung với monitor trong 2 giờ đầu, sau đó mỗi 6 giờ (ghi 20 phút).

Đo mạch, huyết áp, SpO_2 sau khi truyền thuốc 1 giờ.

Đo mạch, huyết áp, SpO_2 và kiểm tra tốc độ dịch truyền mỗi 6 giờ khi truyền thuốc.

Chú ý: tổng nước vào, nước ra

<u>Lưu ý:</u>

Khi ghi nhận một hay nhiều dấu hiệu sau:

Huyết áp ≤ 90/60mmHg

Mạch ≥ 120 lần/phút

SpO_2< 90%

Bệnh nhân khó thở hoặc đau ngực (hết sức lưu ý nguy cơ phù phổi cấp)

Thực hiện: (cho đến khi có Bác sĩ đến)

Mời Bác sĩ đến xem bệnh

Ngưng không dùng tiếp Salbutamol

Cho thở Oxygen qua mặt nạ 8 Lít/phút

Lập đường truyền tĩnh mạch giữ vein (6 giọt/ phút)

Monitor theo dõi M, HA, SpO_2, tim thai, gò tử cung

PHỤ LỤC 2
THUỐC GIẢM CO: NIFEDIPINE - ỨC CHẾ CALCI

Dạng 10mg viên nang và dạng 20mg viên nén (tác dụng phóng thích chậm)

1. Chống chỉ định

Suy tim, shock tim

Nhịp tim chậm, block nhĩ-thất, rối loạn chức năng nút xoang

Đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim

Hẹp van động mạch chủ

Cao huyết áp

Dị ứng với Nifedipine hoặc các thành phần của thuốc

2. Tác dụng phụ

Tụt huyết áp (có thể xảy ra khi sử dụng Nifedipine, hoặc phối hợp các thuốc hạáp khác đặc biệt là beta- blocker, hoặc khi phối hợp gây mê Fentanyl liều cao)

Nhức đầu

Đỏ bừng mặt

Đổ mồ hôi lòng bàn tay

Phù ngoại biên (ví dụ: phù mắt cá chân)

Phù phổi cấp

3. Thận trọng

Suy gan → giảm liều

Hiếm trường hợp tăng Alkaline Phosphatase, CPK, LDH, SGOT, SGPT, thường thoáng qua

4. Tương tác thuốc

Các thuốc hạ áp → tăng nguy cơ tụt huyết áp

Magnesium sulfate → tăng nguy cơ tụt huyết áp

Ketoconazole, Fluconazole, Itraconazole

Clarithromycin, Erythromycin, Azithromycin

Nefazodone, Fluoxetine, Saquinavir, Indinavir, Nelfinavir, và Ritonavir → theo dõi huyết áp sát, cân nhắc giảm liều khi cần thiết

Rifampine, Rifabutin, Phenobarbital, Phenytoin, Carbamazepine → giảm hiệu quả của Nifedipine

5. Liều dùng

Liều tấn công: Nifedipine 10 mg, đặt dưới lưỡi (bệnh nhân ngậm cho tan dần).

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 Nifedipine (viên nén) tác dụng chậm 20mg, uống 1 viên, 8 giờ một lần. Duy trì không quá 72 giờ. Khi quá 72 giờ vẫn chưa đạt hiệu quả, cần đánh giá lại.

6. Theo dõi

Giai đoạn tấn công:

- Đo mạch, huyết áp, SpO_2, đo ECG trước dùng thuốc
- Đo mạch, huyết áp, SpO_2 trước khi ngậm liều Nifedipine kế tiếp
- Đo mạch, huyết áp, SpO_2 và đánh giá tim thai, cơn gò tử cung với monitor trong 2 giờ đầu từ khi bắt đầu dùng Nifedipine

Giai đoạn duy trì

- Đo mạch, huyết áp, SpO_2 trước khi uống viên nén Nifedipine 20mg
- Đánh giá tim thai, cơn gò tử cung với monitor mỗi 8 giờ trong 20 phút

Lưu ý:

Khi ghi nhận một hay nhiều dấu hiệu sau:

- Huyết áp ≤ 90/60mmHg
- Mạch ≥ 120 lần/phút
- SpO_2 < 90%
- Bệnh nhân khó thở hoặc đau ngực (lưu ý nguy cơ phù phổi cấp), hoặc nhồi máu cơ tim, đau thắt ngực

Thực hiện:

- Ngưng không dùng tiếp Nifedipine
- Cho thở Oxygen qua mặt nạ 8 Lít/phút
- Lập đường truyền tĩnh mạch giữ vein
- Monitor theo dõi M, HA, SpO_2
- Monitor theo dõi tim thai, gò tử cung

PHỤ LỤC 3
THUỐC ĐỐI KHÁNG THỤ THỂ OXYTOCIN: ATOSIBAN (TRACTOCILE)

1. Chống chỉ định

Thai <24 tuần hoặc ≥ 34 tuần
Vỡ ối non/ thai >30 tuần
Nhiễm trùng ối
Nhịp tim thai bất thường
Tiền sản giật, sản giật
Thai lưu
Nhau tiền đạo ra huyết nhiều
Nhau bong non
Các chỉ định chấm dứt thai kỳ về phía mẹ và thai
Dị ứng với Atosiban hoặc bất cứ thành phần nào của thuốc

2. Tác dụng phụ

Buồn nôn, nôn
Nhức đầu, chóng mặt, bừng nóng
Nhịp tim nhanh
Huyết áp hạ
Đường huyết cao
Phản ứng tại chỗ tiêm: ngứa và nổi ban
Sốt
Mất ngủ
*(*Phù phổi cấp ghi nhận xảy ra 2 trường hợp/1260 trường hợp dùng Atosiban. Hai trường hợp này trước đó đã dùng Betamimetics chuyển sang Atosiban)*

3. Thận trọng

Nghi ngờ rỉ ối
Rối loạn chức năng gan, thận
Đa thai
Thai từ 24 tuần - 27 tuần
Lưu ý: khả năng sinh trong thời gian gần, có thể giảm khả năng co hồi tử cung, gây tăng khả năng mất máu sau sinh

4. Tương tác thuốc

Chưa có nghiên cứu nào thực hiện với kháng sinh, các alkaloid và thuốc điều trị cao huyết áp.

Chưa đủ chứng cứ ghi nhận tương tác liên quan về lâm sàng giữa Tractocile và Betamethasone.

Khi Tractocile và Labetalol dùng đồng thời, nồng độ cao nhất trong huyết tương (Cmax) của Labetalol giảm 36% và thời gian để đạt được nồng độ cao nhất trong huyết tương (Tmax) tăng 45phút. Tuy nhiên, sự tương tác không có liên quan về lâm sàng. Labetalol không tác dụng lên dược động học của Tractocile

Không dùng chung đường truyền tĩnh mạch Atosiban với các thuốc khác

Cẩn thận khi dùng Atosiban ngay sau Betamimetics

5. Liều dùng

Tiêm tĩnh mạch chậm liều khởi đầu 6,75mg trong 0,9ml trong một phút. Pha 5ml (7,5mg/ml) với một trong các dung dịch sau: Natriclorua 0,9%, hoặc dung dịch Lactate Ringer hoặc dung dịch glucose 5%.

Truyền bơm tiêm điện 24ml/giờ (tương đương là 18mg/giờ) trong 3 giờ.

Sau 3 giờ, giảm tốc độ truyền bơm tiêm điện 8ml/giờ (tương đương 6mg /giờ) cho đến khi hết cơn gò tử cung hoặc 45 giờ (xem xét khả năng thất bại).

6. Theo dõi

Giai đoạn tấn công:

Đo mạch, huyết áp, SpO_2, đo ECG trước dùng thuốc

Đo mạch, huyết áp, SpO_2 sau liều tấn công

Đo mạch, huyết áp, SpO_2 và đánh giá tim thai, cơn gò tử cung với monitor trong 2 giờ đầu

Giai đoạn duy trì:

Đo mạch, huyết áp, SpO_2 và đánh giá tim thai, cơn gò tử cung với monitor sau liều tấn công 3 giờ

Đo mạch, huyết áp, SpO_2 mỗi 6 giờ sau đó

Ngưng thuốc ngay và báo bác sĩ gấp khi:

Huyết áp ≤ 90/60mmHg

Mạch ≥ 120 lần/phút
Bệnh nhân khó thở hoặc đau ngực cần lưu ý nguy cơ phù phổi cấp, hoặc nhồi máu cơ tim hoặc cơn đau thắt ngực
Trong lúc chờ đợi bác sĩ đến, thực hiện:
Cho sản phụ nằm nghiêng + thở Oxy 8L/p
Nghe tim thai và đếm trong 1 phút

PHỤ LỤC 4
MAGNESIUM SULFATE 15% ỐNG 10 ML

Thuốc này được cho là ảnh hưởng đến hoạt động của canxi trong co cơ tử cung bằng ức chế cạnh tranh

1. Chỉ định

$MgSO_4$ được chỉ định trường hợp thai ≤ 32 tuần, liên quan đến bảo vệ hệ thần kinh thai:
Chuyển dạ giai đoạn hoạt động với CTC≥ 4cm, thuốc giảm co không hiệu quả hoặc có chống chỉ định với thuốc giảm co.
Tiên lượng sinh trong vòng 24 giờ (nếu cuộc sinh là chủ động, sử dụng $MgSO_4$ trước sinh 4 giờ)

2. Chống chỉ định

Nghẽn dẫn truyền nhĩ – thất (Block A-V)
Nhồi máu cơ tim
Suy thận (Thể tích nước tiểu < 30cc/ giờ; Creatinine >1.0)
Nhược cơ thể nặng

3. Liều dùng – Cách dùng

Liều đầu: 4gr, pha loãng tiêm mạch chậm hay truyền tĩnh mạch trong 30 phút.
Liều duy trì: mỗi 1g/giờ cho đến lúc sinh hoặc tối đa 24 giờ nếu không vào chuyển dạ
Ngưng thuốc giảm co khác khi sử dụng Magnesium Sulfate
Theo dõi tác dụng phụ, các triệu chứng ngộ độc và sử dụng Calci gluconate chống ngộ độc như trong ngừa co giật.

4. Tương tác

Trong trường hợp hiếm hoi, các triệu chứng của ngộ độc Magnesium Sulfate (mất phản xạ gân xương, nhịp thở < 12 lần/phút, ngưng tim) xảy ra trong khi điều trị Magnesium sulphate.

Xử trí: Ngưng Magnesium Sulfate. Dùng Calci gluconat (đối vận) 10% ống 10 ml (1gram) tiêm mạch thật chậm.

5. Tác dụng phụ

Tác dụng phụ thường gặp của thuốc này bao gồm:

Yếu cơ và cảm giác mệt

Nhìn mờ

Nhức đầu

Buồn nôn và nôn

Nóng phừng mặt

Nghẹt mũi

Với thai nhi: có thể là giảm dao động nội tại (variability), giảm nhịp tim cơ bản

6. Theo dõi

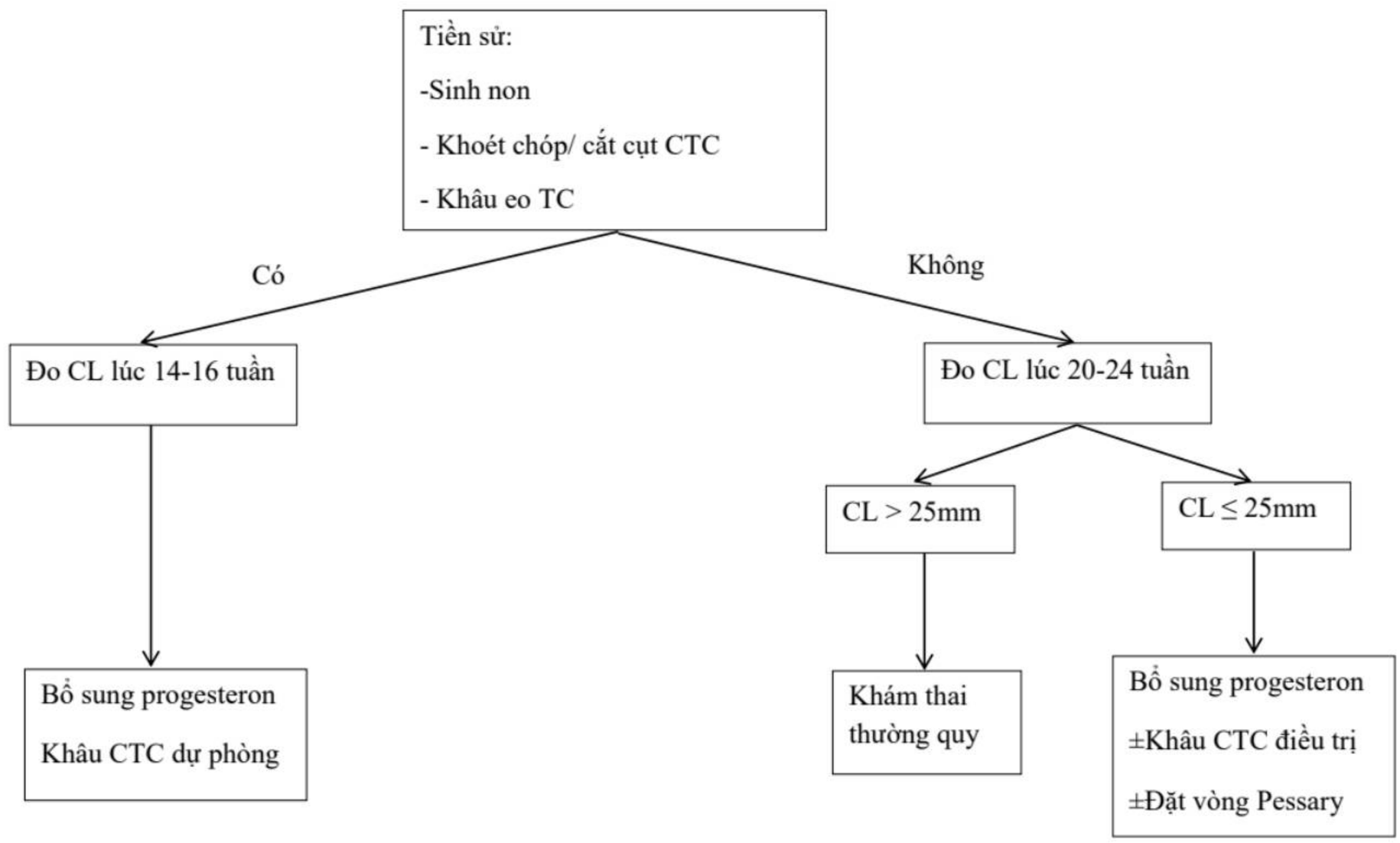
Do Magnesium Sulfate thải qua thận, nên việc theo dõi nước tiểu là hết sức quan trọng.

Khi có ngộ độc Magnesium Sulfate, lâm sàng biểu hiện đầu tiên là mất phản xạ gân xương (thường thực hiện ở đầu gối, phản xạ gân xương bánh chè). Nếu mất phản xạ, thực hiện ngay các biện pháp chống ngộ độc.

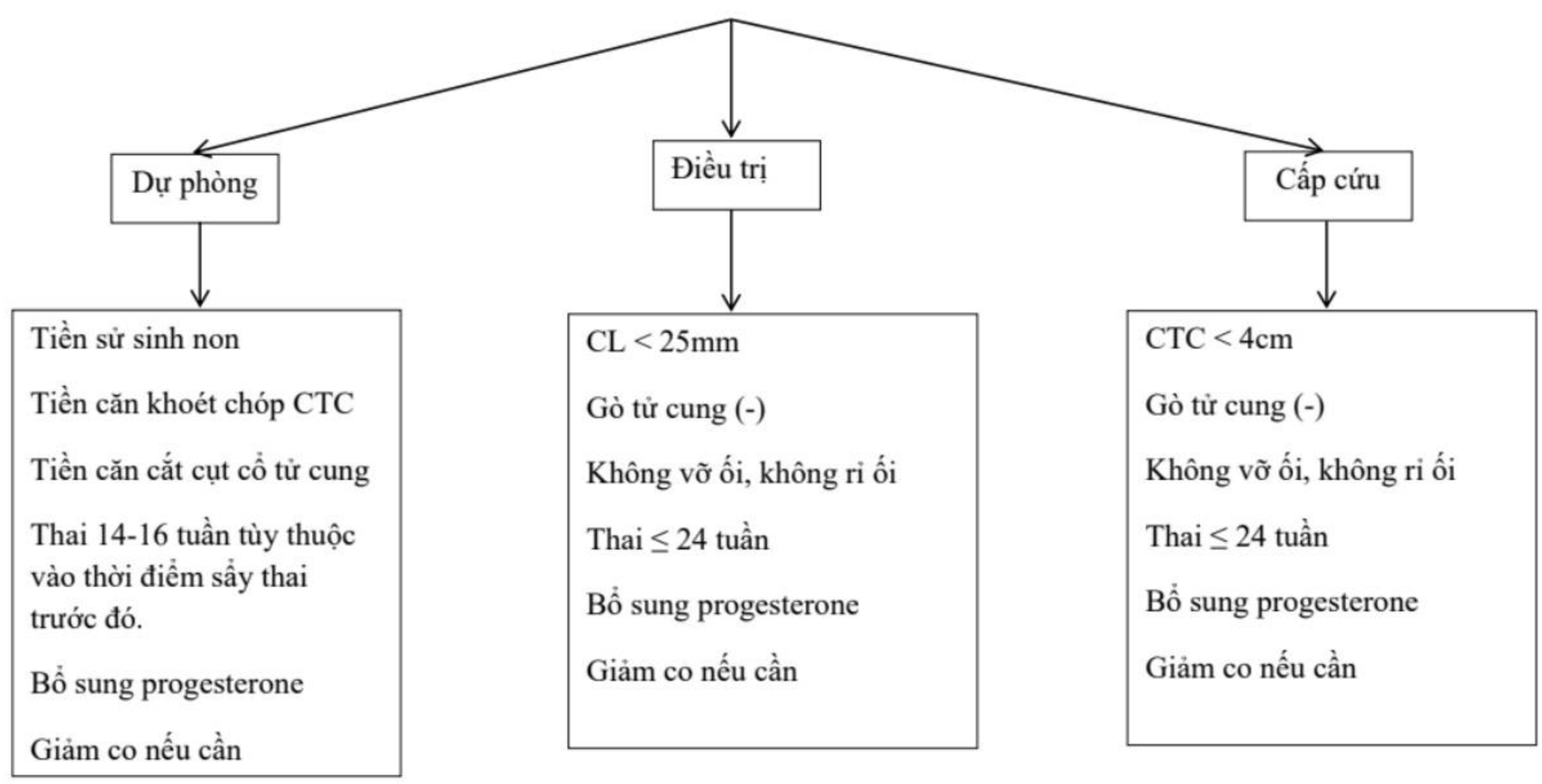
TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn lâm sàng dự phòng và điều trị sinh non, 2016. Hội Phụ Sản Việt Nam.
2. Antenatal Corticosteroids to Reduce Neonatal Morbidity and Mortality. RCOG Green-top Guideline No. 7, October 2010.
3. Antenatal Magnesium Sulphate Prior to Preterm Birth for Neuroprotection of the Fetus. Infant and Child Australian Research Centre for Health of Women and Babies, The University of Adelaide 2010.
4. E.R. Norwitz, M. Belfort, G.R Saade and H. Miller, 2010. Obtertric Clinical Algorithms: Management and Evidence.
5. Magnesium Sulphate for Fetal Neuroprotection. SOGC Clinical Practice Guideline No.258, May 2011.
6. Managenment of Preterm Labor. ACOG Practice Bulletin No. 127, June 2012
7. Prediction and Prevention of Preterm Birth. ACOG Practice Bulletin No. 130, October 2012.
8. Tocolysis for Women in Preterm Labor. RCOG Green-top Guideline No. 1(B) February 2011.
9. Ultrasonographic Cervical Length Assessment in Predicting Preterm Birth in Singleton Pregnancies. SOGC Clinical practic guideline No. 257, May 2011.
10. WHO recommendations on intervensions to improve preterm birth outcomes. 2015.

DỰ PHÒNG SINH NON

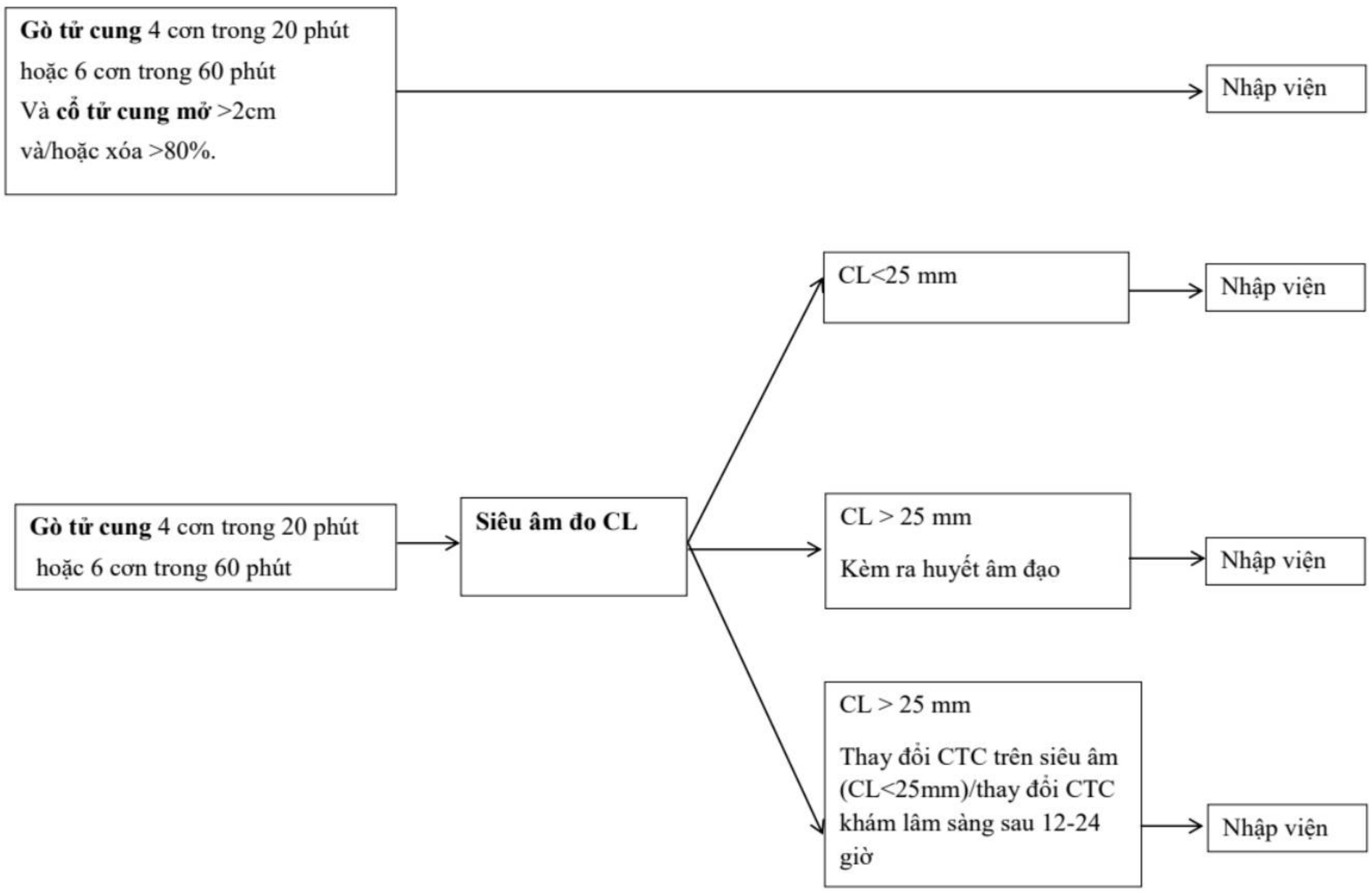


KHÂU EO TỬ CUNG

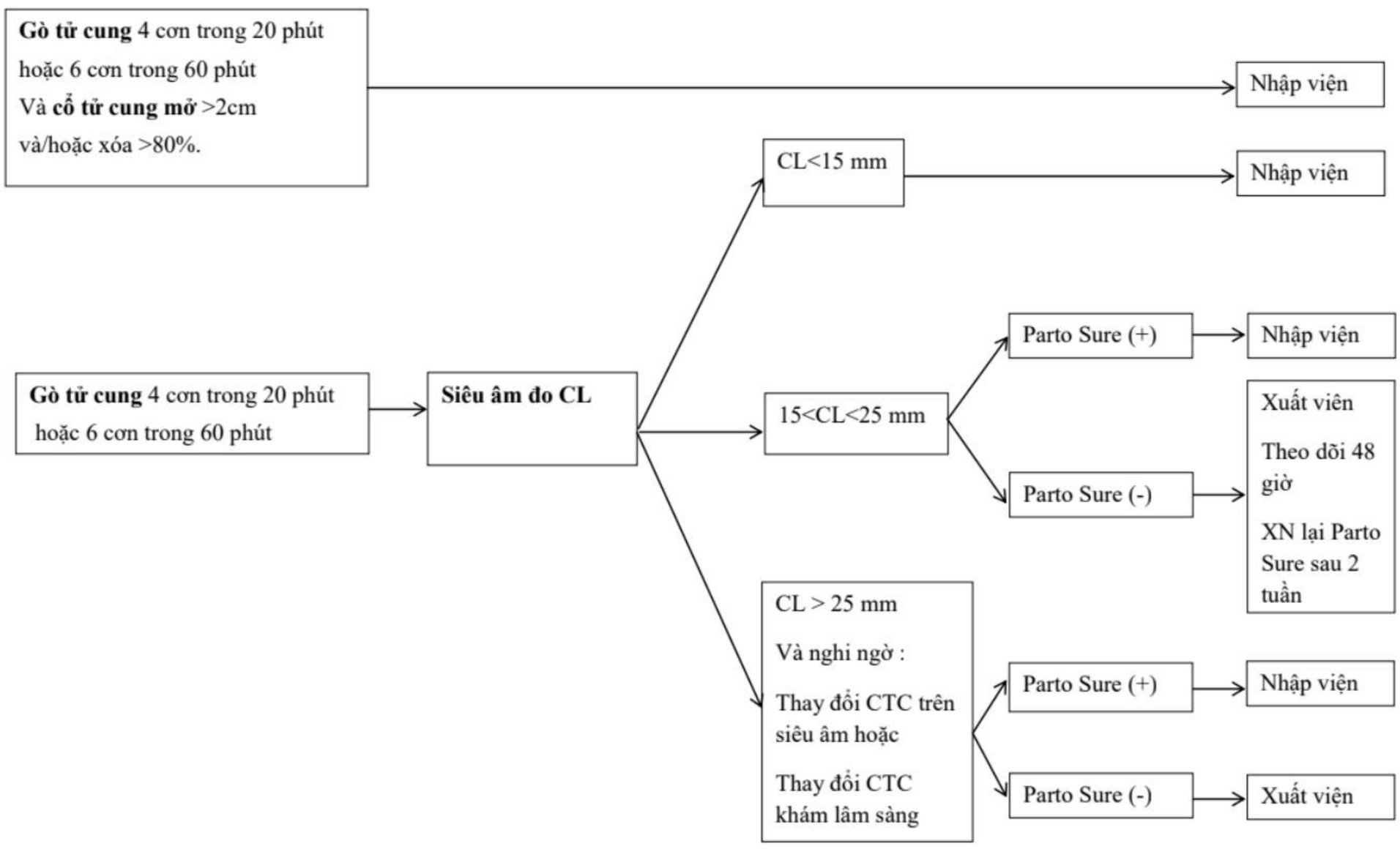


Ghi chú: cần cân nhắc tư vấn các nguy cơ khâu eo tử cung, ký đồng thuận và hội chẩn ban chủ nhiệm khoa hoặc Bs thường trú đối với các trường hợp: thai 24-28 tuần, ối phồng, đa thai

TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN (CL)



TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN (CL và Parto Sure)



39 ĐẺ KHÓ DO KẸT VAI

I. GIỚI THIỆU

1.1. Mở đầu

Đẻ khó do kẹt vai là một trong những biến chứng sản khoa đáng sợ và bi thảm nhất. Đây là tình trạng sổ thai bị ngưng trệ do vai trước của thai nhi bị nêm chặt dưới xương mu. Nguyên tắc xử trí kẹt vai là (1) nhận biết được ngay, (2) dùng các thủ thuật đặc biệt để sanh vai bị kẹt, (3) tránh dùng lực quá mức, và (4) tất cả phải được thực hiện trong một khoảng thời gian ngắn. Tỉ lệ đẻ khó do kẹt vai khoảng 0.2 – 1.5%.

1.2. Biến chứng cho mẹ và con

Đối với mẹ:

- Tổn thương phức tạp âm đạo, tầng sinh môn.
- Rách cổ tử cung.
- Đờ tử cung do chuyển dạ kéo dài.

Đối với con:

- Tổn thương đám rối cánh tay.
- Ngạt, tử vong.
- Gãy xương đòn.
- Gãy và trật khớp xương cánh tay.

1.3. Yếu tố nguy cơ

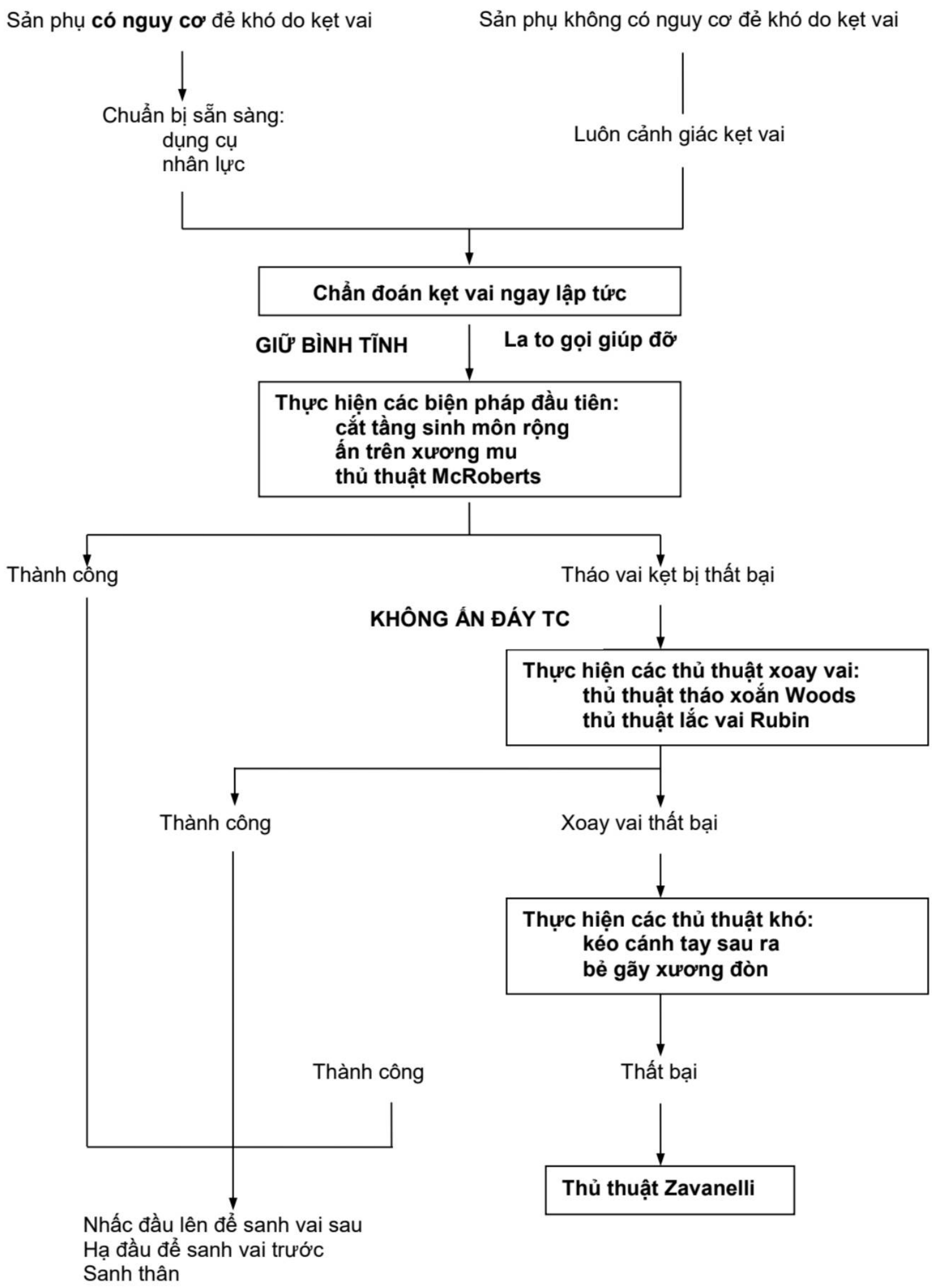
Có một số yếu tố nguy cơ của kẹt vai có thể nhận biết được trước hoặc trong chuyển dạ. Tuy nhiên các yếu tố này rất thường gặp, nên cũng không hữu ích lắm trên lâm sàng.

Trước chuyển dạ	Trong chuyển dạ
Thai to Mẹ béo phì Tiểu đường Thai quá ngày Thai có giới tính nam Mẹ lớn tuổi Tăng cân quá nhiều trong thai kỳ Tiền sử đẻ khó do kẹt vai Khung chậu dẹt, hoặc hẹp Tiền sử thai to	Chuyển dạ giai đoạn 1 bất thường: - Kéo dài - Ngưng trệ Chuyển dạ giai đoạn 2 kéo dài: - Tăng co với oxytocin - Forcep trung bình, giác hút trung bình

II. XỬ TRÍ ĐẺ KHÓ DO KẸT VAI

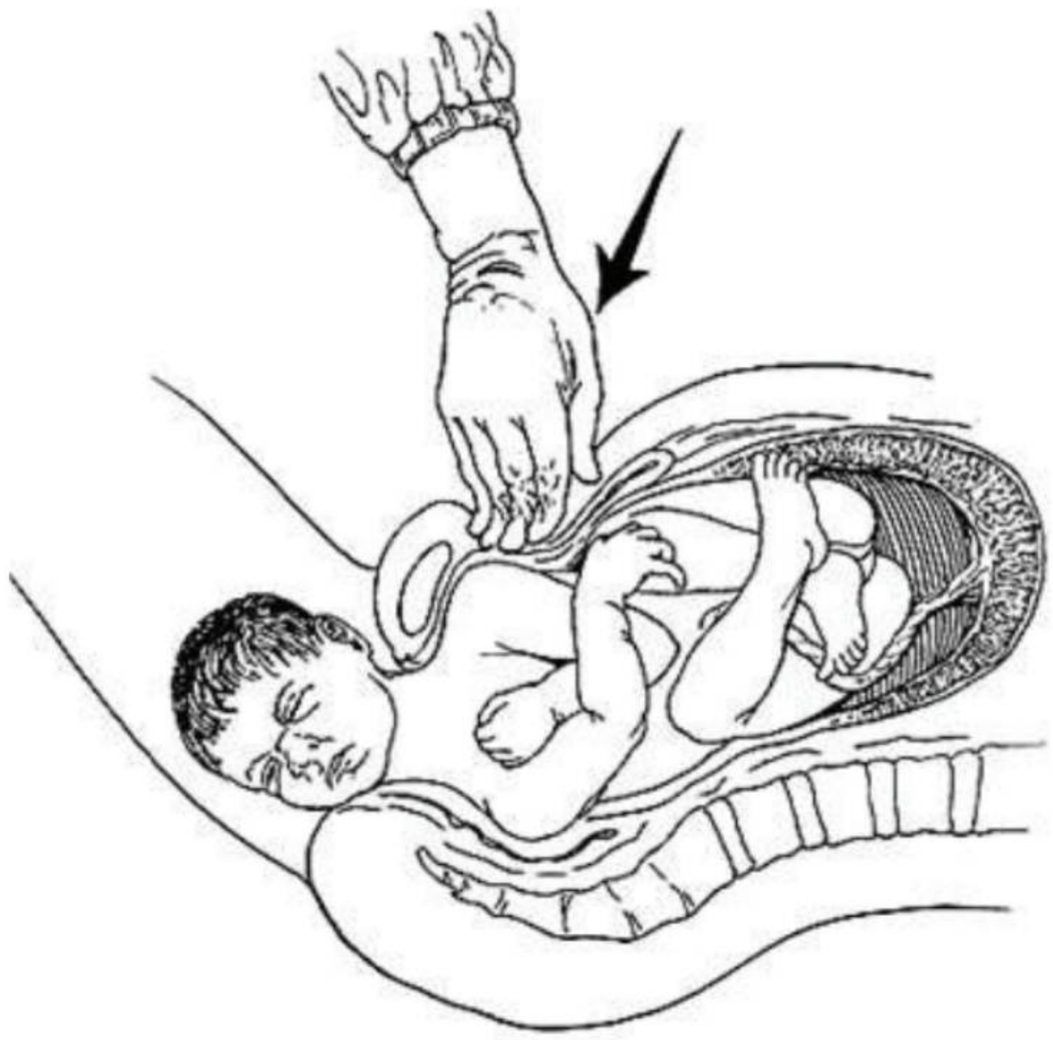
Kẹt vai có thể xảy ra bất ngờ và không thể dự báo trước chính xác, do đó người thực hiện đỡ sanh phải được huấn luyện tốt để sẵn sàng đối phó với cấp cứu sản khoa này.

Xử trí kẹt vai bao gồm một loạt các hành động phải được thực hiện chính xác, phối hợp nhịp nhàng trong khoảng thời gian ngắn.


Sản phụ có nguy cơ đẻ khó do kẹt vai
Sản phụ không có nguy cơ đẻ khó do kẹt vai
Chuẩn bị sẵn sàng:
dụng cụ
nhân lực
Luôn cảnh giác kẹt vai
Chẩn đoán kẹt vai ngay lập tức
GIỮ BÌNH TĨNH
La to gọi giúp đỡ
Thực hiện các biện pháp đầu tiên:
cắt tầng sinh môn rộng
ấn trên xương mu
thủ thuật McRoberts
Thành công
Tháo vai kẹt bị thất bại
KHÔNG ẤN ĐÁY TC
Thực hiện các thủ thuật xoay vai:
thủ thuật tháo xoắn Woods
thủ thuật lắc vai Rubin
Thành công
Xoay vai thất bại
Thực hiện các thủ thuật khó:
kéo cánh tay sau ra
bẻ gãy xương đòn
Thành công
Thất bại
Thủ thuật Zavanelli
Nhấc đầu lên để sanh vai sau
Hạ đầu để sanh vai trước
Sanh thân

III. MÔ TẢ CÁC THỦ THUẬT

Ấn trên xương mu



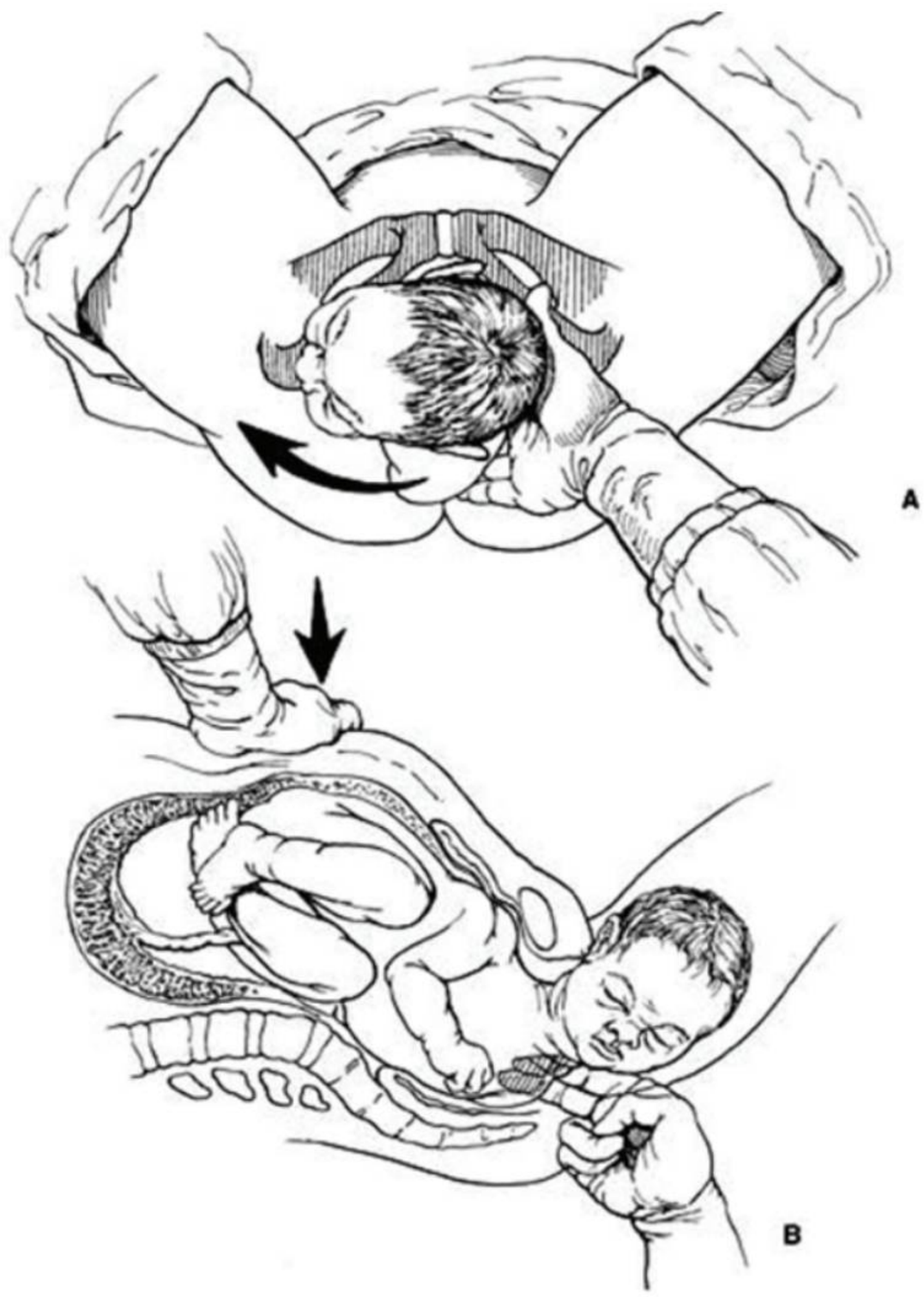
Người phụ đỡ sanh ấn trên xương mu để giải phóng vai kẹt. Lực ấn có hướng chếch 45° so với phương thẳng đứng. Vai thai nhi được đẩy xuống và sang bên về phía ngực.

Thủ thuật McRoberts

Thủ thuật McRoberts được coi là thủ thuật đầu tay để xử lý những trường hợp đẻ khó do kẹt vai. Hai chân của sản phụ được gấp tối đa lên bụng, tương tự như tư thế gối ngực. Tư thế này làm thẳng xương cùng so với đốt sống thắt lưng và do đó làm xoay khớp mu hướng về phía đầu, làm giảm góc nghiêng từ 25-10°.

Thủ thuật này không làm thay đổi các đường kính thật sự của khung chậu nhưng làm xoay xương mu lên trên và nhờ đó giải phóng được vai trước bị kẹt. Thủ thuật này giúp làm giảm lực kéo trên vai, giảm lực căng trên đám rối cánh tay và làm giảm tỉ lệ gãy xương đòn.

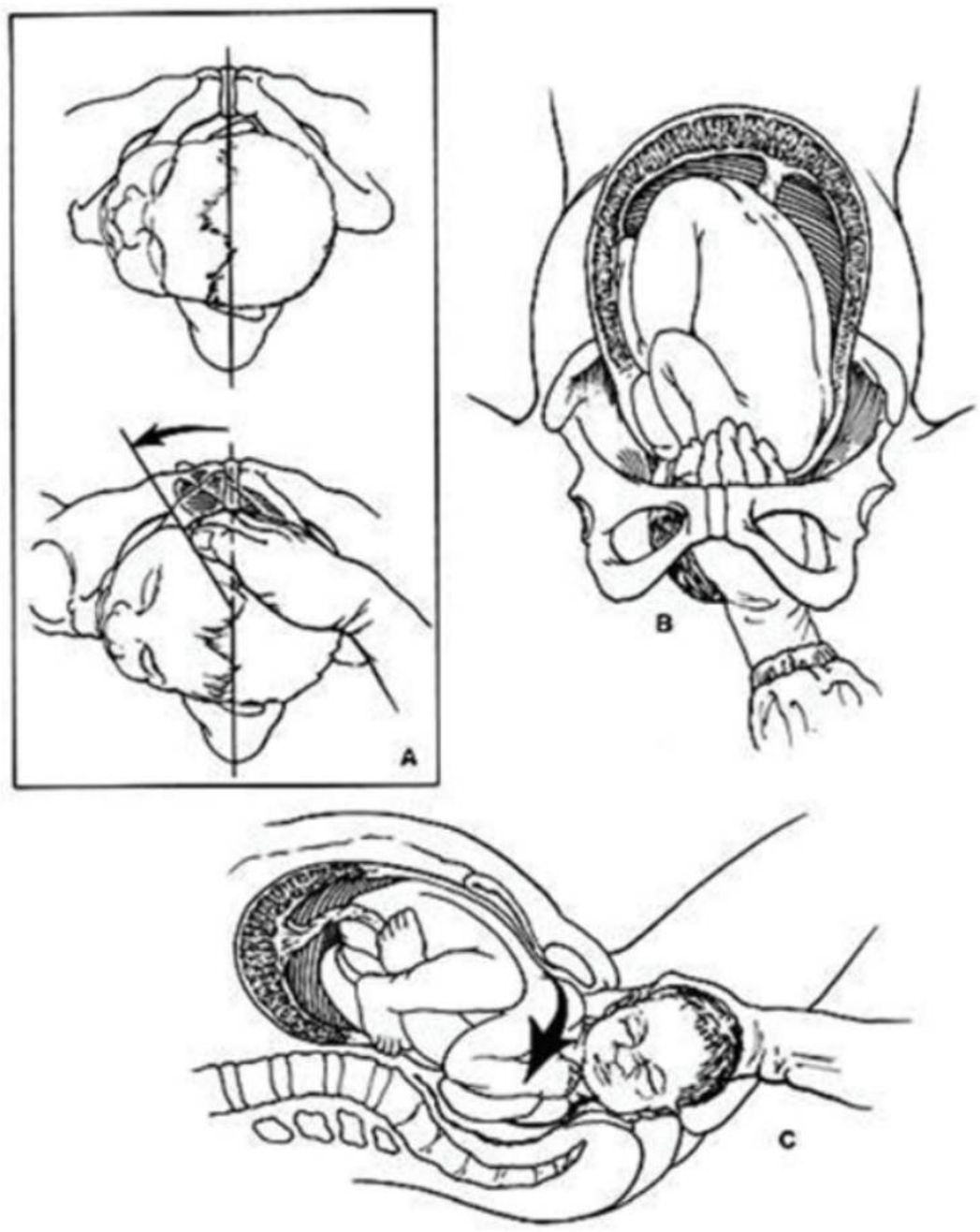
Thủ thuật Woods



Woods đã mô tả một kỹ thuật giúp giải phóng vai bị kẹt dựa trên một định luật vật lý nổi tiếng được áp dụng cho ốc vít. "Ốc vít có một mặt phẳng nghiêng hình xoắn ốc liên tục khớp vào những đường rãnh thích hợp. Khi muốn tháo ốc vít những đường rãnh này sẽ tạo ra kháng lực lớn nhất nếu ta kéo thẳng trực tiếp. Do đó kéo thẳng trực tiếp để tháo ốc vít là cách tháo khó nhất." Áp dụng định luật này trên thực tế, thai nhi được xem như cái ốc vít, trong đó vai trước và vai sau sẽ đi qua ba đường rãnh tạo bởi khớp mu, mỏm nhô xương cùng và xương cụt.

Trong thủ thuật Woods kinh điển dành cho kiểu thế chẩm phải, bàn tay trái ấn ở mông của thai nhi qua thành bụng của mẹ và đẩy mạnh xuống dưới, cùng lúc đó, hai ngón tay của bàn tay phải đặt ở phía trước của vai sau và đẩy hướng lên trên cùng chiều kim đồng hồ theo chu vi của vòng tròn tạo bởi tầng sinh môn tới ngang mức hoặc qua vị trí 12 giờ. Thủ thuật này để sổ vai sau. Lực đẩy trên mông thai nhi nên do chính người làm thủ thuật đẩy chứ không phải do người phụ đẩy, mục đích là kết hợp đồng thời lực của hai tay để tháo xoắn "con ốc thai nhi". Hình trên mô tả thủ thuật Woods cải tiến với lực đẩy đặt ở phía sau của vai.

Thủ thuật Woods

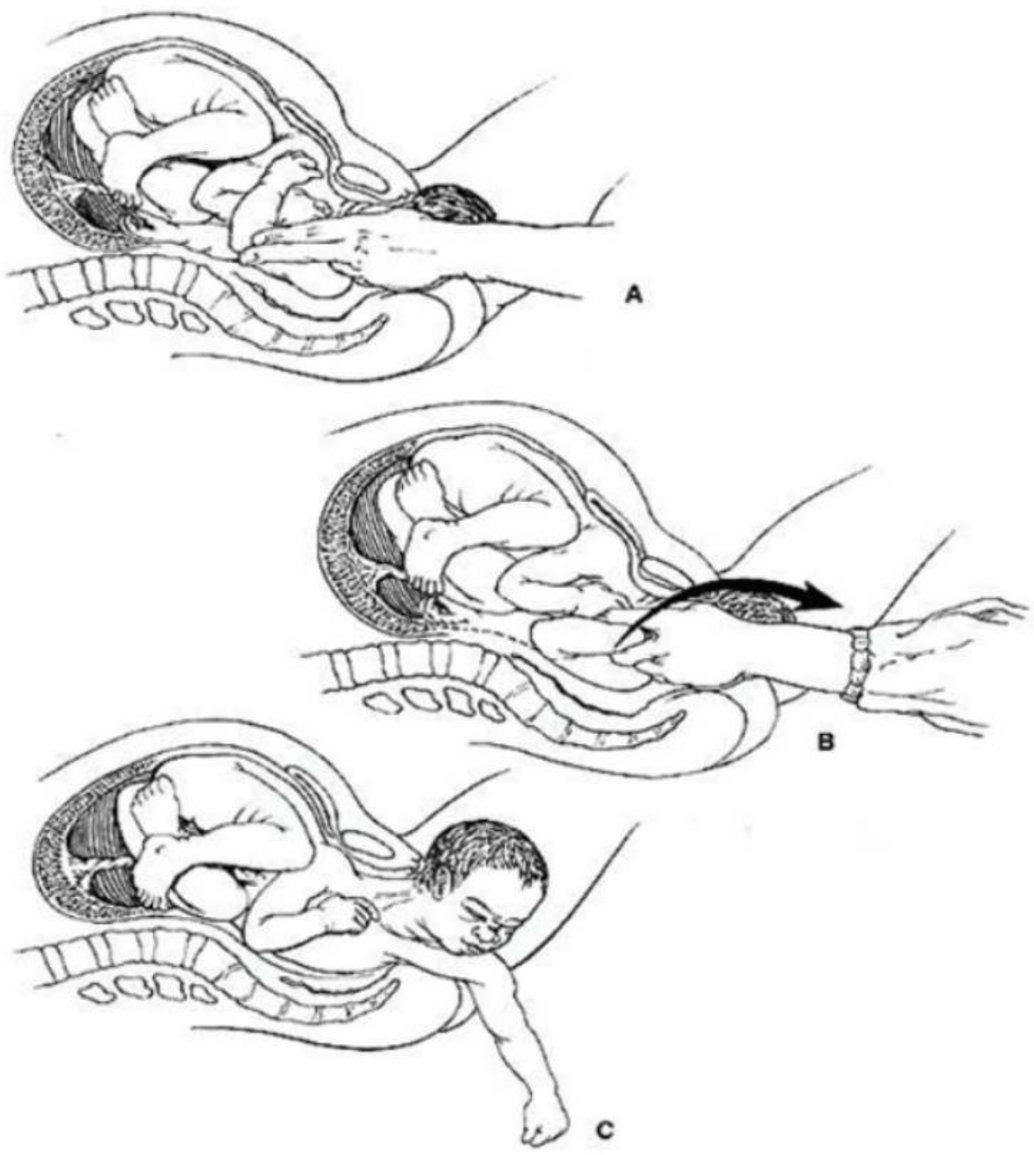


Rubin phê bình thủ thuật Woods kinh điển làm dạng vai sau ra do thủ thuật viên đặt những ngón tay ở phía trước vai sau và đẩy vai hướng về phía lưng thai nhi. Điều này sẽ làm đường kính ngang vai lớn hơn so với khi ta xoay vai lại. Rubin mô tả hai thủ thuật để xử lý đẻ khó do kẹt vai.

- Thủ thuật thứ nhất: lắc vai thai nhi qua đường bụng để làm trượt vai trước ra khỏi chỗ kẹt và cho phép vai tìm đường kính thuận lợi hơn để đi qua khung chậu và xuống.
- Thủ thuật thứ hai: qua đường âm đạo, dùng tay khép vai nào có thể sờ được gần nhất lại để làm giảm chu vi và đường kính ngang vai lại.

Hình A, B minh họa vai gần nhất được gấp lại nhằm làm giảm chu vi và đường kính ngang vai. Trong Hình C, vai trước được gấp bằng cách ép ngược chiều kim đồng hồ trong kiểu thế chẩm chậu trái trước.

Thủ thuật kéo tay sau



Nếu đến lúc này mà vẫn chưa sổ được vai và nếu gây tê tại chỗ vẫn chưa hiệu quả thì nên gây mê toàn thân để làm những thủ thuật tiếp theo. Thủ thuật kéo cánh tay sau ra gây tổn thương cho thai nhiều hơn, nhưng đây là thủ thuật duy nhất để giải quyết kẹt vai khi các thủ thuật khác đã thất bại. Do đó, cần phải thông thạo thủ thuật này.

- Đưa tay nhẹ nhàng vào dọc theo đường cong xương cùng. Nếu lưng thai quay về bên phải của mẹ thì đưa bàn tay phải của thủ thuật viên vào, và ngược lại.
- Ngón tay của thủ thuật viên đi dọc theo xương cánh tay của thai nhi rồi ấn vào hố khuỷu để gập cẳng tay
- Ngón trỏ của thủ thuật viên sẽ nắm lấy cẳng tay của bé, nhẹ nhàng vuốt lên qua ngực và mặt của bé rồi kéo ra ngoài âm đạo. Sau khi đã kéo cánh tay sau ra thường thì vai trước sẽ dễ dàng trượt ra dưới xương mu. Nếu không, ta có thể sanh vai trước bằng cách kéo xuống và đẩy ở trên bụng.
- Khi thai cực lớn, có khi cần phải xoay vai sau (đã sanh) thành vai trước. Một tay giữ cánh tay sau, tay kia đặt ở sau đầu hoặc ở phía sau vai trước và xoay chuyển vai sau thành vai trước và lại lặp lại thủ thuật kéo cánh tay sau đối với vai sau mới này.

THỬ NGHIỆM ĐÁNH GIÁ SỨC KHỎE THAI

40

GIỚI THIỆU:

Gián tiếp đánh giá tình trạng sức khoẻ của thai nhi qua các thử nghiệm gồm:

1. Theo dõi cử động thai
2. Non-Stress Test (NST)
3. Stress Test:
   3.1 Breast Stimulation Test (BST)
   3.2 Oxytocin Challenger Test (OCT)
4. Biophysical profile
5. Modified biophysical profile

* Chú ý: Tất cả các thử nghiệm trên chỉ gián tiếp đánh giá tình trạng sức khỏe thai nhi. Do đó, kết luận "thai suy" không chỉ dựa vào kết quả các thử nghiệm trên mà còn phải dựa trên nhiều yếu tố khác như tình trạng nước ối (lượng, màu sắc...), các bệnh lý kèm theo của mẹ cũng như là tình trạng nuôi dưỡng thai nhi trong TC (thai chậm phát triển trong TC...).

I. NON-STRESS TEST (XEM PHÁC ĐỒ NST)

II. STRESS TEST

Breast stimulation test (BST)/ Oxytocin challenge test (OCT).

2.1. Chỉ định

- Đánh giá sức khoẻ thai nhi để quyết định phương pháp chấm dứt thai kỳ.

2.2. Tiến hành

2.2.1 Chuẩn bị BN

- Giải thích cho BN hiểu rõ thủ thuật và yêu cầu hợp tác.
- Chuẩn bị máy Fetal Monitor, Microperfusion, dung dịch Oxytocin (5đv/50ml HTN 5%).

2.2.2 Tiến hành

- BN nằm nghiêng trái hoặc tư thế Fowler.
- BN se đầu vú (se đầu vú 1 bên, mỗi đợt # 5 phút, ngưng khi có cơn gò) để đạt được 3 cơn gò/10 phút (làm BST) hay truyền Oxytocin, bắt đầu 1ml/giờ tăng mỗi 10 phút để đạt đủ 3 cơn gò/10 phút (làm OCT).
- Gắn MONITOR ghi tim thai, cử động thai và cơn gò (trong 30-40').

  ** Đo mạch, HA, nhiệt độ khi có bất thường tim thai (như tim thai căn bản nhanh, có nhịp giảm, tim thai dao động nhiều...).*

2.2.3 Đánh giá kết quả OCT

Phải đánh giá các yếu tố sau:

(1) Cơn gò TC: đủ 3 cơn/10 phút? Cơn gò cường tính (tachysystole)? Cơn gò tăng trương lực (hypertonus)?

(2) Nhịp tim thai cơ bản (Baseline Heart Rate).

- Bình thường: 110- 160 nhịp/phút.
- Nhịp nhanh:> 160 nhịp/ phút.
- Nhịp nhanh trầm trọng: > 180 nhịp/ phút ,gặp trong:
  - ✔ Thiếu máu.
  - ✔ Sản phụ lo lắng hoặc mất nước.
  - ✔ Nhiễm trùng ở mẹ hoặc thai nhi.
  - ✔ Thai nhi bị rối loạn nhịp hoặc bị giảm thể tích tuần hoàn.
  - ✔ Do thuốc.
  - ✔ Hội chứng TMC dưới.

Nhịp nhanh trầm trọng cảnh báo thai nhi bắt đầu ở trạng thái bị đe doạ nhưng chưa có biểu hiện trực tiếp của suy thai.

- Nhịp chậm: < 110 nhịp/ phút.
- Nhịp chậm trầm trọng: < 80 nhịp/phút, gặp trong:
  - ✔ Thiếu Oxy.
  - ✔ Phản xạ.
  - ✔ BN hạ thân nhiệt hay chậm nhịp tim (Bradyarrhythmias).
  - ✔ Do thuốc.

* Nhịp chậm trầm trọng là biểu hiện của tình trạng suy thai tiến triển (cần phân biệt với bệnh lý dẫn truyền thường kèm với mất dao động nội tại).

(3) Dao động nội tại (Variability): phản ánh sự lành mạnh của hành não. Tuy nhiên, ít có giá trị khi được ghi nhận ở CTG đo ngoài (external CTG).

- Bình thường: 5-8 nhịp/phút
- Tăng: > 15 nhịp/phút
- Gặp trong các đáp ứng ban đầu của thai nhi với tình trạng thiếu Oxygen (ít có ý nghĩa thực tế).
- Giảm: <5 nhịp/phút (nếu <3 nhịp/phút: tim thai phẳng), gặp trong:
  - ✔ Thai ngủ
  - ✔ BN dùng thuốc an thần
  - ✔ Thai non tháng
  - ✔ Thai thiếu oxygen trầm trọng
- Nhịp hình sin (sinusoidal pattern): chu kỳ 2-5', dao động 5-15 nhịp/phút, không có phản ứng nhịp tim thai. (Dấu hiệu tiên lượng xấu, thường gặp trong: thiếu máu thai nhi, bất đồng nhóm máu Rh, tăng nguyên hồng cầu thai nhi. Thực tế ít gặp).

(4) Nhịp tăng (Acceleration)

- Tim thai tăng ≥ 15 nhịp/phút và kéo dài ≥ 15 giây.
- Chứng tỏ thai nhi còn đáp ứng (reactive).

(5) Nhịp giảm (Deceleration)

- Nhịp giảm sớm (Early Deceleration)

- Nhịp giảm khi bắt đầu có cơn gò, nhịp giảm xuống thấp nhất khi cơn gò đạt cường độ cao nhất và trở về bình thường ngay khi cơn gò vừa hết.
- Xảy ra do chèn ép đầu thai nhi trong cơn gò.

• Nhịp giảm muộn (Late Deceleration)
- Nhịp giảm xuống đến mức thấp nhất chậm hơn đỉnh cơn gò ≥ 15 giây.
- Xảy ra do giảm lưu lượng máu TC-nhau thai:
  Nhau bong non
  BN tụt HA
  Cơn gò cường tính
- Xảy ra do bệnh lý bánh nhau:
  Tiểu đường
  Cao HA thai kỳ
  Bệnh lý thận
- Xảy ra khi thai suy:
  Thai chậm tăng trưởng trong TC
  Non tháng
  Bất đồng nhóm máu Rhesus hay Hội chứng truyền máu trong song thai

• Nhịp giảm bất định (Variable Deceleration)
- Nhịp giảm không có hình dạng nhất định và không liên quan rõ ràng đến cơn gò TC.
- Xảy ra do tăng trương lực cuống rốn (type 1-2) hay chèp ép rốn (type 3-4). Type 4 biểu hiện tình trạng chèn ép cuống rốn với tuần hoàn cuống rốn bị đe doạ nghiêm trọng với các biểu hiện của tình trạng suy thai.

• Nhịp giảm kéo dài (Prolonged Deceleration)
- Nhịp tim thai giảm ≥ 30 nhịp/phút và kéo dài ≥ 3 phút
- Xảy ra do giảm lưu lượng máu TC - nhau làm giảm trao đổi oxygen nhau thai.

2.2.4 Kết quả Stress Test

Kết quả BST/ OCT được đánh giá dựa vào tất cả các yếu tố trên:
- BST/OCT (+): nhịp giảm muộn xảy ra sau ≥ 50% cơn gò
- BST/OCT (-): không có nhịp giảm

- BST/OCT nghi ngờ:
  + Có nhịp giảm muộn xảy ra < 50% cơn gò
  + Có nhịp giảm bất định

2.2.5 Giá trị Stress Test

- BST/OCT (+): thai nhi không chịu đựng được sanh ngã ÂĐ → mổ lấy thai.
- BST/OCT (-): thai nhi chịu đựng được sanh ngã ÂĐ → khởi phát chuyển dạ.
- BST/OCT nghi ngờ: nên cân nhắc giữa khảo sát màu sắc nước ối (chọc ối/ soi ối) hay làm lại thử nghiệm đánh giá sức khoẻ thai sau đó.
  + Nước ối vàng/xanh sệt → mổ lấy thai.
  + Không có bằng chứng suy thai rõ ràng qua màu sắc nước ối → làm lại test .

III. TRẮC ĐỒ SINH VẬT LÝ BPP (MANNING)

3.1. Chỉ định

Thực hiện quan sát đo lường đánh giá tổng thể tình trạng thai nhi, thay đổi cử động thai là một biểu hiện thường gặp khi thai nhi bị đe doạ.

3.2. Tiêu chuẩn đánh giá

Bao gồm 4 thông số siêu âm và có hay không kèm theo NST:

Cử động hô hấp	Có ít nhất 1 đợt cử động kéo dài hơn 30 giây trong vòng 30 phút
Cử động thai nhi	Có ít nhất 3 cử động của thân hoặc chi trong vòng 30 phút
Trương lực	Có hoạt động co duỗi của chi hoặc thân người hoặc nắm mở bàn tay
Thể tích nước ối	Bình thường
NST	Thực hiện thêm nếu 1 trong 4 kết quả trên bất thường

3.3. Kết quả

Mỗi thông số siêu âm hiện diện là 2 điểm, không hiện diện là 0 điểm.

Nếu thực hiện NST bình thường là 2 điểm.

10/10 hoặc 8/8 (không thực hiện NST) 8/10 (lượng ối bình thường)	Bình thường
8/10 (lượng ối bất thường)	Cần xác định sự nguyên vẹn của màng ối và chức năng thận thai nhi, nếu bình thường sinh ở thai đủ tháng Thai < 34 tuần cần theo dõi sát
6/10 (lượng ối bình thường)	Làm lại test trong 24 giờ
6/10 (lượng ối bất thường)	Sinh ở thai đủ tháng Thai < 34 tuần theo dõi sát
≤ 4/10	Chấm dứt thai kỳ

Kết quả BPP thường có liên quan đến tình trạng toan hoá máu, đến bệnh suất, tử suất chu sinh và tổn thương não thai nhi (Manning đã sử dụng trong tiên lượng bại não).

IV. TRẮC ĐỒ SINH VẬT LÝ CẢI BIÊN (MBPP)

Trong khoảng cuối tam cá nguyệt thứ hai và tam cá nguyệt thứ ba, lượng nước ối phản ảnh sự sản sinh ra nước tiểu của thai nhi. Rối loạn chức năng nhau thai có lẽ sẽ gây ra tình trạng giảm lượng dịch qua thận thai nhi, điều này dẫn đến hiện tượng thiểu ối.

Do vậy, việc đánh giá thể tích lượng nước ối rất hữu ích để lượng giá chức năng tử cung - nhau. Điều này đưa đến việc hình thành nên trắc đồ sinh vật lý cải biên.

MBPP kết hợp 2 thông số là NST (chỉ điểm tình trạng thai trong thời gian ngắn) và chỉ số ối AFI (chỉ điểm chức năng nhau thai trong thời gian dài)

4.1. Chỉ định

Thực hiện MBPP ở những thai kỳ nguy cơ cao.

4.2 Đánh giá

MBPP bình thường khi NST có đáp ứng và AFI > 5

MBPP bất thường khi NST không đáp ứng và/hoặc chỉ số AFI <5 cần làm BPP để đánh giá toàn diện.

V. SIÊU ÂM DOPPLER

Chỉ định: Các trường hợp thai kỳ nguy cơ cao (tiền sản giật, đái tháo đường…) để đánh giá thai chậm tăng trưởng và tiên lượng thai suy. (Tham khảo phác đồ Siêu âm Doppler)

KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ 41

I. GIỚI THIỆU

- Thai quá ngày (≥ 41 tuần).
- Tiền sản giật + thai đủ trưởng thành.
- Tiền sản giật chuyển biến nặng.
- Sản giật + có khả năng sanh ngả âm đạo.
- Bệnh lý của sản phụ cần chấm dứt thai kỳ sớm (tiểu đường, suy tim…).
- Thiểu ối.
- Ối vỡ non, ối vỡ sớm (không khởi phát chuyển dạ bằng phương pháp cơ học).
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung có chỉ định khởi phát chuyển dạ.
- Thai lưu, thai dị dạng hay muốn bỏ thai.

Chống chỉ định:

- Bất xứng đầu chậu rõ.
- Nhau tiền đạo không có khả năng sanh ngả âm đạo.
- Ngôi bất thường.
- Dị dạng tử cung.
- Dị ứng với các thành phần của thuốc (Oxytocin, Misoprostol).

Chống chỉ định tương đối:

- Mổ sanh cũ không có chống chỉ định thử thách sanh ngả âm đạo.
- Đa ối (có thể dẫn lưu ối trước khi khởi phát chuyển dạ), đa thai.

II. PHƯƠNG PHÁP

Chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu rõ lý do cần khởi phát chuyển dạ; cách thức tiến hành thủ thuật; các khó chịu có thể có và yêu cầu hợp tác.
- Chuẩn bị dụng cụ (tùy theo phương pháp lựa chọn):

+ Laminaire
+ Kovac's (sonde Nélaton, condoms, chỉ soie cột)
+ Thông Foley kênh CTC hoặc qua kênh CTC bóng đơn (Kofo).
+ Thông bóng đôi (bóng COOK) hoặc thông Foley bóng đôi cải tiến (từ sonde Foley 20F và 30F).
+ Dung dịch Oxytocin: 5 đv/500 ml HTN 5% hay .
+ 5 đv/50 ml HTN 5% (Microperfusion).
+ Chuẩn bị Misoprostol cho phù hợp liều dùng, theo tuổi thai (chống chỉ định trên thai sống trưởng thành).

2.1. Lóc ối

Tiến hành:

- Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa.
- Dùng ngón tay lóc rộng màng ối.

Phương pháp ít nguy cơ, có hiệu quả trong nhiều trường hợp.

2.2. Đặt Laminaire

2.2.1. Tiến hành

Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa.

Ghi nhận:

+ Dấu sinh tồn (M, HA, nhịp thở, nhiệt độ)
+ Bề cao tử cung, tim thai, cơn gò
+ Tình trạng âm đạo, cổ tử cung (BISHOP score)

Trải champ, sát trùng vùng âm hộ, âm đạo bằng POVIDINE.

Đưa mỏ vịt vào âm đạo bộc lộ cổ tử cung.

Dùng kẹp đầu tròn đưa 1 hoặc 2 Laminaire (tùy tình trạng mở của cổ tử cung) qua kênh đến lỗ trong cổ tử cung.

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, phản ứng của bệnh nhân.

Giục sanh bằng Oxytocin bắt đầu với tốc độ VIII g/phút hay 1.2 ml/giờ (nếu dùng Microperfusion) điều chỉnh để đạt 3 cơn gò trong 10 phút.

Bệnh nhân về giường nghỉ ngơi và theo dõi trong 6 giờ.
Rút Laminaire sau 6 giờ.
Khám ghi nhận
+ Dấu hiệu sinh tồn (M, HA, nhiệt độ)
+ Tim thai, cơn gò tử cung (đo tim thai, cơn gò bằng monitor)
+ BISHOP score

2.2.2. Theo dõi

Nếu BISHOP score ≥ 7 điểm hay BN vào chuyển dạ thật sự → chuyển PHÒNG SANH tiếp tục giục sanh.
Nếu BISHOP score < 7 điểm → thực hiện khởi phát chuyển dạ bằng phương pháp khác.

2.3. Đặt túi nước ngoài màng ối (Kovac's)

2.3.1. Chuẩn bị BN

Giải thích cho BN hiểu rõ thủ thuật và yêu cầu hợp tác.
Chuẩn bị túi nước (sonde Nélaton, condoms, chỉ soie cột).
Điều kiện cổ tử cung.

2.3.2. Tiến hành

Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa
Ghi nhận:
+ Dấu sinh tồn (M, HA, nhịp thở, nhiệt độ)
+ Bề cao tử cung, tim thai, cơn gò
+ Tình trạng âm đạo, cổ tử cung (BISHOP score)
Trải champ, sát trùng vùng âm hộ, âm đạo bằng POVIDINE.
Đưa mỏ vịt vào âm đạo bộc lộ cổ tử cung.
Dùng kẹp đầu tròn túi nước nhẹ nhàng qua kênh cổ tử cung vào buồng tử cung.
Cho chảy nhanh 300 ml NaCl 0,9% vào túi nước (trong ≥ 5 phút)
Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, phản ứng của bệnh nhân
Khi đã chảy đủ 300 ml NaCl 0,9%, kẹp ống sonde Nélaton lại bằng kẹp rốn và ghi nhận lại: dấu hiệu sinh tồn, bề cao tử cung, vòng bụng, tim thai.
Dùng kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn.
Giục sanh bằng Oxytocin bắt đầu với tốc độ VIII g/phút hay 1.2 ml/giờ (nếu dùng Microperfusion) điều chỉnh để đạt 3 cơn gò trong 10 phút.

Bệnh nhân về giường nghỉ ngơi và theo dõi trong 6 giờ.
Rút túi nước sau 6 giờ, trong khi vẫn tiếp tục giục sanh.
Khám ghi nhận:
+ Dấu hiệu sinh tồn (M, HA, nhiệt độ)
+ Tim thai, cơn gò TC (đo tim thai, cơn gò bằng monitor)
+ BISHOP score

2.3.3. Kết quả

Nếu BISHOP score ≥ 7 điểm hay BN vào chuyển dạ thật sự → Chuyển PHÒNG SANH tiếp tục giục sanh

Nếu BISHOP score < 7 điểm → thực hiện khởi phát chuyển dạ bằng phương pháp khác.

2.4. Đặt thông Foley kênh CTC hoặc qua kênh CTC bóng đơn (Kofo)

2.4.1. Chuẩn bị BN

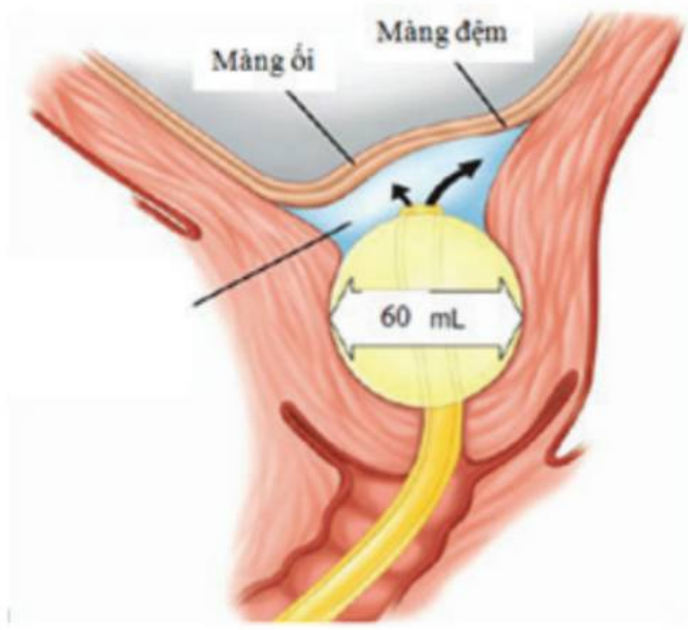
Giải thích cho BN hiểu rõ thủ thuật và yêu cầu hợp tác
Chuẩn bị (sonde Foley 20F hoặc 30F, mỏ vịt, kẹp hình tim,...)
Điều kiện cổ tử cung

2.4.2. Tiến hành

Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa
Ghi nhận:
+ Dấu sinh tồn (M, HA, nhịp thở, nhiệt độ)
+ Bề cao tử cung, tim thai, cơn gò
+ Tình trạng âm đạo, cổ tử cung (BISHOP score)
Trải champ, sát trùng vùng âm hộ, âm đạo bằng POVIDINE
Đưa mỏ vịt vào âm đạo bộc lộ cổ tử cung

- Dùng kẹp hình tim đưa ống thông Foley 20F nhẹ nhàng qua kênh CTC tránh chạm ống thông vào âm đạo. Dùng bơm tiêm bơm 60ml nước muối sinh lý vào bóng chèn của ống thông.
- Trong lúc bơm theo dõi phản ứng thai phụ, nếu thai phụ đau, bụng căng, khó chịu, ngưng thủ thuật xem lại kỹ thuật đặt.
- Khi đã bơm đủ lượng dịch vào ống thông, dùng tay kéo nhẹ ống thông ra ngoài, hướng ra sau để bóng ống thông được giữ tại kênh CTC và dùng băng keo dán cố định ống thông lên mặt trong đùi thai phụ.

- Trường hợp kéo ống thông tuột ra ngoài, nên xả bóng, khám lại CTC và xem lại kỹ thuật đặt.
- Cho thai phụ nằm nghỉ tại bàn thủ thuật 15-30 phút sau đặt thông Foley và nghe kiểm tra thai bằng Doppler.
- Dùng kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn.



- Hình 2.1: KPCD bằng thông Foley bóng đơn đặt kênh cổ tử cung. Nguồn hình: Williams Obstetrics 24th
- Hình 2.2: KPCD bằng thông Foley bóng đơn đặt kênh cổ tử cung trên siêu âm ngả bụng. Nguồn hình: Khoa Sản Bệnh bệnh viện Hùng Vương
- Bệnh nhân về giường nghỉ ngơi và theo dõi trong 4 giờ
  Khám ghi nhận:
  + Dấu hiệu sinh tồn (M, HA, nhiệt độ)
  + Tim thai, cơn gò TC (đo tim thai, cơn gò bằng monitor)
  + BISHOP score
- Rút thông Foley bóng đơn sau 12 - 24 giờ.
- Có thể kết hợp với khởi phát chuyển dạ bằng Oxytocin bắt đầu với tốc độ VIII giọt/phút hay 1,2 ml/giờ (nếu dùng Microperfusion) điều chỉnh để đạt 3 cơn gò trong 10 phút.

2.4.3. Kết quả

Nếu BISHOP score $\geq$ 7 điểm hay BN vào chuyển dạ thật sự $\rightarrow$ Chuyển PHÒNG SANH tiếp tục giục sanh

Nếu BISHOP score < 7 điểm $\rightarrow$ thực hiện khởi phát chuyển dạ bằng phương pháp khác.

2.5. Đặt thông Foley bóng đôi cải tiến

2.5.1. Chuẩn bị BN

Giải thích cho BN hiểu rõ thủ thuật và yêu cầu hợp tác

Chuẩn bị (sonde Foley 20F hoặc 30F, mỏ vịt, kẹp hình tim,...)

Điều kiện cổ tử cung

2.5.2. Tiến hành

Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa

Ghi nhận:

+ Dấu sinh tồn (M, HA, nhịp thở, nhiệt độ)

+ Bề cao tử cung, tim thai, cơn gò

+ Tình trạng âm đạo, cổ tử cung (BISHOP score)

Kỹ thuật chuẩn bị thông Foley kênh cổ tử cung bóng đôi cải tiến: Từ thông Foley 20F và 30F.

Cắt đầu của thông Foley 30F bằng kéo vô khuẩn, cách phần bóng của Foley khoảng 3-5mm.

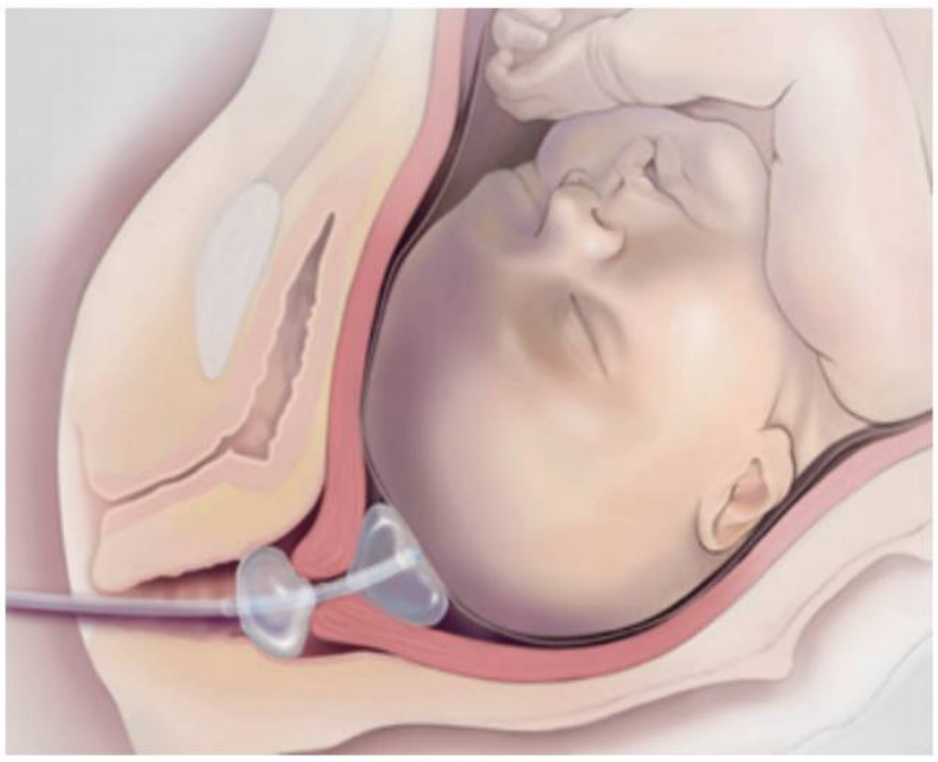
Luồn móc inox vô khuẩn vào thông Foley 20F, dùng móc vô khuẩn này kéo thông Foley 20F vào trong lòng Foley 30F. Sau đó tháo móc ra.

Bơm kiểm tra bóng trước khi đặt, sau đó rút xẹp 2 bóng.

Hình 2.3:
Tóm tắt các bước chuẩn bị thông Foley bóng đôi cải tiến

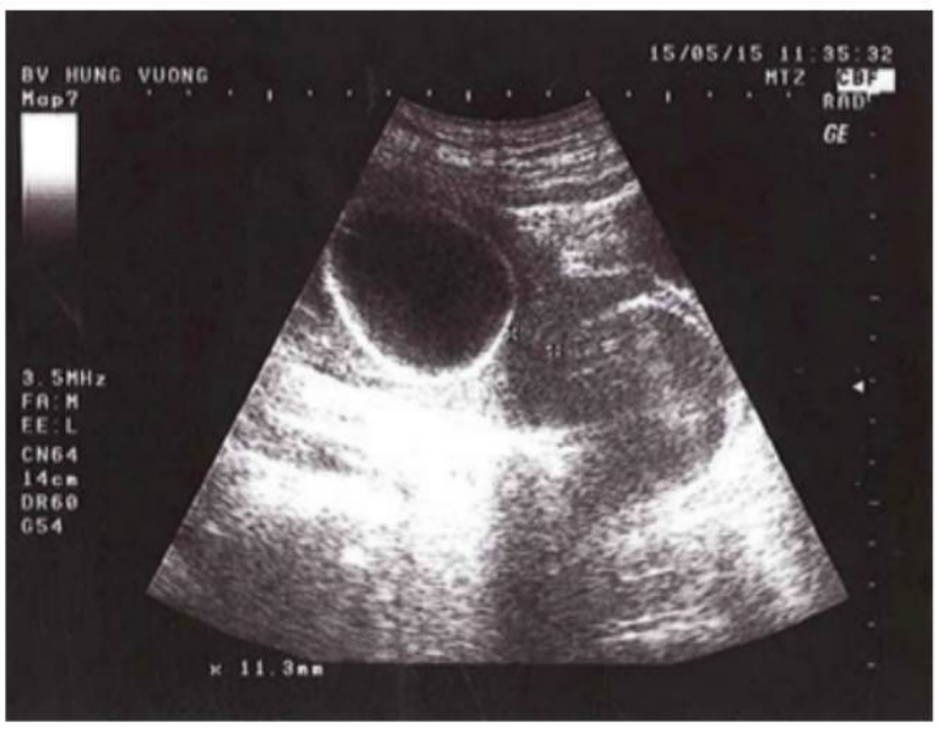
Kỹ thuật đặt thông Foley kênh cổ tử cung bóng đôi cải tiến

- Siêu âm đo chiều dài kênh CTC.
- Chuẩn bị dụng cụ: Thông Foley 20F và 30F, mỏ vịt, kẹp hình tim, kéo, que móc vô khuẩn...
- Thai phụ nằm tư thế sản phụ khoa.
- Thai phụ được mang bao chân, trải khăn vải vô khuẩn dưới mông, sát trùng âm hộ, âm đạo bằng gòn tẩm dung dịch Betadin 0,5%.
- Đặt van âm đạo bộc lộ CTC và sát trùng CTC.
- Dùng kẹp hình tim đưa ống thông Foley bóng đôi cải tiến nhẹ nhàng qua kênh CTC tránh chạm ống thông vào âm đạo. Dùng bơm tiêm bơm 60ml nước muối sinh lý vào bóng chèn của ống thông 20F (bóng 1).
- Trong lúc bơm theo dõi phản ứng thai phụ, nếu thai phụ đau, bụng căng, khó chịu, ngưng thủ thuật xem lại kỹ thuật đặt.
- Khi đã bơm đủ lượng dịch vào ống thông, dùng tay kéo nhẹ ống thông ra ngoài, hướng ra sau để bóng ống thông được giữ lỗ trong CTC.
- Giữ bóng ngay vị trí CTC, dùng bơm tiêm bơm 60ml nước muối sinh lý vào bóng chèn của ống thông 30F (bóng 2), lúc này bóng được cố định ở lỗ ngoài cổ tử cung.
- Trường hợp bóng không đúng vị trí nên xả bóng, khám lại CTC và xem lại kỹ thuật đặt.
- Dùng băng keo dán cố định ống thông lên mặt trong đùi thai phụ.
- Siêu âm kiểm tra vị trí bóng bằng siêu âm ngả bụng.
- Cho thai phụ nằm nghỉ tại bàn thủ thuật 15-30 phút sau đặt thông Foley và kiểm tra tim thai bằng Doppler.
- Dùng kháng sinh dự phòng nhiễm trùng.



Hình 2.4:
KPCD bằng thông bóng đôi:
Đặt bóng trong sát lỗ trong CTC,
bóng ngoài sát lỗ ngoài CTC.
Nguồn hình:
https://www.cookmedical.com

Hình 2.5:
Chiều dài kênh CTC trước KPCD
trên siêu âm ngả âm đạo



Hình 2.6:
KPCD bằng thông Foley bóng đôi cải tiến trên siêu ngả bụng.
Nguồn hình: khoa Sản Bệnh BV Hùng Vương

- Bệnh nhân về giường nghỉ ngơi và theo dõi trong 4 giờ
- Khám ghi nhận:
  + Dấu hiệu sinh tồn (M, HA, nhiệt độ)
  + Tim thai, cơn gò TC (đo tim thai, cơn gò bằng monitor)
  + BISHOP score
- Rút thông Foley bóng đơn sau 12 - 24 giờ

- Có thể kết hợp với khởi phát chuyển dạ bằng Oxytocin bắt đầu với tốc độ VIII giọt/phút hay 1,2 ml/giờ (nếu dùng Microperfusion) điều chỉnh để đạt 3 cơn gò trong 10 phút.

2.5.3. Kết quả

Nếu BISHOP score ≥ 7 điểm hay BN vào chuyển dạ thật sự → Chuyển PHÒNG SANH tiếp tục giục sanh

Nếu BISHOP score < 7 điểm → thực hiện khởi phát chuyển dạ bằng phương pháp khác.

2.6. Giục sanh bằng Oxytocin (có thể phối hợp với các phương pháp cơ học khác).

2.6.1. Tiến hành

Bệnh nhân nằm tư thế bình thường, thoải mái

Ghi nhận:

+ Dấu sinh tồn (M, HA, nhịp thở, nhiệt độ)

+ Bề cao TC, tim thai, cơn gò

+ Tình trạng âm đạo, cổ tử cung (BISHOP score)

Bắt đầu truyền Oxytocin với tốc độ VIII g/phút (nếu dùng truyền TM) hay 1,2 ml/giờ (nếu dùng Microperfusion). Tăng nồng độ Oxytocin mỗi 1,2 ml/giờ sau mỗi 20 phút để điều chỉnh để đạt 3 cơn gò trong 10 phút.

Bệnh nhân về giường nghỉ ngơi và theo dõi

Sau 6 giờ khám ghi nhận:

+ Dấu hiệu sinh tồn (M,HA, nhiệt độ)

+ Tim thai, cơn gò tử cung (đo tim thai, cơn gò bằng monitor)

+ BISHOP score

2.6.2. Kết quả

Nếu BISHOP score ≥ 7 điểm hay bệnh nhân vào chuyển dạ thật sự → Chuyển PHÒNG SANH tiếp tục giục sanh .

Nếu BISHOP score < 7 điểm → Nằm nghỉ theo dõi cử động thai, làm CTG 4 giờ sau. Sáng hôm sau giục sanh tiếp. Trong đêm nên ngưng giục sanh cho bệnh nhân nghỉ ngơi.

2.7. Misoprostol

2.7.1. Chuẩn bị

Misoprostol cho phù hợp liều dùng, theo tuổi thai (chống chỉ định trên thai sống trưởng thành):

- Tam cá nguyệt giữa: 200-400 µg
- Tam cá nguyệt cuối: 25-50 µg

2.7.2. Tiến hành

Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa

Ghi nhận:

+ Dấu sinh tồn (M, HA, nhịp thở, nhiệt độ)

+ Bề cao tử cung, tim thai, cơn gò

+ Tình trạng âm đạo, cổ tử cung (BISHOP score)

Đặt thuốc vào cùng đồ sau (chú ý lau sạch huyết trắng trước khi đặt).

Bệnh nhân về giường nghỉ ngơi và theo dõi sát tim thai, cơn gò bằng monitor mỗi 4 giờ (các trường hợp đặc biệt có thể cần theo dõi mỗi 2 giờ).

Sau 4 giờ khám ghi nhận:

Dấu hiệu sinh tồn (M,HA, nhiệt độ)

+ Tim thai, cơn gò TC (đo tim thai, cơn gò monitor)

+ BISHOP score

Lặp lại liều 25µg nếu trên CTG cơn gò ≤ 2 cơn/10′

2.7.3. Xử trí biến chứng

Tác dụng phụ:

- Sốt → hạ nhiệt với các biện pháp vật lý (như lau mát, uống nhiều nước) hay thuốc (Acemol).
- Cơn gò cường tính → lau sạch thuốc hoặc truyền tĩnh mạch Salbutamol.
- Ớn lạnh, lạnh run.

2.7.4. Kết quả

Nếu BISHOP score ≥ 7 điểm hay BN vào chuyển dạ thật sự → Chuyển PHÒNG SANH tiếp tục giục sanh

Nếu BISHOP score < 7 điểm, cơn gò tử cung ≤ 2 cơn/10 phút → Lặp lại liều thuốc 25µg nếu đủ điều kiện cho đến tổng số 6 liều

2.8. Cerviprim (Prostaglandin E2 gel):

Không dùng cho người bệnh đã vỡ ối

2.8.1. Chuẩn bị

Đưa gel về nhiệt độ phòng trước khi sử dụng.

2.8.2. Tiến hành

Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa

Ghi nhận:

+ Dấu sinh tồn (M, HA, nhịp thở, nhiệt độ)

+ Bề cao tử cung, tim thai, cơn gò

+ Tình trạng âm đạo, cổ tử cung (BISHOP score)

Trải champ, sát trùng vùng âm hộ, âm đạo bằng POVIDINE

Đưa mỏ vịt vào âm đạo bộc lộ cổ tử cung

Bơm thuốc vào kênh cổ tử cung

Bệnh nhân nằm nghỉ 30 phút, đo tim thai bằng Doppler. Sau đó về giường nghỉ ngơi và theo dõi sát tim thai, cơn gò bằng monitor mỗi 4 giờ (các trường hợp đặc biệt có thể cần theo dõi mỗi 2 giờ).

Sau 4 giờ khám ghi nhận:

Dấu hiệu sinh tồn (M,HA, nhiệt độ)

+ Tim thai, cơn gò TC (đo tim thai, cơn gò monitor)

+ BISHOP score

Lặp lại liều 25µg nếu trên CTG cơn gò ≤ 2 cơn/10'

2.8.3. Xử trí biến chứng

Tác dụng phụ:

- Sốt → hạ nhiệt với các biện pháp vật lý (như lau mát, uống nhiều nước) hay thuốc (Acemol)
- Cơn gò cường tính → lau sạch thuốc hoặc truyền tĩnh mạch Salbutamol
- Ớn lạnh, lạnh run

2.8.4. Kết quả

Nếu BISHOP score ≥ 7 điểm hay BN vào chuyển dạ thật sự → Chuyển PHÒNG SANH.

Nếu BISHOP score < 7 điểm, cơn gò tử cung ≤ 2 cơn/10 phút → Có thể lặp lại liều thứ 2 sau 6 giờ, tối đa 3 liều trong 24 giờ.

SA DÂY RỐN 42

I. ĐỊNH NGHĨA

- Sa dây rốn: Dây rốn nằm trước ngôi thai khi màng ối vỡ.
- Sa dây rốn trong bọc ối: Dây rốn nằm trước ngôi thai khi màng ối còn nguyên.
- Sa dây rốn bên: Dây rốn nằm ở một bên ngôi thai. Thăm khám đôi khi không phát hiện được. Trên lâm sàng thấy nhịp tim thai chậm, khi đẩy đầu lên hoặc thay đổi tư thế người mẹ nhịp tim thai về bình thường.
- Tỷ lệ thay đổi từ 0.33-0.6%.

II. YẾU TỐ THUẬN LỢI

- Mông đủ, nguy cơ gấp 4 lần
- Ngôi ngang
- Đẻ non nguy cơ gấp 3 lần đứa trẻ dưới 2500 gram
- Song thai
- Nhau tiền đạo
- Đa ối
- Ối vỡ sớm
- Bất xứng đầu chậu
- Đa sản
- Khối u tiền đạo

III. ĐIỀU TRỊ

** Nguyên tắc xử trí:*

- Chấm dứt thai kì ngay đối với thai có khả năng sống.
- Tư vấn khả năng sống của thai để quyết định đường sanh (mổ sanh hoặc sanh ngã âm đạo): tham khảo thêm phụ lục 1.

3.1. Mổ sanh

- Sa dây rốn là trường hợp khẩn cấp trong sản khoa
  + Đẩy ngôi thai lên cao bằng tay qua đường âm đạo tránh chèn ép.
  + Sản phụ ở tư thế: Trendelenburg.
  + Oxy 6l/1ph
  + Salbutamol 1/5 ống tĩnh mạch hoặc 1 ống/G 5% 250 ml truyền tĩnh mạch.
  + Nếu cơn co quá mạnh: Mổ sanh ngay lập tức bất kể ngôi thai gì, độ mở CTC bởi nguy cơ thai chết.
- Sa dây rốn trong bọc ối: Mổ sanh trước khi vỡ ối.
- Sa dây rốn bên: tùy thuộc độ suy thai.

3.2. Sanh ngã âm đạo

- Nếu thai chết hoặc quá non không thể sống được.
- Nếu ngôi thai lọt, CTC mở trọn, cho sanh thật nhanh bằng ngã dưới.

IV. PHÒNG NGỪA

Tia ối khi hết cơn co và thêm một lực đẩy từ đáy tử cung.

V. BIẾN CHỨNG NẶNG

Thai chết từ 10-20% các trường hợp.

PHỤ LỤC 1
TỶ LỆ TRẺ SƠ SINH NUÔI SỐNG THEO TUẦN TUỔI THAI TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG NĂM 2018

Tuổi thai (tuần)	Tỷ lệ nuôi sống (%)
23	0
24	0,03
25	33,3
26	25,5
27	53,5
28	72,9
29	68,0
30	89,7
31	92,3
32	96,7
33	95,2
34	98,9

43 MÀNG ỐI VỠ NON

I. ĐỊNH NGHĨA

Ối vỡ non là ối vỡ trước khi thai vào chuyển dạ .

II. CHẨN ĐOÁN

- Bệnh nhân khai có ra nước ÂĐ (ướt băng vệ sinh).
- Khám mỏ vịt:
  + Dịch chảy ra từ lỗ cổ TC (đặc biệt khi bệnh nhân ho hoặc rặn...)
  + Lấy dịch thử: Nitrazine test
- Đóng băng vệ sinh âm đạo thấy có ra nước (dùng băng Al-sense momcare).
- Lưu ý: Chỉ khám âm đạo bằng tay khi có chỉ định chấm dứt thai kỳ

III. ĐIỀU TRỊ

- Chú ý nguy cơ nhiễm trùng ối/nhiễm trùng nội mạc TC, nhiễm trùng sơ sinh
- Xử trí tùy thuộc tuổi thai và tình trạng nhiễm khuẩn
- Chỉ định chấm dứt thai kỳ ngay nếu:
  + Dấu hiệu nhiễm trùng (sốt, nước ối hôi, CRP↑, cấy ối, cân nhắc PCT,...)
  + Thiểu ối vẫn nặng, vô ối

3.1. Thai chưa đủ trưởng thành

3.1.1 Thai ≤ 28 tuần:

- Ít khả năng kéo dài thai kỳ.
- Cân nhắc khả năng chấm dứt thai kỳ (cần tham vấn kỹ cho BN và người nhà).

3.1.2 Thai 28 - 34 tuần:

- Chỉ định kéo dài thai kỳ nếu không dấu nhiễm trùng ối
  + Giảm co (nếu có cơn gò)
  + Tăng cường độ trưởng thành của phổi thai nhi: dùng corticoid trong 24 giờ
- Bảo vệ não thai nhi với Magnesium Sulfate (thai < 32 tuần)
- Kháng sinh dự phòng, dùng 7 ngày:
  + Trong 2 ngày đầu:
    - Ampicillin (TMC) 2g x 4 lần/ngày + Azithromycin 1g (u) /ngày hoặc.
    - Ampicillin + Sulbactam (TMC) 1,5g x 4 lần/ngày + Azithromycin 1g (u) /ngày.
  + Sau đó chuyển uống trong 5 ngày:
    - Amoxicilin 500mg 1 viên x 3 lần/ngày + Erythromycin 250mg x 4 lần/ngày hoặc.
    - Ampicillin + Sulbactam 375/750mg x 2 lần/ngày + Erythromycin 250mg x 4 lần/ngày.
- Nếu bệnh nhân dị ứng nhóm Penicillin: chọn 1 trong 2 phác đồ sau tùy mức độ dị ứng nhẹ hay nặng.
  + Dị ứng mức độ nhẹ:
    - Trong 2 ngày đầu:
      Cefazolin (TMC) 1g x 3 lần/ngày + Azithromycin 1g (u) /ngày.
    - Sau đó chuyển uống 5 ngày:
      Cephalexin 500mg x 4 lần + Erythromycin 250mg x 4 lần/ngày.
  + Dị ứng mức độ nặng:
    - Clindamycin (TMC) 900mg 1g x 3 lần/ngày + Gentamycin (TMC) 5mg/kg x 2 lần/ngày +Azithromycin 1g (u) /ngày
    - Sau đó chuyển uống 5 ngày: Clindamycin 300mg x 3 lần /ngày
- Theo dõi:
  + Mạch, nhiệt độ 2 lần/ngày
  + CRP mỗi 1-3 ngày

+ Tình trạng ra nước ÂĐ

+ Tùy theo kháng sinh đồ xem xét chuyển đổi kháng sinh

3.1.3 Thai 34-36 tuần

- Cân nhắc: khả năng kéo dài thai kỳ, khả năng khởi phát chuyển dạ.

3.2. Thai đủ trưởng thành (≥ 36 tuần)

- Xem xét chấm dứt thai kỳ. Lưu ý những trường hợp đái tháo đường thai kỳ cân nhắc khi quyết định chấm dứt thai kỳ vì nguy cơ thai nhi suy hô hấp cấp.
- Kháng sinh dự phòng trong chuyển dạ khi ối vỡ đến 18 giờ: Augmentin 1,2g (TMC) mỗi 8 giờ.
- Lưu ý:
  + Khởi phát chuyển dạ thất bại nếu sau 18 giờ không vào chuyển dạ tích cực .
  + Trong khi khởi phát chuyển dạ, nên hạn chế khám âm đạo bằng tay.
- Theo dõi và tìm kiếm các dấu hiệu của tình trạng nhiễm trùng (mạch, nhiệt độ, tổng phân tích tế bào máu, CRP...).
- Điều trị các nhiễm trùng hậu sản (xem phác đồ "Nhiễm trùng hậu sản")/nhiễm trùng hậu phẫu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Nguyễn Văn Trương, Đỗ Văn Dũng. Kháng sinh dự phòng trong thai trưởng thành ối vỡ non: thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên. Tạp chí Phụ sản 2013; tập 11, số 3: 28-34.
2. Nguyễn Văn Trương, Đỗ Văn Dũng và cộng sự. Khởi phát chuyển dạ bằng misoprostol ngậm dưới lưỡi trong thai trưởng thành ối vỡ non: thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên. Y học TP. Hồ Chí Minh 2012; tập 16, số 2: 114-12.
3. "Ối vỡ non", Phác đồ điều trị sản – phụ khoa 2019: 122-125.

Tiếng Anh

4. ACOG (2018), "Prelabor rupture of membranes", Vol. 131, No.1.
5. UptoDate2019, "Preterm prelabor rupture of membranes: Management".

THEO DÕI NHỊP TIM THAI TRONG CHUYỂN DẠ

44

I. GIỚI THIỆU

Có 2 phương pháp chính để theo dõi tim thai trong chuyển dạ: liên tục (ghi lại tim thai trên băng giấy) và gián đoạn (sử dụng Doppler).

- Phương pháp ghi lại tim thai trên băng giấy chúng ta đang sử dụng hiện nay gọi là phương pháp ghi tim thai ngoài.
- Theo dõi liên tục tim thai trong chuyển dạ đã trở nên phổ biến từ những năm 1970 và hiện nay vẫn còn được thừa nhận để đánh giá sức khỏe thai nhi.
- Vì độ nhạy của CTG cao (95%) và độ đặc hiệu thấp (50%) nên đã làm tăng tỉ lệ can thiệp. Do vậy CTG không bao giờ thay thế đánh giá lâm sàng trên sản phụ.
- Thời gian cho 1 băng ghi 60 phút.
- Tim thai cần được đánh giá mỗi 30 phút trong chuyển dạ giai đoạn 1, mỗi 15 phút ở giai đoạn 2.

II. CHỈ ĐỊNH

Theo khuyến cáo ACOG

1.Theo dõi tim thai liên tục bằng CTG: trường hợp thai kỳ nguy cơ cao

- Mẹ:

+ Ra máu âm đạo
+ Nhiễm trùng tử cung
+ Gây tê giảm đau
+ VMC
+ Ối vỡ
+ Khởi phát chuyển dạ, kích thích chuyển dạ
+ Gò cường tính

- Thai
  + Ối có phân su.
  + Nhịp tim thai bất thường.
  + Thai quá ngày.

  Đo CTG liên tục cho bệnh nhân chưa có bằng chứng khoa học, nên quyết định đo CTG tùy thuộc vào mỗi bệnh nhân.

2. Có thể theo dõi tim thai không liên tục bằng doppler: cho thai kỳ nguy cơ thấp khi.
   - CTG trong 30 phút là bình thường .
   - Ối không vỡ.
   - Lâm sàng bình thường.
3. Nếu đoạn ghi bất thường hoặc nghi ngờ bất thường thì nên đo CTG liên tục.
4. Giai đoạn I và II của chuyển dạ là thời kỳ xảy ra nguy cơ cao nhất cho thai, vì vậy nên xem xét đo CTG cho tất cả các trường hợp.

III. ĐỌC CTG CẦN QUAN TÂM ĐẾN 2 YẾU TỐ

Cơn gò: tần số cơn gò / 10 phút, cường độ, trương lực cơ bản.

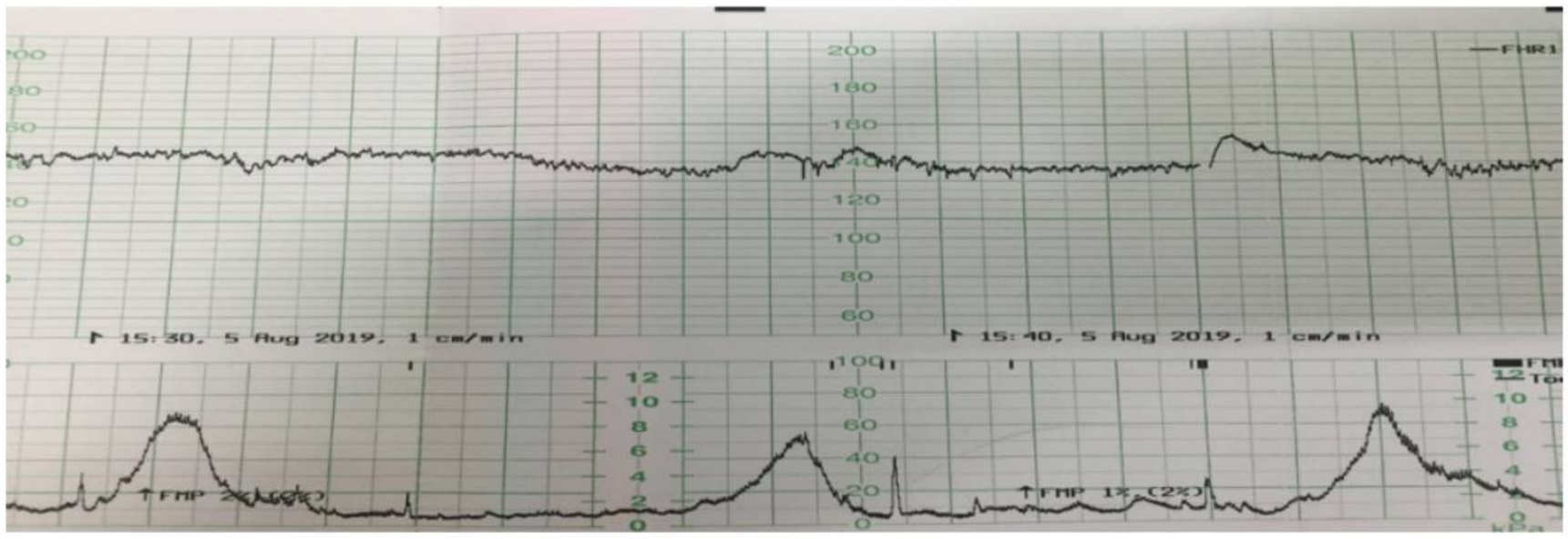
Tim thai: tim thai cơ bản (TTCB) , dao động nội tại (DĐNT), nhịp tăng hoặc giảm .

Có nhiều cách diễn giải CTG, nhưng chúng ta thống nhất theo ACOG.

3.1 Cơn gò

- Tần số: Số cơn gò/10 phút được tính theo công thức: 10/trung bình cộng thời gian nối đỉnh 2 cơn gò của 3 cơn gò liên tục.

  Ví dụ:



- Cường độ: thể hiện hoạt độ của tử cung, khi cường độ ≥ 30mmHg sẽ làm gián đoạn tuần hoàn mẹ con.
- Trương lực cơ bản chính là áp lực buồng tử cung ngoài khoảng thời gian co, do vậy bình thường trương lực cơ bản ≤ 20 mmHg, nếu trương lực cơ bản tăng, xem xét đến khả năng nhau bong non.
- Biên độ: là hiệu số giữa cường độ và trương lực cơ bản
- Tương quan co nghỉ: là khoảng thời gian nghỉ để tái lập tuần hoàn mẹ con trở lại.

  Tần suất, cường độ và tương quan co nghỉ của cơn gò phụ thuộc vào giai đoạn chuyển dạ.

3.2 Tim thai

- TTCB: 110-160 nhịp / phút (tim thai chậm: < 110 nhịp/ phút) , tim thai nhanh: > 160 nhịp/ phút).
- DĐNT: 6-25 nhịp, (giảm DĐNT: ≤ 5 nhịp, DĐNT trung bình: 6-15 nhịp, nhịp nhảy: > 25 nhịp, tăng DĐNT: >15 nhịp: và mất DĐNT).
- Nhịp tăng: khi tim thai tăng ≥ 15 nhịp, thời gian từ lúc bắt đầu đến đỉnh < 30s, kéo dài từ lúc bắt đầu cho đến kết thúc nhịp tăng 15 s - < 2 phút , (thai < 32 tuần: ≥ 10 nhịp,10s-<2 phút).
- Nhịp giảm:
  + Nhịp giảm sớm: khi tim thai giảm liên quan với cơn gò, thời gian từ lúc bắt đầu cho đến đỉnh thấp nhất ≥ 30s, và đỉnh này tương ứng với đỉnh cơn gò.
  + Nhịp giảm muộn: tương tự như nhịp giảm sớm nhưng đỉnh của của nhịp giảm xuất hiện sau đỉnh của cơn gò
  + Nhịp giảm bất định: tim thai giảm theo cơn gò, giảm ≥ 15 nhịp, thời gian từ lúc bắt đầu đến đỉnh của nhịp giảm < 30 s, kéo dài 15s- < 2 phút, nhịp giảm này cũng liên quan đến cơn gò tử cung.
  + Nhịp giảm kéo dài: là nhịp tim thai giảm ≥ 15 nhịp so với TTCB, kéo dài 2- < 10 phút, nếu ≥10 phút là gọi thay đổi nhịp tim cơ bản.
- Tim thai hình sin: tim thai nhấp nhô như sóng sin, rõ ràng, đều đặn trên đường tim thai cơ bản, với tần suất từ 3-5/phút và kéo dài ≥ 20 phút.

IV. PHÂN LOẠI CTG

4.1 Nhóm I

- TTCB: 110-160 nhịp
- DĐNT: 6-25 nhịp
- Nhịp tăng: có hoặc không có
- Nhịp giảm sớm có hoặc không có
- Nhịp giảm muộn, nhịp giảm bất định không có.

Dự báo thai hoàn toàn bình thường ở thời điểm khảo sát, nếu không kèm vấn đề nào khác ảnh hưởng đến thai nhi.

4.2 Nhóm III

- Tim thai biểu diễn hình Sin
- Mất DĐNT và có bất kỳ dấu hiệu sau:
  + Nhịp giảm muộn lặp lại
  + Nhịp giảm bất định lặp lại
  + TTCB chậm

Đây là CTG bệnh lý, liên quan mật thiết với rối loạn cân bằng kiềm toan ở thời điểm khảo sát. Do đó cần can thiệp thích hợp.

Từ thời điểm chẩn đoán đến thời điểm rạch da là không quá 30 phút.

4.3 Nhóm II: Đây là nhóm trung gian, không phải nhóm I, III.

- Nhịp tim cơ bản:
  + Nhịp chậm không kèm theo mất DĐNT
  + Nhịp nhanh
- Dao động nội tại:
  + Giảm DĐNT
  + Mất DĐNT nhưng không có nhịp giảm lặp lại
  + Tăng DĐNT
- Nhịp tăng: không có nhịp tăng sau khi kích thích thai
- Nhịp giảm xuất hiện định kỳ:
  + Nhịp giảm bất định xuất hiện lặp lại kèm theo DĐNT giảm hoặc kém
  + Nhịp giảm kéo dài
  + Nhịp giảm muộn lặp lại cùng thay đổi nhịp tim thai cơ bản
  + Nhịp giảm bất định với TTCB chậm, và overshoots và shoulders

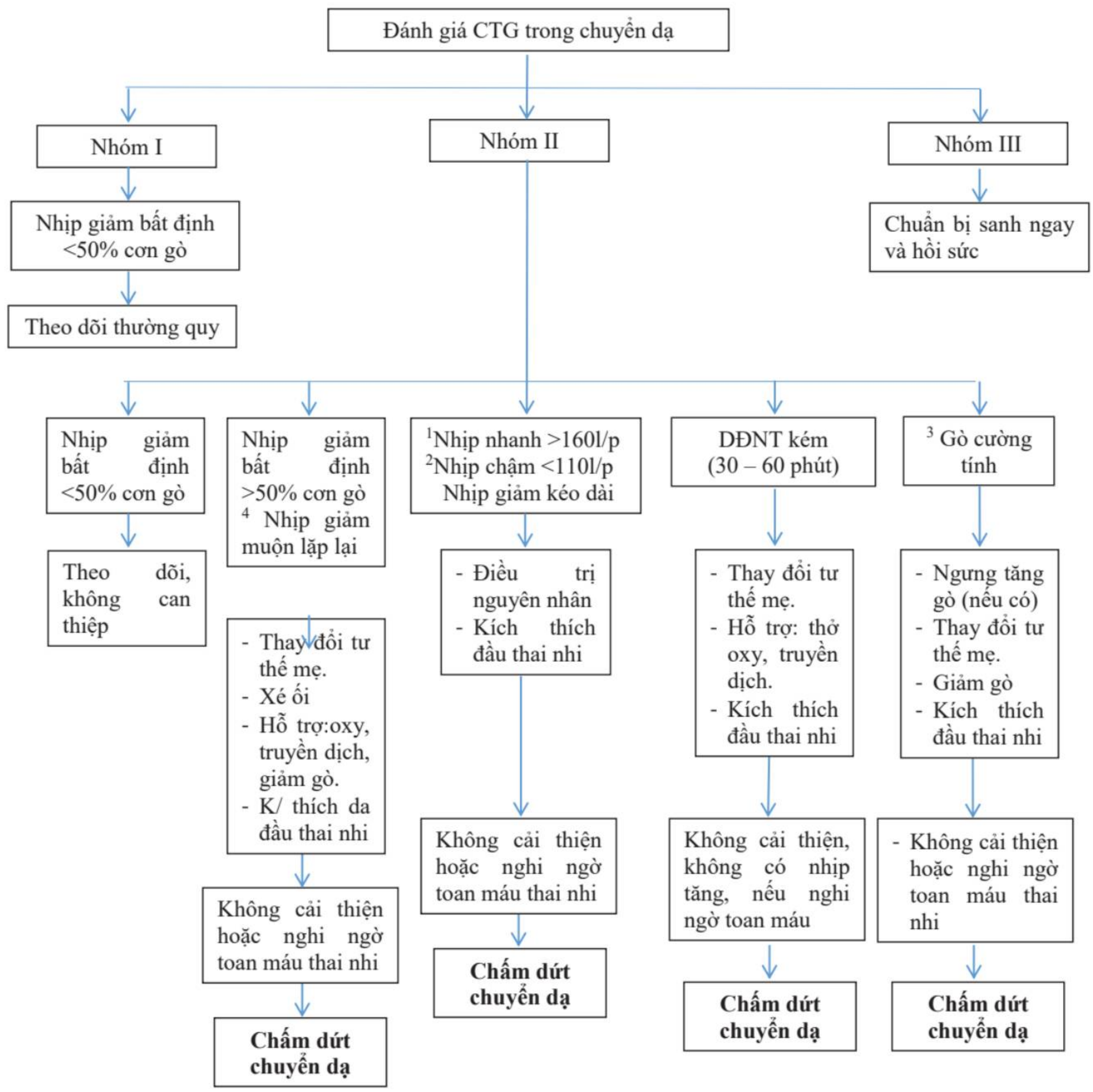
V. NGUYÊN NHÂN

Biến đổi nhịp tim thai	Nguyên nhân và ý nghĩa	Xử trí
Nhóm I		
- TTCB 110-160 lần/ phút - DĐNT trung bình (6-15 nhịp) - Không có nhịp giảm muộn hoặc bất định. - Có hoặc không có nhịp tăng, nhịp giảm sớm	- Biểu đồ bình thường	- Theo dõi tim thai gián đoạn hoặc liên tục dựa trên tình trạng lâm sàng và các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn. - Đánh giá lại mỗi 30 phút ở giai đoạn 1 và mỗi 15 phút ở giai đoạn 2 chuyển dạ.
Nhóm II		
Nhịp giảm bất định gián đoạn (<50% số cơn gò)	- Thường liên quan kết cục bình thường	Không can thiệp
Nhịp giảm bất định lập lại (>50% số cơn gò)	- Dây rốn bị chèn ép - Có thể liên quan toan máu sắp xảy ra, đặc biệt độ sâu, thời gian và tần số tăng lên. Nếu DĐNT trung bình và/hoặc nhịp tăng cho biết thai hiện không toan máu	- Thay đổi vị trí mẹ: nghiêng trái hoặc phải. - Truyền ối là một lựa chọn. - Các biện pháp hỗ trợ: thở oxy, truyền dịch, giảm tần số cơn gò có thể hữu ích. - Kích thích da đầu thai nhi để kích thích nhịp tăng, đây là dấu hiệu cho thấy thai không bị toan máu Chỉ định sanh nếu biểu đồ tim thai không cải thiện và nghi ngờ toan máu
Nhịp giảm muộn lập lại	- Suy tuần hoàn tử cung nhau thoáng qua hoặc mãn tính: tụt huyết áp, gò nhiều hoặc mẹ thiếu oxy. - Nếu có hiện diện nhịp tăng và / hoặc DĐNT trung bình (6-15 nhịp) cho thấy thai hiện không bị toan máu.	- Thay đổi vị trí mẹ: nghiêng trái hoặc phải. - Truyền ối là một lựa chọn. - Các biện pháp hỗ trợ: Thở oxy, truyền dịch, giảm tần số cơn gò. - Kích thích da đầu thai để kích thích nhịp tăng, đó là dấu hiệu cho thấy thai không bị toan. + Nếu nhịp giảm muộn kéo dài với DĐNT kém và không có nhịp tăng gợi ý toan máu thai nhi; điều này có khả năng hơn nếu mất DĐNT (Nhóm III). Chỉ định sanh nếu biểu đồ ghi không cải thiện

Nhịp tim thai nhanh (TTCB >160/10ph)	- Mẹ nhiễm trùng, dùng thuốc, bệnh lý mẹ,có biến chứng sản khoa, nhịp tim thai nhanh >200l/ph. - Toan máu thai nhiều khả năng liên quan đến DĐNT kém hoặc mất DĐNT, không có nhịp tăng và /hoặc nhịp giảm lập lại.	- Điều trị nguyên nhân nếu biết. - Bắt đầu kích thích da đầu để kích thích nhịp tăng, đây là dấu hiệu cho thấy thai không bị toan. Chỉ định sanh nếu biểu đồ ghi không cải thiện và nghi ngờ toan máu
- Nhịp tim thai chậm (TTCB<110/10ph) - Nhịp giảm kéo dài (15 nhịp mỗi phút giảm xuống dưới đường TTCB, >2 nhịp và <10ph)	- Khởi phát cấp tính: hạ huyết áp, chèn dây rốn, thai xuống nhanh, gò cường tính, nhau bong non, vỡ tử cung. Toan máu thai nhiều khả năng liên quan đến DĐNT kém hoặc mất DĐNT và không có nhịp tăng	- Điều trị nguyên nhân, nếu biết. - Kích thích da đầu để kích thích nhịp tăng, đây là dấu hiệu cho thấy thai nhi không bị toan. - Chỉ định sanh nếu biểu đồ ghi không cải thiện và nghi ngờ toan máu
DĐNT kém (< 5 nhịp)	- Thai ngủ, thuốc, toan máu thai. Nếu thai ngủ sẽ hồi phục sau 20 đến 60 phút. Nếu do thuốc của mẹ sẽ hồi phục khi thuốc hết tác dụng.	Nếu nghi ngờ giảm oxy thai - Thay đổi tư thế mẹ, - Dùng bp hỗ trợ: thở oxy, truyền dịch nhanh, giảm tần số cơn gò. - Kích thích da đầu để kích thích nhịp tăng, đây là dấu hiệu cho thấy thai không bị toan - Nếu không cải thiện và không nhịp tăng, nếu nghi ngờ toan máu hoặc xác định bằng pH da đầu. Chỉ định sanh
- Gò cường tính(> 5 cơn gò/10 ph, trong hơn 30 ph) với sự thay đổi nhịp tim thai.	- Chuyển dạ tự nhiên: gò cường tính có thể liên quan đến toan máu thai nếu kèm theo	- Thay đổi vị trí mẹ nghiêng sang bên trái hoặc phải, - Biện pháp hỗ trợ:

Gò cường tính tự nhiên và kèm nhịp tim thai bình thường không cần điều trị, nhưng nên xem xét khả năng nhau bong non.	nhịp giảm lập lại	cung cấp oxy, truyền dịch nhanh. Nếu không hiệu quả thì giảm gò. - Kích thích da đầu để kích thích nhịp tăng, đây là dấu hiệu cho thấy thai không bị toan
	Khởi phát chuyển dạ hoặc tăng co	- Giảm hoặc ngừng thuốc co bóp tử cung. - Thay đổi vị trí mẹ sang bên trái hoặc phải, - Thở oxy, truyền dịch nhanh. Nếu không hiệu quả, giảm tần số cơn gò bằng thuốc giảm gò. - Kích thích da đầu để kích thích nhịp tăng, đó là dấu hiệu cho thấy thai không bị toan
Nhóm III		
Mất DĐNT và nhịp giảm muộn lập lại, nhịp giảm bất định lập lại, hoặc nhịp tim thai chậm	Tăng nguy cơ toan máu thai	- Chuẩn bị sanh - Thay đổi vị trí mẹ sang bên trái hoặc phải - Thở oxy, truyền dịch nhanh. - Kích thích da đầu để kích thích nhịp tăng, đây là dấu hiệu cho thấy thai không bị toan. Nếu không cải thiện sau các biện pháp trên và kích thích da đầu không thấy nhịp tăng, nên sanh ngay.
Tim thai hình Sin	Tăng nguy cơ thiếu oxy máu. Nguy cơ toan máu tăng nếu kéo dài hoặc biên độ ≥15 nhịp mỗi phút.	- Chuẩn bị sanh và thay đổi vị trí mẹ sang bên trái hoặc phải, - Thở oxy, truyền dịch. - Bắt đầu kích thích da đầu để kích thích nhịp tăng, đó là dấu hiệu cho thấy thai không bị toan. Nếu không cải thiện sau các biện pháp trên và kích thích da đầu không thấy nhịp tăng, nên sanh ngay.

VI. XỬ TRÍ



Chú thích:

1. Nhịp nhanh kèm DĐNT kém, không có nhịp tăng và/hoặc nhịp giảm lặp lại: nghi ngờ toan máu thai nhi.
2. Nhịp chậm kèm DĐNT kém, không có nhịp tăng: nghi ngờ toan máu thai nhi.
3. Gò cường tính trong chuyển dạ tự nhiên kèm nhịp giảm muộn lặp lại: liên quan toan máu thai nhi.
4. Nhịp giảm muộn lặp lại kèm DĐNT kém, không có nhịp tăng: liên quan toan máu thai nhi.

Tóm lại: Đánh giá sức khỏe thai nhi trong chuyển dạ là tiến trình phức tạp. Mục tiêu của việc theo dõi nhịp tim thai vẫn là phát hiện và xử lý phù hợp với tình trạng suy thai để giảm tỉ lệ tổn thương thần kinh về lâu dài. Vì vậy đánh giá trên lâm sàng là quan trọng để có thể đưa ra xử lý phù hợp tránh can thiệp quá mức cũng như thai bị rối loạn cân bằng kiềm toan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. CTG made easy, Susan M Gauge, Nguyễn Duy Tài, MD biên dịch
2. Electronic Fetal Monitoring căn bản trong thực hành sản khoa. Âu Nhựt Luân. Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Tiếng Anh

1. Agreement and accuracy using the FIGO, ACOG and NICE cardiotocography interpretation guidelines.
   Susana santo, diogo ayres-de-campos, cristina costa-santos, william schnettler, austin ugwumadu5 & luis m. da graca1 for the fm-compare collaboration*.
2. Fetal heart rate monitoring during labour, FAQ.
3. guidelines for the use of fetal monitoring*Based upon the Workshop held in Zurich, Switzerland, March 28-29, 1985 by the FIGO Subcommittee on Standards in Perinatal Medicine (Chairman: Goesta Rooth) Organised by GOESTA ROOTH**, Visiting Professor, ALBERT HUCH and RENATE HUCH, Professors. Department of Obstetrics, University of Zurich (Switzerland).
4. Intrapartum care: NICE guideline CG190 (February 2017).
5. Intra partum fetal heart rate assessement/ up to date 2019
6. Management of Intrapartum Fetal Heart rate Tracings. Number 116, November 2010. ACOG.

45 SONG THAI TỪ 34 TUẦN CHUYỂN DẠ

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Song thai là sự phát triển 2 thai trong lòng tử cung người mẹ.

1.2. Tần suất mắc

- Tỷ lệ song thai chiếm: 1 – 1,5% tổng số sanh.
- Có 2 loại song thai:
  + Song thai dị hợp tử (2 trứng): chiếm 70%
  + Song thai đồng hợp tử (1 trứng): chiếm 30%

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Yếu tố chủng tộc: tỷ lệ song thai cao nhất ở Châu Phi, thấp nhất ở Châu Á và trung bình ở người da trắng (do ảnh hưởng của FSH).
- Yếu tố gia đình, di truyền.
- Tuổi mẹ cao: đặc biệt tăng cao từ 37 tuổi (liên quan đến hỗ trợ sinh sản).
- Số lần sanh: những lần sanh sau sẽ có tỷ lệ song thai cao hơn lần sanh đầu.
- Thể trạng của mẹ: béo phì và cao có nguy cơ song thai hơn người nhẹ ký và thấp.
- Dùng các thuốc kích thích trưởng thành noãn.

II. GIỚI THIỆU

2.1. Triệu chứng cơ năng

- Nghén nhiều: so với thai kỳ lần trước hay so với một thai.
- Bụng to nhanh làm sản phụ khó thở do cơ hoành đẩy lên.
- Thai máy nhiều.
- Phù sớm và nhiều do tử cung chèn ép tuần hoàn hai chi dưới.

2.2. Triệu chứng thực thể

- Bề cao tử cung (BCTC) lớn hơn bình thường: đặc biệt trong ba tháng giữa BCTC lớn hơn tuổi thai theo kinh chót (thường lớn hơn 5 cm), BCTC ở thai đủ tháng có thể 35-40 cm.
- Sờ nắn được nhiều phần thai.
- Nghe được 2 ổ tim thai cách xa nhau trên 10 cm, tần số chênh lệch trên 10 nhịp/phút (có thể nghe bằng Doppler 18-20 tuần).
- Cần phân biệt với:
  + Đa thai (>2 thai)
  + Đa ối
  + U xơ tử cung
  + Khối u phần phụ
  + Thai to

2.3. Cận lâm sàng

- Siêu âm: phân biệt song thai 1 hay 2 ối.

III. CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI

- Song thai 1 buồng ối nên được mổ sanh lúc thai 34 tuần sau khi cho corticosteroid do nguy cơ quấn dây rốn, song thai dính.
- Song thai khóa.
- Thai 1 không phải ngôi đầu.
- Thai 1 ngôi đầu, thai 2 không phải ngôi đầu có trọng lượng > 3500 gram.
- Trọng lượng thai thứ hai lớn hơn thai thứ nhất >20 %.
- Chỉ định mổ sanh vì lý do khác.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc xử trí

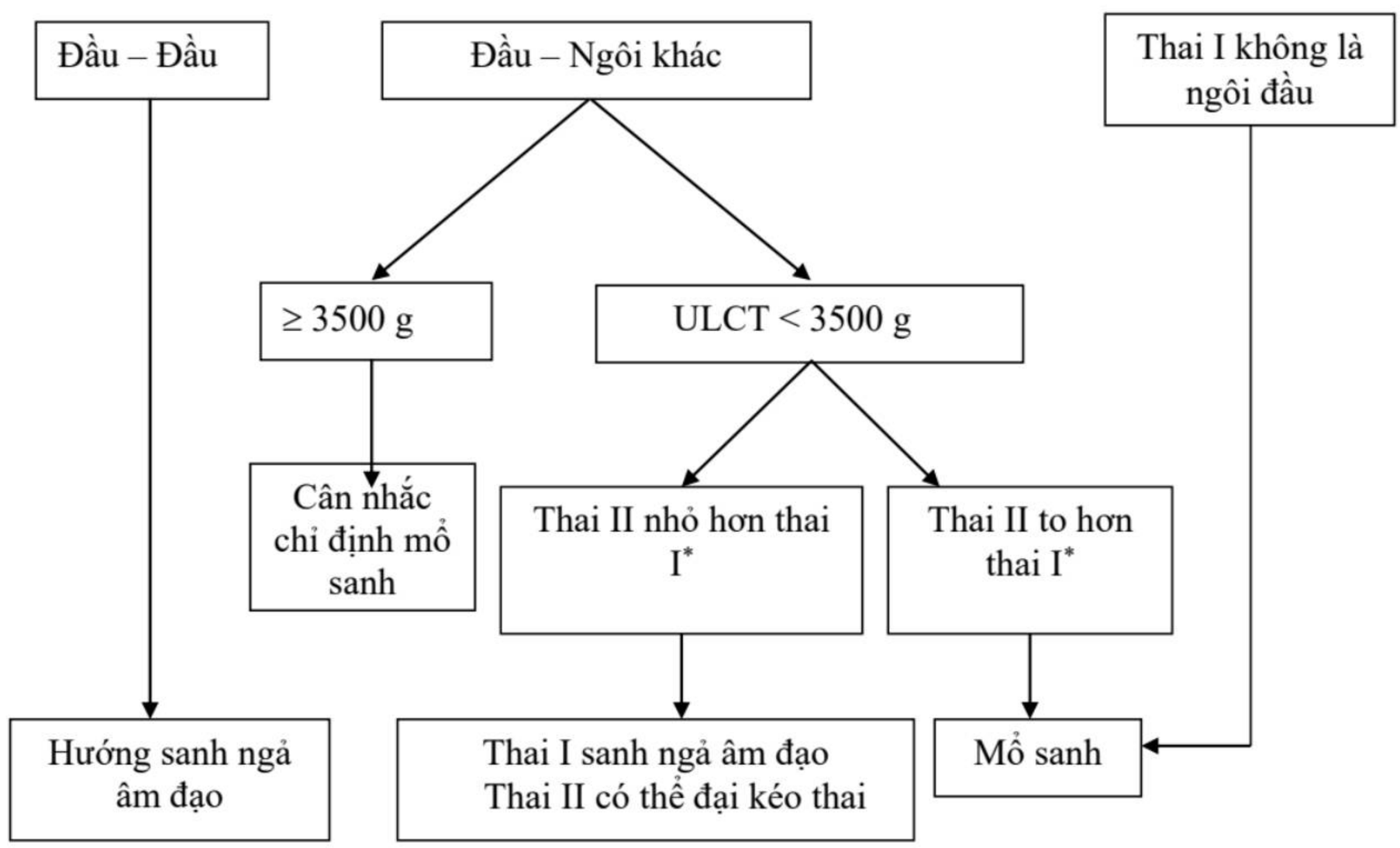
Dựa vào :

- Loại song thai.
- Kiểu thế từng thai.
- Song thai 2 nhau - 2 ối.

4.2. Xử trí trong chuyển dạ

- Nên sanh tại phòng mổ: khi CTC gần trọn.
- Dự phòng băng huyết sau sanh (lưu ý Song thai 2 nhau - 2 ối).
- Theo dõi monitor cho hai thai.
- Nên giảm đau bằng gây tê ngoài màng cứng trường hợp có thể sanh ngả âm đạo.
- Trong lúc sanh cần có bác sĩ sản khoa có kinh nghiệm, bác sĩ gây mê hồi sức, bác sĩ nhi khoa và hộ sinh.
- Sau khi sanh thai thứ nhất, cần xác đinh ngôi thai thứ hai: (Nên siêu âm lại để xác định ngôi thai và cân nặng ước tính, đánh giá sự tương quan giữa thai với khung chậu, có thể sanh ngả âm đạo an toàn khi thai thứ 2 có cân nặng > 1500gr).
  + Sanh ngả âm đạo nếu thai thứ hai ngôi đầu hay ngôi mông và cố định trong khung chậu. Có thể chỉnh cơn co nếu cần. Cần khám lại cổ tử cung và loại trừ sa dây rốn.
  + Nội xoay đại kéo thai khi ngôi không cố định.
  + Mổ sanh nếu hai can thiệp trên thất bại.
- Bóc nhau và kiểm tra tử cung khi cần thiết.
- Khoảng thời gian sanh ngôi thứ 2 cách ngôi thứ 1 cho phép là dưới 30 phút.

SƠ ĐỒ XỬ TRÍ SONG THAI HAI BUỒNG ỐI



4.3. Kỹ thuật nội xoay thai và đại kéo thai

- Xác định ngôi, thế, kiểu thế của thai.
- Cho tay vào buồng tử cung tìm chân của thai (nếu 2 chân càng tốt).
- Nắm chân bên ngoài màng ối, xoay thai khi ối chưa vỡ.
- Kéo chân từ từ ra ngoài âm hộ.
- Người phụ giữ đáy tử cung.
- Đại kéo thai, có thể Mauriceau đầu hậu hoặc Forceps Piper.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jodie M. Dodd, Rosalie M. Grivell, and Caroline A. Growther- Multiple Pregnancy- High Risk Pregnancy 2011, chapter 59.
2. Williams obstetrics, 25th edit- chapter 45- Multifetal Gestation, 2018
3. RCOG No. 51 – Dec 2008. Management of monochorionic twin pregnancy.
4. Uptodate, Twin pregnancy, labor and delivery, last updated Jan 30, 2019.
5. Obstetrics Normal and problem pregnancies, 7th edition, chapter 32, multiple pregnancy.

46 XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT KHI MỔ SANH

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa (ACOG 2017)

Băng huyết sau mổ sanh là tình trạng máu mất ≥ 1000 ml sau mổ
Là 1 cấp cứu sản khoa, được phân loại:
+ BHSS sớm hay nguyên phát: xảy ra trong vòng 24 giờ đầu.
+ BHSS muộn hay thứ phát: xảy ra từ 24 giờ đến 12 tuần sau sanh.

1.2. Nguyên nhân

Đờ tử cung (Tone):
+ Đờ tử cung là nguyên nhân hàng đầu, có thể đơn độc hoặc kèm theo các nguyên nhân khác.

Tổn thương đường sinh dục (Trauma):
+ Chảy máu từ đường rạch cơ tử cung do tổn thương động mạch tử cung, hoặc ngoài đường rạch cơ trong thì bắt thai.
+ Tổn thương âm đạo hoặc cổ tử cung khi thất bại với sanh thủ thuật, hoặc MLT sau CD kéo dài, hoặc những trường hợp MLT do đầu không lọt.
+ Vỡ tử cung.

Sót mô (Tissue):
+ Sót nhau
+ Nhau tiền đạo
+ Các thể nhau cài răng lược

Đông máu (Thrombin):
+ Bất thường đông cầm máu trong các bệnh cảnh: TSG nặng diễn tiến $ HELLP, giảm tiểu cầu vô căn, sốt xuất huyết do virus Dengue, hoặc dùng các thuốc kháng đông trước PT.

1.3. Ước lượng máu mất

	ƯỚT ĐẪM GẠC	VỪA THẤM HẾT GẠC	CHƯA THẤM HẾT GẠC
GẠC LỚN	50ml	40ml	30ml
GẠC NHỎ	10ml	8ml	5ml

II. XỬ TRÍ

Hồi sức chung:

+ Bù dịch và các chế phẩm máu, theo dõi sát huyết động.
+ Xét nghiệm đánh giá lượng máu mất và chức năng đông máu

Sản khoa:

+ Xoa đáy TC và sử dụng các thuốc co TC.
+ Kiểm tra lòng tử cung.
+ Chảy máu từ vết rạch trên cơ tử cung được kiểm soát bằng khâu phục hồi, chú ý bộc lộ rõ đỉnh vết cắt 2 bên, chú ý niệu quản.
+ Khâu phục hồi các vết rách ngoài đường rạch cơ TC (nếu có).

III. CAN THIỆP PHẪU THUẬT

- Sử dụng kháng sinh trước phẫu thuật :
  • Dùng kháng sinh dự phòng Cefazolin 1g (TMC) trước rạch da 30 phút , hoặc có thể sử dụng.
  • Kháng sinh Ampicillin + ức chế betalactamase / Amox + Acid Clavulanic trước mổ để có thể tiếp tục duy trì kháng sinh điều trị sau mổ trong những trường hợp tiên lượng nguy cơ băng huyết trong lúc mổ / sau mổ sanh.
- PTV quan sát trong lúc mổ nếu ghi nhận tình trạng tử cung co hồi kém, chảy máu khó kiểm soát hoặc điều dưỡng viên ước lượng máu mất >=500ml trong bình chứa → cảnh báo bộ phận kỹ thuật viên và BS GM bắt đầu can thiệp hỗ trợ nội khoa (thuốc gò tử cung, thuốc cầm máu…).
- Sau khi thực hiện các can thiệp ban đầu mà vẫn chưa kiểm soát được tình trạng chảy máu, những phương pháp can thiệp tiếp theo sẽ được thực hiện ngay. Quyết định thực hiện các can thiệp tùy thuộc vào nhận định của PTV và tinh thần hội chẩn ngay lúc đó.

3.1. Thắt ĐM tử cung hoặc bó mạch tử cung – buồng trứng

(xem thêm trong Quy trình thắt động mạch tử cung)

- Thắt ĐM tử cung là lựa chọn đầu tiên để kiểm soát cầm máu, dễ thực hiện (mũi khâu O'Leary). Thắt đồng thời 2 ĐM này giúp kiểm soát chảy máu trong 90% trường hợp
- Chỉ định khi chảy máu do rách trên tử cung hoặc làm giảm lượng máu mất tạm thời từ những nguyên nhân khác.

3.2. Khâu ép tử cung

Kiểm soát chảy máu trong đờ TC, B-Lynch thường được thực hiện nhất.

3.3. Thắt ĐM hạ vị

(xem thêm trong Quy trình kỹ thuật thắt động mạch hạ vị)

- Giảm lượng máu đến TC, khó thực hiện đặc biệt khi TC lớn, đường mổ ngang, vùng chậu đầy máu, kinh nghiệm phẫu thuật sau phúc mạc ít.

3.4. Cắt TC: là can thiệp cuối cùng khi đứng trước nguy cơ tử vong.

IV. XỬ TRÍ XUẤT HUYẾT SAU MỔ SANH

- Xuất huyết sau mổ lấy thai có thể do không được đánh giá trước khi đóng bụng và trước khi chuyển bệnh nhân ra khỏi phòng mổ. Các biểu hiện: chảy máu từ âm đạo nhiều, mạch nhanh, huyết áp tụt, hoặc thiểu niệu – vô niệu.
- Kiểm tra các thành âm đạo, cổ tử cung nếu máu chảy ra từ âm đạo.
- Siêu âm tại giường gợi ý nguyên nhân nếu có biểu hiện mất máu trên lâm sàng nhưng không thấy máu ra từ âm đạo, có thể ghi nhận tình trạng xuất huyết nội hoặc khối máu tụ.
- Mở bụng nếu máu vẫn chảy và chưa xác định được nguyên nhân, hoặc khi đã xác định được nguyên nhân nhưng không thể kiểm soát bằng các điều trị bảo tồn.

XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT SAU SANH 47

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa (ACOG 2017)

- Băng huyết sau sanh (BHSS) là tình trạng máu mất ≥ 500 ml khi sinh ngã âm đạo hoặc mất máu ≥ 1000ml khi mổ lấy thai
- BHSS là 1 cấp cứu sản khoa, được phân loại:
  + BHSS sớm hay nguyên phát: xảy ra trong vòng 24 giờ đầu.
  + BHSS muộn hay thứ phát: xảy ra từ 24 giờ đến 6 tuần sau sanh.

1.2. Tần suất mắc

- BHSS nguyên phát chiếm 4 – 6 % tổng số ca sanh, trong đó đờ tử cung là nguyên nhân thường gặp nhất chiếm khoảng 80%.
- Ước tính mỗi năm trên thế giới có khoảng 140.000 trường hợp tử vong vì BHSS nặng.

II. TRIỆU CHỨNG

2.1 Về mặt sinh lý, chảy máu sau sanh được kiểm soát

- Sau khi nhau bong sự cầm máu được thực hiện nhờ sự co rút của sợi cơ tử cung và cơ chế đông máu bình thường. Tử cung sẽ co lại thành một khối cứng gọi là khối cầu an toàn.

2.2 Nguyên nhân – Yếu tố nguy cơ

4 T	Nguyên nhân	Yếu tố nguy cơ
Đờ TC (Tone)	Tử cung căng quá mức Chuyển dạ kéo dài U xơ tử cung Lộn TC Nhiễm trùng hoặc do dùng thuốc tăng co kéo dài	Sử dụng oxytocin kéo dài Đa sản (≥ 5 lần mang thai) Nhiễm trùng ối Giảm đau sản khoa Song thai hoặc đa thai Đa ối Con to Đa nhân xơ tử cung Kéo dây rốn quá mức Dây rốn ngắn Nhau bám đáy tử cung
Tổn thương đường sinh dục (Trauma)	Cắt TSM Tổn thương âm đạo Rách cổ tử cung Vỡ TC	Sanh giúp Sanh nhanh
Sót mô (Tissue)	Sót nhau Nhau cài răng lược Nhau không bong	Có bánh nhau phụ Tiền căn mổ lấy thai Sổ nhau bất toàn
Bất thường đông máu (Thrombin)	Bệnh lý đông cầm máu bẩm sinh hoặc mắc phải (TSG, hội chứng HELLP) Nhau bong non Thai chết lưu Nhiễm trùng nặng, thuyên tắc ối) Đang điều trị kháng đông	Mảng bầm/chấm xuất huyết Nhau bong non Sốt/nhiễm trùng huyết Đang điều trị bệnh lý huyết khối

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Triệu chứng lâm sàng

- Toàn thân: có thể có tình trạng thiếu máu cấp tùy theo lượng máu mất cũng như tình trạng thiếu máu trước đó.

Bảng ước lượng mức độ mất máu

Độ	V máu mất(ml)	Shock index	Huyết áp	Mạch	Hô hấp	Ý thức
I	500 – 1000 (10-15%)	0.6-0.9	Bìnhthường	<100	Bìnhthường	Bìnhthường
II	1000 – 1500 (15-25%)	1	Giảm ít	>100	Nhịp thởtăng	Lo lắng
III	1500 – 2000 (25-35%)	1.5	HATT< 90	>120	Khó thở	Vật vã, tiểuít
IV	2000 – 3000 (35-45%)	≥2	HATT<70	>120	Suy hôhấp nặng	Lơ mơ, hônmê

(Nguồn: Bonnar, J. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000; 14:1).

- Sản khoa: tùy theo nguyên nhân mà có các triệu chứng thực thể khác nhau.

Triệu chứng chính	Nguyên nhân
Tử cung mềm nhão, không gò	Đờ tử cung
Chảy máu nhiều hoặc choáng ngay sau sanh, tử cung gò tốt	Tổn thương đường sinh dục dưới
	Vỡ tử cung (hoàn toàn hoặc dưới phúc mạc)
Không sờ thấy đáy tử cung (trên bụng) hoặc nhìn thấy đáy tử cung thò ra đường âm đạo	Lộn tử cung
Chảy máu khi không có những triệu chứng trên hoặc xuất hiện trong quá trình chảy máu	Rối loạn đông máu

3.2. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm:

- TPTTBM để đánh giá tình trạng mất máu
- Chức năng đông máu đánh giá tình trạng rối loạn đông máu
- Nhóm máu để truyền máu
- Các xét nghiệm khác: tùy tình trạng bệnh nhân

IV. XỬ TRÍ

4.1. Nguyên tắc

- Hồi sức cấp cứu nội khoa song song với xử trí sản khoa.
- Tìm nguyên nhân sản khoa và xử trí theo nguyên nhân.
- Nếu 1 biện pháp can thiệp không hiệu quả phải lập tức thực hiện biện pháp tiếp theo.

  C R M I A

  + C (Communicated): gọi hỗ trợ của đồng nghiệp, gọi hỏi bệnh nhân và giao tiếp với người nhà
  + R (Rescuscitate): hồi sức theo các bước CAB
  + M (Monitor): theo dõi các thông số: M, huyết áp, tần số thở, tri giác, nước tiểu, lượng máu mất, tốc độ mất máu…
  + I (Investigated): đánh giá các thông số trên
  + A (Arrest): làm ngưng việc chảy máu bằng thuốc, thực hiện các thủ thuật, phẫu thuật cần thiết.

4.2. Hồi sức cấp cứu nội khoa tích cực

Nguyên tắc:

- CAB (C (circulation, compressions)– A (airway) – B (breathing),
- Tính chỉ số Shock index (SI): Mạch/Huyết áp tâm thu (giá trị bình thường 0.5 – 0.8). Nếu SI ≥ 1 bệnh nhân có thể đi vào shock, hành động ngay lập tức:

  Sản phụ nằm đầu thấp, thở oxy; lập 2 đường truyền TM lớn bù dịch điện giải đẳng trương, lưu ý Glucose 5 % không dùng để hồi sức. Mắc monitor theo dõi sinh hiệu; đánh giá lượng máu mất qua túi và qua búi.

Dịch truyền	Tỉ lệ hồi phục thể tích	Lưu ý
NaCl 0.9%	1/4	Ưu thế hơn LR do không có nguy cơ gây toan chuyển hoá và tăng Kali máu
Acetat Ringer	1/4	Tác dụng tương đương NS trên huyết động và chuyển hoá Oxy
Cao phân tử 6%	1,2 – 1,4 /1	Dùng tạm khi HA tụt, có chỉ định truyền máu nhưng chưa có máu

Máu và các chế phẩm của máu	1/1	Truyền máu khi: - Mất máu > 25% (>1500 ml), tối thiểu 2 đơn vị HCĐĐ, nếu phải truyền hơn 4 đơn vị HCĐĐ thì truyền theo quy tắc 2 HCĐĐ : 1 HTTĐL : 1 KTL. - Cân nhắc truyền máu trong trường hợp thay đổi huyết động học, hoặc máu vẫn tiếp tục chảy. Truyền tiểu cầu khi < 50k/mm^3

4.3. Xác định nguyên nhân 4T (lưu đồ đính kèm)

4.3.1 Xử trí đờ tử cung

- Dùng thuốc co hồi tử cung.

	Liều dùng	***Duy trì***	***Liều tối đa***	***Cẩn trọng/ Chống chỉ định***
Oxytocin	TTM 60 giọt/phút: 20UI pha 500ml Lactat Ringer hoặc NaCl 0.9% TB 2 ống	TTM 40 giọt/phút: 10UI pha 500ml dd đẳng trương	40 UI Không quá 3 lít dịch chứa Oxytocin	Không tiêm mạch nhanh vì gây tụt HA
Ergometrine	TB 0.2 mg	Lặp lại mỗi 15 phút Hoặc TB mỗi 4 giờ	5 liều (tổng cộng 1.0mg)	Tiền sản giật Cao HA Bệnh lý tim Xơ cứng bì Hội chứng Raynauld
Misoprostol (PG E1)	600µg ngậm dưới lưỡi hoặc nhét hậu môn.	Không khuyến cáo lặp lại	Không quá 600 – 800 µg	Dùng được cho BN cao HA và Hen Tác dụng phụ: sốt
Carboprost (15-methyl PG $F_{2\alpha}$)	TB hoặc tiêm cơ tử cung: 0.25mg	Lặp lại 0.25 mg mỗi 15 - 90 phút	8 liều (tổng cộng 2 mg)	Không tiêm mạch nhanh Có thể dùng khi HA cao CCĐ: Hen
Tranexamic acid	1 g TM chậm	Lặp lại 1g sau 30 phút		

Khuyến cáo của WHO:

- Các thủ thuật: xoa đáy TC liên tục, ép tử cung bằng 2 tay, chèn động mạch chủ bụng bên ngoài, chèn buồng tử cung bằng sonde Foley, bóng đơn hoặc bóng đôi sau khi thất bại với thuốc co hồi tử cung.
- Thuyên tắc mạch ĐM tử cung (Uterine Artery Embolization) khi thất bại với các biện pháp ít xâm lấn mà huyết động vẫn còn ổn định, tỷ lệ thành công trung bình 89%. (Khuyến cáo mức độ yếu, bằng chứng mức độ rất thấp).
- Mở bụng thực hiện thắt các mạch máu (ĐM tử cung, ĐM tử cung – BT, ĐM hạ vị) Thắt động mạch tử cung thành công 96% . Thắt ĐM hạ vị (sau khi thắt ĐM tử cung, B – Lynch không hiệu quả) tỷ lệ thành công khoảng 75 – 77 %.
- May thắt TC để cầm máu (B – Lynch) hiệu quả tương đương bóng chèn tử cung với tỷ lệ thành công khoảng 80%
- Cắt TC: khi tất cả biện pháp bảo tồn thất bại.

V. HẬU QUẢ VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tử vong mẹ:

Là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ sau sinh.

5.2. Tổn thương tạng:

Bàng quang, niệu quản, ruột, bó mạch hạ vị và vùng chậu khi xử trí.

5.3. Phải cắt TC:

Do thất bại với các điều trị bảo tồn

5.4. Hội chứng Sheehan:

Là hoại tử một phần hoặc toàn bộ thùy trước tuyến yên gây suy tuyến yên, biểu hiện bằng dấu hiệu vô kinh, rụng lông, rụng tóc, suy tuyến giáp, suy tuyến thượng thận, mất sữa.

5.5. Biến chứng khác:

Sự mất máu nhiều gây ảnh hưởng tới sức khỏe và tinh thần của sản phụ: suy gan, suy thận, suy đa tạng, rối loạn đông máu và dễ nhiễm khuẩn hậu sản. Bên cạnh đó việc truyền máu làm tăng các nguy cơ và biến chứng của truyền máu.

VI. DỰ PHÒNG

Xác định nguy cơ.

- "Đa số" sản phụ được biết nguy cơ BHSS chỉ có 1 số ít bị BHSS (ngoại trừ nhau bất thường) và "Nhiều" trường hợp không có yếu tố nguy cơ BHSS lại bị BHSS.

Xử trí tích cực giai đoạn 3 vẫn là thực hành tốt nhất hiện nay.

Sử dụng thuốc co hồi tử cung là thành tố thiết yếu nhất.

- Giảm thời gian giai đoạn 3 chuyển dạ và nguy cơ BHSS.
- Oxytocin là thuốc đầu tay được lựa chọn.
- Nếu không có sẵn oxytocin thì nên sử dụng ergometrine hoặc misoprostol.

LƯU ĐỒ XỬ TRÍ BHSS

Bước 1: Tiếp cận và xử trí ban đầu

Hồi sức
- Đường truyền tĩnh mạch với dung dịch tinh thể
- Oxy qua mask
- Sinh hiệu
- Sonde tiểu

Nguyên nhân
- Soát lòng tử cung
- Kiểm tra sinh dục
- Kiểm tra lại tiền căn đông máu
- Quan sát cục máu đông

cls
- Công thức máu
- Đông máu
- Nhóm máu
- Siêu âm

Bước 2: Điều trị nguyên nhân

Tone
- Xoa đáy tử cung
- Chèn ép tử cung
- Thuốc gò tử cung
- Chèn bóng

Tissue
- Lấy nhau và mô sót
- Nạo lòng tử cung

Trauma
- Xử lý lộn tử cung
- May rách đường sinh dục
- Xác định vỡ tử cung

Thrombin
- Điều chỉnh rối loạn đông máu
- Bổ sung yếu tố đông máu

Bước 3: Tình hình băng huyết không cải thiện

Hội chẩn
- BS thường trú
- BS gây mê hồi sức
- BS huyết học (+/-)

Kiểm soát tại chỗ
- Chèn ép tử cung
+/- Thuyên tắc động mạch

Huyết áp và đông máu
- Truyền dung dịch tinh thể
- Chế phẩm máu

Bước 4: Can thiệp ngoại khoa (mở bụng)

May cầm máu nếu có tổn thương: vỡ tử cung khối máu tụ,..
May ép tử cung bằng B Lynch

Thắt động mạch
-Tử cung
- Buồng trứng
- Hạ vị (chậu trong)

Cắt tử cung

Bước 5: Chảy máu sau cắt tử cung

Chèn gạc ổ bụng

Thuyên tắc động mạch

Nguồn: SCOG Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa – Bộ Y tế 2016 – Chảy máu sau đẻ, trang 103.

Tiếng Anh

1. ACOG Practice Bulletin N183; October 2017
2. World Health Organization. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. Geneva: WHO; 2009. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf.
3. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO; 2012.
4. RANCOG. Management of Postpartum Haemorrhage; May 2015.
5. Handbook of OBSTETRIC EMERGENCIES. Gunasegaran Rajan.

48 SỬ DỤNG OXYTOCIN TRONG CHUYỂN DẠ

I. CHỈ ĐỊNH

Sử dụng Oxytocin để gây cơn co tử cung trong trường hợp đã chuyển dạ nhưng cơn co thưa, yếu.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Bất tương xứng đầu - chậu.
- Ngôi không có chỉ định sinh đường âm đạo.
- Nhau tiền đạo trung tâm.
- Nhau bong non thể nặng.
- Suy thai cấp.
- Không có phòng phẫu thuật, phẫu thuật viên và phương tiện phẫu thuật.
- Mẹ bị bệnh lý tim mạch gây rối loạn cung lượng tim.

2.2. Chống chỉ định tương đối

- Vết mổ cũ lấy thai.
- Đa thai, đa ối.

III. CÁCH SỬ DỤNG

3.1. Đường dùng: Truyền TM chậm bằng chai dịch hoặc bằng bơm tiêm điện.

3.2. Cách thực hiện:

- Bơm tiêm điện có điều khiển tốc độ truyền là cách sử dụng tốt nhất với liều ban đầu là 2mUI/phút.

Mỗi lần điều chỉnh tăng gấp đôi tốc độ.

+ Liều tối đa: 20mUI/ phút.

- Truyền tĩnh mạch dung dịch Glucose 5 % x 500 ml nhỏ giọt tĩnh mạch với tốc độ VIII giọt/phút.

+ Pha Oxytocin 5 đv (1 ống) vào chai Glucose 5% đang TTM VIII giọt/phút.

+ Lắc đều chai Glucose 5% đã có Oxytocin cho thuốc pha đều.

- Theo dõi sát chuyển dạ bằng monitor sản khoa, đặc biệt theo dõi tim thai và cơn gò TC.
- Phải ghi diễn tiến chuyển dạ trên biểu đồ chuyển dạ.

3.3. Theo dõi

- Theo dõi trong 20-30 phút, nếu cơn gò chưa đạt số cơn gò theo độ mở CTC thì chỉnh giọt tăng VIII giọt/phút (4mUI/phút) sao cho đạt được tần số cơn gò phù hợp. Liều tối đa là XL giọt/phút (20mUI/phút).
- Khám ngoài: mỗi 15 phút/lần đều đặn theo dõi cơn co tử cung, nhịp tim thai, độ lọt của ngôi mỗi giờ.
- Khi đã đạt được số cơn gò phù hợp giai đoạn chuyển dạ và độ mở cổ tử cung, đánh giá sự tiến triển của CD bằng độ mở CTC và ngôi thai
- Khi phát hiện chuyển dạ ngưng tiến triển (theo dõi tối đa 2 giờ).

+ Cân nhắc việc có tiếp tục sử dụng Oxytocin liều cao hơn hay phối hợp thuốc mềm CTC hay

+ MLT.

IV. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Cơn gò cường tính:

Ngưng truyền Oxytocin, có thể phối hợp thuốc giảm gò và theo dõi sát tần số cơn gò và tình trạng tim thai trong 30 – 45 phút. Sau 45 phút cơn gò TC không giảm phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc giúp sinh bằng dụng cụ nếu đủ điều kiện.

- Dọa vỡ - vỡ TC: tham khảo phác đồ Vỡ TC.
- Thai suy cấp trong chuyển dạ.

+ Nếu có dấu hiệu suy thai phải ngừng truyền Oxytocin

+ Sau khi ngưng truyền Oxytocin 15 phút nếu không có kết quả, phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc sinh forceps nếu đủ điều kiện.

- Nhau bong non: tham khảo phác đồ nhau bong non.
- Ngộ độc nước: Khi truyền liều cao trong thời gian dài.
- Ảnh hưởng tim mạch:
  + Khi dùng liều cao > 45mUI/phút hay khi tiêm TM trực tiếp.
  + Gây tụt huyết áp, giảm tưới máu động mạch vành, ngưng tim.
- Giãn cơ trơn:
  + Khi dùng liều cao trực tiếp.
  + Thường gặp đi kèm sản phụ được gây tê hay gây mê.
- Ảnh hưởng lên thai: suy thai, ngạt sau sinh, tăng Bilirubin/máu gây tăng mức độ vàng da sơ sinh.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VỠ TỬ CUNG

49

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Vỡ tử cung là một trong 5 tai biến sản khoa, có thể xảy ra trong thai kỳ hay trong chuyển dạ biểu hiện bằng sự vỡ các lớp cơ tử cung.

1.2. Tần suất mắc

- Vỡ tử cung không có sẹo mổ cũ: 0,005% đến 0,017% thai kỳ (1).
- Tỷ lệ chung vỡ tử cung có sẹo mổ cũ: 0,5% (2). Khi vào chuyển dạ so sánh giữa mổ sanh chủ động và nghiệm pháp sanh ngã âm đạo trên VMC (TOLAC) tỷ lệ vỡ tử cung ở nhóm mổ sanh chủ động là 0,02%, TOLAC 0,7% (3).

1.3. Yếu tố nguy cơ: (4)

- Trong thai kỳ:
  - Tử cung có sẹo: mổ lấy thai, bóc nhân xơ, xén góc trong thai ngoài tử cung, nạo thai,…
  - Tử cung bất thường: bất thường ống Muller, hội chứng Ehler-Danlos
  - Nhau cài răng lược
  - Tai nạn giao thông
  - Dùng thuốc gây nghiện, corticoid lâu dài
- Trong chuyển dạ:
  - Tử cung có sẹo, tử cung bất thường
  - Đa sản, thai to
  - Ngôi bất thường
  - Thai trình ngưng tiến, u tiền đạo, khung chậu dị dạng
  - Dùng prostaglandin, oxytocin, misoprostol
  - Giúp sanh bằng dụng cụ (Kielland forceps)
  - Một số nguyên nhân hiếm gặp: bóc nhau, bóng chèn lòng tử cung, nhau cài răng lược

II. TRIỆU CHỨNG

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng: bụng đau liên tục, gò cứng. Tuy nhiên ngưỡng chịu đau khác nhau tùy người nhất là ở bệnh nhân dùng thuốc gây nghiện, bệnh nhân được giảm đau sản khoa. Nên nghi ngờ vỡ tử cung khi bệnh nhân trước đó giảm đau hiệu quả đột ngột đau trở lại. Khi vỡ tử cung xảy ra bệnh nhân thấy giảm đau.
- Ra máu âm đạo
- Đau vai

2.1.2. Triệu chứng thực thể

- CTG: 70% (3) có bất thường, hay gặp nhịp tim thai chậm, mất tim thai.
- Tử cung tăng trương lực, gò cường tính.
- Ra máu âm đạo đỏ tươi, máu chảy ra ngoài có thể không tương xứng lượng máu mất do CTC đóng hoặc ngôi thai chèn kín âm đạo.
- Sinh hiệu: da xanh, mạch nhanh, huyết áp tụt, shock thay đổi theo lượng máu mất.
- Khám âm đạo ngôi thai đã thấp đột nhiên bị kéo lên cao, sờ bụng thấy tử cung mất hình dáng ban đầu, các phần của thai nằm ngay dưới da bụng.
- Tiểu máu khi có tổn thương bàng quang 25% (4).

2.2. Cận lâm sàng

- CTM: Thiếu máu
  SA: dịch ổ bụng, thai trong ổ bụng

III. CHẨN ĐOÁN

- Trong trường hợp điển hình thai phụ đau bụng nhiều đột ngột giảm đau tim thai diễn biến xấu nhanh chóng kèm ra máu âm đạo và các dấu hiệu của giảm thể tích tuần hoàn.
- Trên sản phụ có sẹo mổ cũ vỡ tử cung xảy ra đột ngột không có dấu hiệu dọa vỡ.

- Giai đoạn hậu sản: sản phụ ra máu âm đạo nhiều không đáp ứng với các loại thuốc co hồi tử cung kèm đau bụng nên nghi ngờ vỡ tử cung.

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Nhau bong non
- Vỡ tạng: vỡ gan trong bệnh cảnh TSG nặng, vỡ phình mạch máu, vỡ lách, thận, buồng trứng, mạch máu vùng chậu,...
- Nhiễm trùng ối

V. ĐIỀU TRỊ

- Xử trí shock giảm thể tích bài riêng
- Mổ khẩn: việc quyết định bảo tồn hay cắt tử cung tùy thuộc nhiều yếu tố:
  - Tình trạng huyết động của mẹ, tình trạng chảy máu,
  - Mức độ phức tạp của vết rách,
  - Số con, mong muốn của sản phụ, kinh nghiệm của PTV
- Dùng kháng sinh điều trị sau mổ

VI. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG

- Những trường hợp thực hiện TOLAC nên theo dõi CTG liên tục nhằm phát hiện những CTG bất thường để có xử trí kịp thời.
- Nếu để lại tử cung bệnh nhân cần ngừa thai ít nhất 18 tháng.
- Thai kỳ tiếp theo nếu sẹo nằm ở đoạn dưới tử cung thì có tiên lượng giống như một ca có sẹo mổ lấy thai cũ. Nếu sẹo ở vị trí khác nên có kế hoạch mổ sanh chủ động khi thai đủ trưởng thành, trước khi vào chuyển dạ. Thời điểm chấm dứt thai kỳ tùy vào từng trường hợp sau khi cân nhắc giữa nguy cơ và lợi ích, một số tác giả đề nghị mổ sanh lúc 36-37 tuần (1,4).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

- Hướng dẫn điều trị chuẩn quốc gia 2015

Tiếng Anh

1. James F Smith, MD, MA, Joseph R Wax, MD. Uterine rupture: Unscarred uterus. UpToDate, 2019. https://www.uptodate.com/contents/uterine-rupture-unscarred-uterus.
2. Incidence and outcomes of uterine rupture among women with prior caesarean section: WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health, 2017.
3. Vaginal birth after cesarean delivery, Acog practice bulletin 205, 2019.
4. Management of ruptured uterus, Mid Essex hospital services NHS, 2017.

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ THAI TRÌNH NGƯNG TIẾN

50

I. ĐỊNH NGHĨA

Thai trình ngưng tiến là một dạng của chuyển dạ bất thường, xảy ra trong giai đoạn 1 (pha tiềm thời hoặc pha hoạt động) hoặc trong giai đoạn 2 của cuộc chuyển dạ, trong điều kiện ối vỡ và có cơn gò tử cung đủ.

II. YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CUỘC CHUYỂN DẠ

2.1. Những yếu tố kéo dài cuộc chuyển dạ

- Gây tê ngoài màng cứng
- Nghiện thuốc an thần
- Dư cân hoặc béo phì
- Mẹ lớn tuổi
- Khởi phát chuyển dạ bằng thuốc
- Con so
- Thai nhi nằm kiểu thế không phải là kiểu thế trước
- Sản phụ bệnh liệt giường
- Song thai
- Nhiễm trùng ối
- Thai to
- Mẹ mắc các bệnh lý nội khoa kèm theo

2.2. Những yếu tố rút ngắn cuộc chuyển dạ

- Oxytocin
- Con rạ

III. CHẨN ĐOÁN

Chuyển dạ được chia thành 3 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: từ khi bắt đầu chuyển dạ đến khi CTC mở trọn

  + Pha tiềm thời: bắt đầu cùng lúc với chuyển dạ, đặc trưng bởi các cơn gò tử cung đều đặn, gây đau và tốc độ thay đổi CTC chậm. CTC < 4cm

  + Pha hoạt động: đặc trưng bởi tốc độ mở CTC nhanh, vượt trội. CTC từ >=4cm đến trọn.

- Giai đoạn 2: từ khi CTC mở trọn đến khi sổ thai
- Giai đoạn 3: từ khi sổ thai đến khi hoàn thành sổ nhau.

3.1. Pha tiềm thời kéo dài

- Con so: ≥ 20 giờ
- Con rạ: ≥ 14 giờ
- Với CTC được 3 cm kéo dài 8 giờ (ACOG)
- Cơn gò phù hợp chuyển dạ

3.2. Pha hoạt động

- Chuyển dạ kéo dài khi có tốc độ mở CTC

  + Con so: CTC mở ≤ 1,2 cm /giờ

  + Con rạ: CTC mở ≤ 1,5 cm/giờ

- Chuyển dạ ngưng tiến được chẩn đoán trong điều kiện ối đã vỡ và cơn co tử cung hiệu quả.
- Chẩn đoán thai trình ngưng tiến khi CTC ≥ 6 cm và không mở thêm sau 4 giờ theo dõi

  Trường hợp mở CTC từ 4-6cm:

  - Nếu không kèm yếu tố bất lợi(*) thì chẩn đoán thai trình ngưng tiến khi CTC không mở thêm sau 6 giờ theo dõi.
  - Nếu kèm yếu tố bất lợi thì chẩn đoán thai trình ngưng tiến khi CTC không mở thêm sau 4 giờ theo dõi.

- Yếu tố bất lợi: thai to, kiểu thế không phải là kiểu thế trước, mẹ lớn tuổi, dư cân hoặc béo phì, mẹ mắc các bệnh lý nội khoa, con so, thai quá ngày, nhiễm trùng ối,...

3.3. Giai đoạn sổ thai

Không GĐSK		GĐSK	
Con so	Con rạ	Con so	Con rạ
2 giờ	1 giờ	3 giờ	2 giờ

Chẩn đoán được thiết lập chỉ khi không kèm theo các yếu tố nguy cơ:

- Bất xứng đầu chậu hoặc có dấu hiệu gợi ý bất xứng đầu chậu…
- Tình trạng thai nhi không được đảm bảo: ối xấu (ối vàng sệt, ối xanh sậm, ối vàng xanh loãng), dấu hiệu chèn ép rốn…
- Tình trạng sản phụ không đảm bảo: mẹ có bệnh lý mãn tính, trở nặng hơn khi vào chuyển dạ…

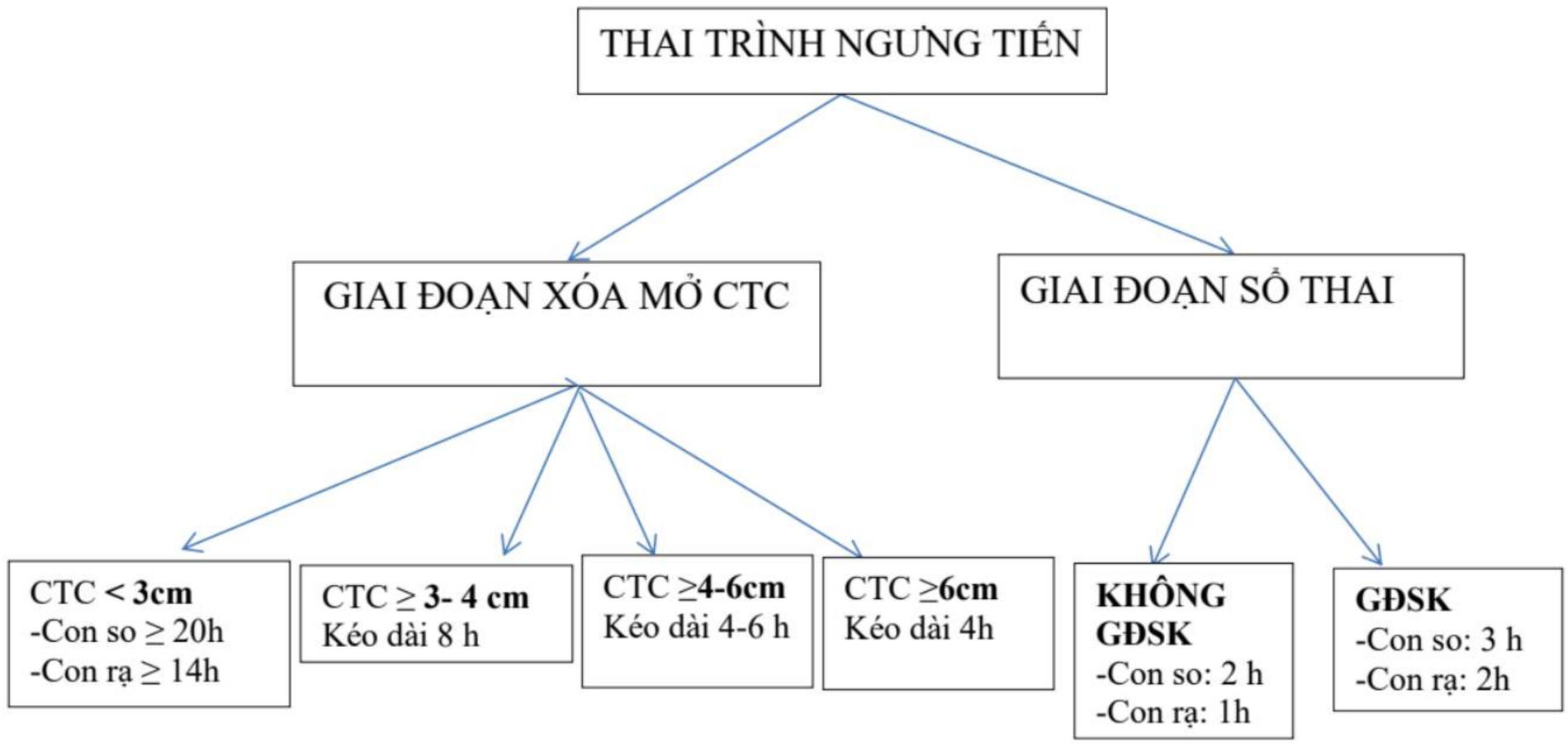
IV. DỰ PHÒNG

- Chẩn đoán chính xác chuyển dạ.
- Theo dõi tiến trình chuyển dạ.
- Đánh giá sức khỏe mẹ và thai mỗi 1-2 giờ khi vào chuyển dạ tích cực.
- Đánh giá yếu tố nguy cơ.
- Tia ối.
- Sử dụng oxytocin đúng chỉ định và đúng liều lượng, đảm bảo thai phụ được theo dõi tốt trong suốt quá trình chuyển dạ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS 2009.
2. Normal and abnormal labor progression (UPTODATE 2019).
3. Obstetrics Normal and Problem Pregnancies 7th edition, Chapter 12 Normal labor and delivery, Chapter 13 Abnormal labor and induction of labor, 246:288.

LƯU ĐỒ


THAI TRÌNH NGƯNG TIẾN
GIAI ĐOẠN XÓA MỞ CTC
GIAI ĐOẠN SỔ THAI
CTC < 3cm
-Con so ≥ 20h
-Con rạ ≥ 14h
CTC ≥ 3- 4 cm
Kéo dài 8 h
CTC ≥4-6cm
Kéo dài 4-6 h
CTC ≥6cm
Kéo dài 4h
KHÔNG GĐSK
-Con so: 2 h
-Con rạ: 1h
GĐSK
-Con so: 3 h
-Con rạ: 2h

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BÍ TIỂU SAU SANH 51

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Bí tiểu sau sanh (BTSS) là tình trạng không đi tiểu được sau sanh thường kèm đau vùng bụng dưới, có hay không cầu bàng quang và cần thông tiểu để giảm triệu chứng.

Dung tích nước tiểu tồn lưu (DTNTTL) là thể tích nước tiểu đo được ngay sau sản phụ tự tiểu xong, có thể đo bằng siêu âm hoặc đo bằng thông tiểu. Định nghĩa này phản ánh chính xác tình trạng mất cân bằng giữa áp lực tống xuất nước tiểu và kháng lực của lượng nước tiểu còn lại trong bàng quang, thể hiện sự thất bại hoặc kém vận động của cơ chóp bàng quang. Do đó, DTNTTL thể hiện mức độ bất thường của chức năng bàng quang và thường được sử dụng để chẩn đoán BTSS.

1.2. Tần suất mắc

0,05 - 37% tùy vào nghiên cứu.

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Con so
- Chuyển dạ giai đoạn 2 kéo dài hơn 120 phút
- Sanh thủ thuật
- Giảm đau sản khoa
- Tổn thương tầng sinh môn (TSM) độ 3, 4
- Con to (>3800g)

II. PHÂN LOẠI BTSS

2.1. BTSS thể lâm sàng (overt postpartum urinary retention, overt PUR): sản phụ không thể tự tiểu được sau sinh hoặc sau rút ống thông tiểu 6 giờ.

2.2. BTSS thể tiềm ẩn (covert PUR): sản phụ có thể đi tiểu được nhưng dung tích nước tiểu tồn lưu đo qua siêu âm hoặc scan bàng quang ngay sau tự tiểu từ 150ml trở lên ở thời điểm 6 giờ sau sinh.

III. TRIỆU CHỨNG

3.1. Triệu chứng cơ năng (rối loạn chức năng đường tiểu)

- Căng đau vùng bụng dưới (dễ lầm đau vết mổ hay gò tử cung).
- Không thể tự đi tiểu được sau sanh 6 giờ hoặc sau rút ống thông tiểu hoặc tiểu rất ít.
- Cảm giác tiểu không hết.

3.2. Khám thực thể

- Có thể thấy cầu bàng quang, việc xác định cầu bàng quang đôi khi khó (nếu thể tích < 400 ml).
- Đáy tử cung cao hoặc lệch vị trí.

IV. CHẨN ĐOÁN

4.1. Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán BTSS: xác định DTNTTL sau sanh hoặc sau rút ống thông tiểu 6 giờ

- Chẩn đoán khi DTNTTL >150ml.

4.2. Các phương tiện giúp chẩn đoán xác định DTNTTL: 2 cách

- Siêu âm bàng quang hoặc scan đo dung tích nước tiểu tồn lưu: là phương pháp không xâm nhập, khuyến cáo nên sử dụng nhiều hơn.
- Scan bàng quang áp dụng cho những sản phụ có yếu tố nguy cơ kể trên, thực hiện scan sau khi cho sản phụ tự tiểu.
- Thông tiểu: là phương pháp xâm lấn, cần tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn.

V. ĐIỀU TRỊ

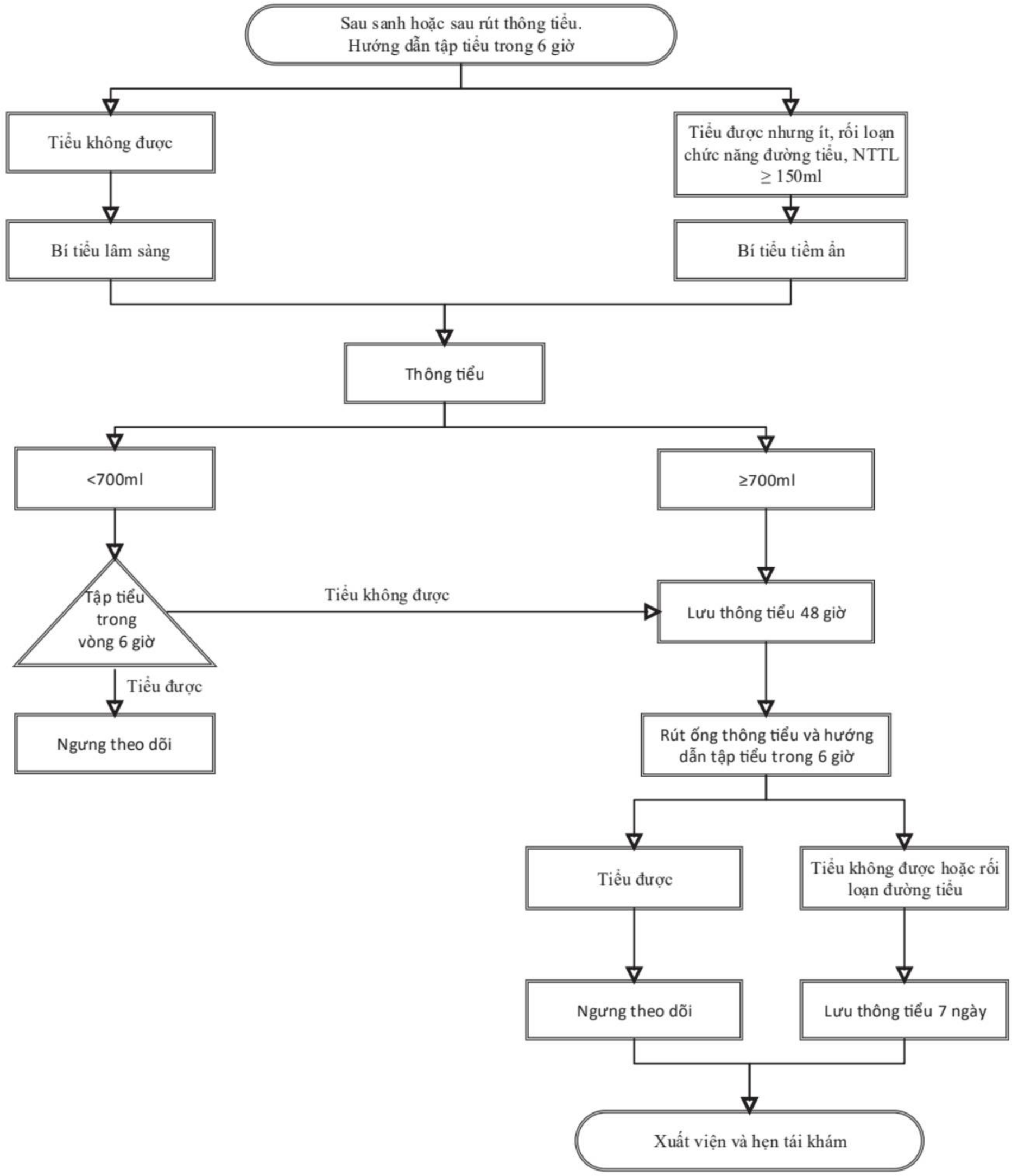
5.1. Các phương pháp hỗ trợ tập tiểu: Sản phụ tiểu được nhưng khó khăn, tiểu lượng ít, cảm giác buốt. Tỉ lệ thành công 50-60%.

- Vận động với sự giúp đỡ của người nhà
- Cho sản phụ ngồi tại bồn tiểu, thật thoải mái
- Rưới nước ấm lên vùng âm hộ, lỗ tiểu
- Hướng dẫn sản phụ tập hít thở và tập rặn

- Uống đủ nước
- Chườm ấm vùng bụng dưới rốn

5.2. Sơ đồ theo dõi và điều trị BTSS

LƯU ĐỒ XỬ TRÍ BÍ TIỂU SAU SANH



- Điều trị thông tiểu giải áp: chỉ định khi có cầu bàng quang mà thất bại sau khi tập tiểu và thể tích nước tiểu sau khi đặt thông tiểu từ 400 – 700ml.
- Điều trị thông tiểu lưu chỉ định khi sản phụ không thể tự tiểu bình thường với DTNTTL từ 700ml trở lên hoặc sản phụ bí tiểu phải thông tiểu giải áp từ hai lần trở lên sau sinh, thời gian lưu 48 giờ.
- Sau khi rút thông tiểu lưu trong vòng 6 giờ, kiểm tra khả năng tự tiểu và đo DTNTTL của sản phụ qua scan bàng quang hoặc siêu âm nếu thất bại lưu thông tiểu trong 7 ngày và xuất viện, hẹn tái khám sau 1 tuần.
- Châm cứu: chỉ định khi có rối loạn đi tiểu, hỗ trợ tập tiểu, trong thời gian đặt sonde tiểu lưu, châm cứu 2 lần/ngày, thực hiện đến khi bệnh nhân có thể tự tiểu dễ dàng.

5.3. Hỗ trợ

- Giảm đau TSM:
  - o Chườm lạnh khi TSM phù nề nhiều
  - o Dùng thuốc giảm đau: sử dụng từ 2-3 ngày
    - ▪ Paracetamol 500mg 01v uống (khi đau), có thể lặp lại sau 8 giờ.
    - ▪ Diclofenac suppo 100mg 01v nhét hậu môn (khi đau), có thể lặp lại sau 12 giờ.
- Kháng sinh: Không khuyến cáo.
- Kháng viêm, chống phù nề, sử dụng từ 3-5 ngày:
  Alphachymotrypsin 2v x 3 lần, ngậm áp má cách 8 giờ.

VI. CÁC HẬU QUẢ BTSS

- Liệt bàng quang
- Vỡ BQ
- Nhiễm trùng hệ niệu
- Trào ngược niệu quản
- Thận ứ nước 2 bên
- Suy thận cấp, mạn
- Tiểu không tự chủ
- Tiểu khó

VII. DỰ PHÒNG

- Trong chuyển dạ: Khuyến khích sản phụ tiểu mỗi 2 - 3 giờ (Nếu có GĐSK : sonde tiểu lưu và rút trước khi rặn sanh)
- Sau sanh:
  + Hướng dẫn sản phụ tiểu mỗi 2 - 3 giờ
  + Chườm lạnh vết may TSM
  + Uống đủ nước 2 lít/ngày

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Management of urinary retention in pregnancy, post-partum and after gynaecological surgery. Royal College of Physicians of Ireland, May 2018.
2. South Australian Perinatal Practice Guidelines postpartum bladder dysfuntion – WCHN- PPG- 18092012.
3. Mr Philip Rahmanou MRCOG, et la. Post-partum Bladder Care:Background, practice and complications. Obs Gynae & Midwifery News-Incorporating Womens'Health 2012.
4. Rohna Kearney, Alfred Cutner. Review Postpartum voiding dysfuntion. The Obstetrician & Gynecologist. www.rcog.org.uk/togonline 2008;10:71-74.
5. C.C.Liang, et la. Postpartum urinary retention after cesarean delivery. In ternational Journal of Gynecology and Obstetrics. (2007)99,229-232.
6. Bladder Care Postpartum & Management of Urinary Retention 2013 09 17.doc. www.ncbi.nim.nil.gov/pubmed/17145356.
7. Groutz A, et la. Persistent postpartum urinary retention in contemporary obstetric practic. Definition, prevalence and clinical implications. J Reprod Med 2001,46:44-48.
8. Sukrant Mehta, et le. Evaluation and Management of Postpartum Urinary Retention. Curr Bladder Dysfunct Reposts 2012,7:260-263.
9. Dr Mausumi Das. Guideline for postpartum bladder care. Nottinggham University Hospitals.
10. Christopher E Kelly, MD. Evaluation of Voiding Dysfuntion and Measurement of Bladder Volume. Rev Urol.2004;6(Suppl 1):S32-S37.
11. Jeanett L.Lim. Postpartum voiding dysfunction and urinary retention. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2010;50:502-505.

52 NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Nhiễm khuẩn hậu sản (NKHS) là một trong những tai biến sản khoa thường gặp và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trong các tai biến sản khoa.

NKHS là các nhiễm khuẩn xuất phát từ bộ phận sinh dục, xảy ra trong thời kỳ hậu sản tức là trong vòng 6 tuần lễ sau sanh.

1.2. Phân loại

NKHS bao gồm:

- Nhiễm khuẩn âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn (TSM).
- Viêm nội mạc tử cung (NMTC), viêm toàn bộ tử cung, viêm tử cung phần phụ, viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phúc mạc toàn bộ, nhiễm khuẩn huyết, viêm tắc tĩnh mạch.

1.3. Tần suất

Tại bệnh viện Hùng Vương, vào năm 2005, tỉ lệ NKHS vào khoảng 3,6% (cho các loại chẩn đoán: sốt hậu sản, nhiễm khuẩn vết may TSM, viêm NMTC).

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Nhiễm khuẩn vết may TSM

Hầu hết vi khuẩn có liên quan là Staphylococcus hoặc Streptococcus và nhóm Gram âm.

2.2. Nhiễm khuẩn ống sinh dục

- Nguy cơ tăng cao liên quan quá trình đẻ như:
  + Chuyển dạ kéo dài
  + Số lần khám âm đạo
  + Dùng dụng cụ theo dõi thai bên trong

- Thường do đa vi khuẩn, Nhóm cầu trùng Gram dương, Bacteroides và Clostridium là nhóm vi khuẩn kị khí chiếm ưu thế. Escherichia Coli và cầu trùng Gram dương thì nhìn chung liên quan ái khí.

2.3. Viêm NMTC

- Nguy cơ tăng viêm NMTC sau:
  + Chuyển dạ kéo dài
  + Mổ sanh
  + Ối vỡ lâu
  + Nhiễm khuẩn ối
  + Kiểm soát tử cung không đảm bảo vô khuẩn
  + Sót nhau
  + Dùng dụng cụ theo dõi thai bên trong
  + Thiếu máu
  + Tình trạng kinh tế thấp
- Trong đa số trường hợp viêm NMTC, vi khuẩn được tìm thấy là thường trú ở ruột, TSM, âm đạo, cổ tử cung.
- Viêm NMTC không điều trị sẽ dẫn đến các biến chứng trầm trọng hơn như viêm tử cung toàn bộ, viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn huyết...

III. CÁC DẤU HIỆU VÀ XỬ TRÍ NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

3.1. Nhiễm khuẩn ở TSM, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung

3.1.1. Triệu chứng

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

3.1.2. Điều trị

- Khám âm đạo loại trừ sót gạc; khám trực tràng loại trừ tổn thương trực tràng.
- Vệ sinh tại chỗ vết thương và kháng sinh.
- Nếu sau khi dùng kháng sinh, vết khâu TSM nghi ngờ tụ dịch thì thoát lưu dịch.
- Nếu toàn bộ vết khâu nhiễm khuẩn, bung hết chỉ thì phải rửa vết thương cho đến khi hoàn toàn không có mủ, nước vàng, mô dưới da hồi phục trở lại mới được khâu lại TSM.

3.2. Viêm NMTC

3.2.1. Triệu chứng

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

3.2.2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu, CRP, PCT, TPTNT.
- Soi nhuộm, cấy dịch lòng tử cung kháng sinh đồ.
- Cấy máu (khi sốt > 39°C hoặc xuất hiện biến chứng nhiễm trùng trên lâm sàng).
- Siêu âm, X-Quang.

3.2.3. Điều trị

- Hạ sốt bằng đắp khăn ấm, uống nhiều nước, sử dụng thuốc hạ sốt (khi sốt ≥ 38,5°C).
- Nếu bế sản dịch: nong cổ tử cung cho dịch thoát ra ngoài.
- Nếu sót nhau: hút hoặc nạo lấy nhau sau khi cho kháng sinh tối thiểu 1 giờ.
- Kháng sinh:
  + Dùng kháng sinh thích hợp theo kháng sinh đồ cấy dịch lòng tử cung.
  + Trước khi có kết quả kháng sinh đồ, điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm, có thể chọn Penicillins, Cephalosporins, Aminoglycosides, Metronidazole, Macrolides, Beta-lactamases inhibitors; có thể:
    ▸ Kết hợp kháng sinh:
      ▪ Ampicilin Sulbactam 1,5g (TMC) mỗi 6 giờ và Gentamycin 3-5mg/kg/ngày (TB); hoặc
      ▪ Clindamycin 600mg (TTM) mỗi 8 giờ và Gentamycin 3-5 mg/kg/ngày (TB);
    ▸ Nếu sau 24 - 48 giờ triệu chứng lâm sàng không cải thiện, kết hợp kháng sinh:
      ▪ Ceftriaxone 1g mỗi 12 giờ (hoặc Ceftriaxone 2g mỗi 24 giờ) và Metronidazole 500mg mỗi 8 giờ; hoặc
      ▪ Piperacillin + Tazobactam 4,5g x 3-4/ngày (truyền TM) và Metronidazole 500mg mỗi 8 giờ; hoặc

- Ticarcillin + Acid Clavulanic 3,2g x 3-4 lần/ngày (truyền TM) và Metronidazole 500mg mỗi 8 giờ.

► Trường hợp nghi ngờ vi khuẩn kháng thuốc:

- Imipenem 500 mg (truyền TM) 4 lần/ngày hoặc Meropenem 500mg-1g (truyền TM) 3 lần/ngày + Gentamycin 3-5mg/kg/ngày (TB) (hoặc Amikacin 15mg/kg/ngày (TTM) x1 lần/ngày)

+ Đánh giá 24 - 48 giờ sau điều trị, gồm:

► Triệu chứng lâm sàng: thân nhiệt, dịch âm đạo, mật độ tử cung, vẻ mặt nhiễm trùng.

► Cận lâm sàng: Tổng phân tích tế bào máu, CRP, PCT.

+ Điều trị kháng sinh ít nhất 5 ngày. (xem thêm phụ lục "Hướng dẫn chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống")

+ Ngưng điều trị kháng sinh khi:

► Lâm sàng cải thiện: không sốt trong vòng 24 giờ, dịch không hôi, không còn vẻ mặt nhiễm trùng.

► Cận lâm sàng: Bạch cầu, CRP, PCT: trở về bình thường.

3.3. Viêm tử cung toàn bộ

3.3.1. Triệu chứng

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

3.3.2. Điều trị

Điều trị cần sử dụng kháng sinh liều cao và phối hợp nhiều loại để ngăn ngừa nhiễm trùng huyết; nếu lâm sàng không đáp ứng hoặc đáp ứng kém có thể xem xét can thiệp ngoại khoa.

3.4. Viêm tử cung và phần phụ

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

3.4.1. Triệu chứng

- Xuất hiện muộn ngày thứ 8-10 sau đẻ.
- Sốt cao kéo dài kèm theo đau bụng dưới.
- Tử cung to, co hồi chậm, ấn đau.

- Tiến triển có thể khỏi dần nếu điều trị hữu hiệu và kịp thời.
- Có thể gây biến chứng viêm phúc mạc hay túi mủ vỡ vào bàng quang, âm đạo, trực tràng.

3.4.2. Điều trị

- Kháng sinh phối hợp, liều cao.
- Điều trị tùy vào bệnh cảnh lâm sàng; có thể xem xét can thiệp ngoại khoa.

3.5. Viêm phúc mạc tiểu khung

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

3.5.1. Triệu chứng

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

3.5.2. Điều trị

- Kháng sinh phối hợp, liều cao.
- Điều trị tùy vào bệnh cảnh lâm sàng; có thể xem xét can thiệp ngoại khoa.

3.6. Viêm phúc mạc toàn bộ

3.6.1. Triệu chứng

- Toàn thân mệt mỏi, sốt cao, gây sút cân, hốc hác, mạch nhanh, khó thở, nôn.
- Bụng chướng, đau.
- Phản ứng thành bụng.
- Cảm ứng phúc mạc.
- Thăm túi cùng rất đau.

3.6.2. Điều trị

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

3.7. Nhiễm khuẩn huyết

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

3.7.1. Triệu chứng

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

3.7.2. Điều trị

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

3.8. 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.

3.8.1. Phân loại

- Viêm tắc tĩnh mạch nông: thường xảy ra tại vị trí có đặt ống thông tĩnh mạch để truyền dịch hay truyền thuốc. Viêm tắc tĩnh mạch

nông có thể tự hết sau khi rút ống thông tĩnh mạch mà không cần điều trị đặc hiệu.

- Viêm tắc tĩnh mạch sâu: do sự hiện diện của huyết khối trong lòng tĩnh mạch. Huyết khối có thể theo mạch máu di chuyển đến các cơ quan gây viêm tắc mạch các cơ quan như: Viêm tắc tĩnh mạch chân (thường gặp nhất), viêm tắc mạch phổi, viêm tắc mạch mạc treo…

3.8.2. Nguyên nhân

- Chuyển dạ kéo dài, đẻ khó, chảy máu nhiều, đẻ nhiều lần, lớn tuổi, cơ địa thừa cân hoặc béo phì, không vận động sớm sau sinh.
- 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 chi dưới hoặc bụng.

3.8.3. Triệu chứng

- Thường xảy ra muộn ngày thứ 12 -15 sau đẻ.
- Sốt nhẹ, mạch tăng.
- Viêm tắc tĩnh mạch nông: sưng, nóng, đỏ, đau quanh vị trí đặt ống thông tĩnh mạch.
- Tắc tĩnh mạch chân: phù trắng, ấn đau, căng, nóng từ đùi trở xuống, cử động chân khó khăn.
- Tắc 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.

3.8.4. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu (chú ý tiểu cầu), CRP, các yếu tố đông máu.
- Siêu âm Doppler mạch máu, MRI.

3.8.5. Điều trị

- Viêm tắc tĩnh mạch nông: rút ống thông tĩnh mạch, vệ sinh tại chỗ vết thương, khuyến khích vận động. Sử dụng kháng sinh nếu có dấu hiệu nhiễm trùng.
- Tắc tĩnh mạch chân: bất động chân kéo dài đến 3 tuần sau khi hết sốt, kháng sinh, chống đông (Lovenox, Fraxiparin); theo dõi yếu tố đông máu và tiểu cầu 1 lần/1 tuần.
- Tắc mạch các cơ quan khác: xử trí theo từng chuyên khoa.

IV. BIẾN CHỨNG

- Tổn thương niêm mạc tử cung.
- Vô sinh.
- Sốc nhiễm trùng.
- Tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tiếng Việt

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, Bộ Y Tế (2015), Nhiễm khuẩn hậu sản, trang 107.
2. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh, Bộ Y Tế (2015), Nhiễm trùng nặng do sản khoa, trang 180.
3. Hướng dẫn điều trị 2016 tập 1, bệnh viện Hùng Vương (2016), Nhiễm khuẩn hậu sản, trang 225.
4. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh trong sản phụ khoa & sơ sinh, bệnh viện Hùng Vương (2016), Viêm nội mạc tử cung, trang 93.

2. Tiếng Anh

5. Yokoe DS, Christiansen CL, Johnson R, Sandu KE, et al. Epidemiology of and Surveillance for Postpartum Infectious. Emerg Infect Dis. Sep-Oct 2001;7(5):837-41.
6. Chaim W, Burstein E. Postpartum infection treatments: a review. Expert Opin Pharmacother. Aug 2003;4(8):1297-313. [Medline].
7. 7French LM, Smaill FM. Antibiotic regimens for endometritis after delivery. Cochrane Database Syst Rev. Oct 2004;18(4):CD001067. [Medline]
8. Andy W Wong, et al. Postpartum Infection Treatment & Management. Medscape. May 23, 2012.
9. WHO, "Recommendation on a combination of clindamycin and gentamicin for the treatment of postpartum endometritis". September 01, 2015.

53 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Nhiễm khuẩn vết mổ là bệnh lý xảy ra khi có sự tăng sinh của vi sinh vật gây bệnh tại vị trí rạch da hoặc niêm mạc được thực hiện bởi bác sĩ phẫu thuật trong thời gian từ khi mổ cho đến 30 ngày sau mổ.

1.2. Tần suất mắc:[1], [2], [4]

Theo WHO, tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) ở các nước thu nhập trung bình – thấp là 6,1%.

Ở các nước Đông Nam Á 7,8%.

Theo số liệu ghi nhận của tổ chức kiểm soát và phòng ngừa bệnh tật Châu Âu (ECDC) 2016, tỷ lệ NKVM trung bình sau mổ lấy thai là 1,9% (0,5% - 5,1%).

Tại Việt Nam, NKVM xảy ra ở 5% – 10%

Thường gặp nhất, với số lượng lớn thứ 2 trong các loại nhiễm khuẩn bệnh viện.

Khoảng trên 90% NKVM thuộc loại nông và sâu.

1.3. Yếu tố nguy cơ

1.3.1. Yếu tố người bệnh

- Đang mắc nhiễm khuẩn
- Tiểu đường
- Nghiện thuốc lá
- Suy giảm miễn dịch
- Béo phì hoặc suy dinh dưỡng.
- Nằm lâu trong bệnh viện trước mổ
- Tình trạng người bệnh trước phẫu thuật càng nặng thì nguy cơ NKVM càng cao. Theo phân loại của Hội Gây Mê Hoa Kỳ người bệnh phẫu thuật có điểm ASA (American Society of Anesthegiologists) 4 điểm và 5 điểm có tỷ lệ NKVM cao nhất.

1.3.2. Yếu tố môi trường

- Vệ sinh ngoại khoa không đủ

1.3.3. Yếu tố phẫu thuật

- Thời gian phẫu thuật
- Loại phẫu thuật
- Thao tác phẫu thuật

1.3.4. Yếu tố vi sinh vật

- Mức độ ô nhiễm, độc lực và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn.

II. PHÂN LOẠI THEO CDC

2.1. Nhiễm khuẩn vết mổ nông

Phải thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

- Nhiễm khuẩn xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật.

Và chỉ xuất hiện ở vùng da hay vùng dưới da tại đường mổ.

Và có ít nhất một trong các triệu chứng sau:

a. Chảy mủ từ vết mổ nông.

b. Phân lập vi khuẩn từ cấy dịch hay mô được lấy vô trùng từ vết mổ.

c. Có ít nhất một trong những dấu hiệu hay triệu chứng sau: đau, sưng, nóng, đỏ và cần mở bung vết mổ, trừ khi cấy vết mổ âm tính.

d. Chẩn đoán nhiễm khuẩn của bác sĩ điều trị hay phẫu thuật viên.

2.2. Nhiễm khuẩn vết mổ sâu

- Nhiễm khuẩn xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật

Và xảy ra ở mô mềm sâu (cân/cơ) của đường mổ.

Và có ít nhất một trong các triệu chứng sau:

a. Chảy mủ từ vết mổ sâu nhưng không từ cơ quan hay khoang nơi phẫu thuật.

b. Vết thương hở da sâu tự nhiên hay do phẫu thuật viên mở vết thương khi bệnh nhân có ít nhất một trong các dấu hiệu hay triệu chứng sau: sốt > 38^0C, đau, sưng, nóng, đỏ.

c. Áp xe hay bằng chứng khác của nhiễm khuẩn qua thăm khám lâm sàng và các cận lâm sàng (X quang, siêu âm, MRI...).

d. Chẩn đoán nhiễm khuẩn của bác sĩ điều trị hay phẫu thuật viên.

2.3. Nhiễm khuẩn vết mổ tại cơ quan, khoang phẫu thuật

- Nhiễm khuẩn xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật
  Và xảy ra ở bất kỳ nội tạng loại trừ da, cân, cơ đã xử lý trong phẫu thuật.
  Và có ít nhất một trong các triệu chứng sau:
  a. Chảy mủ từ dẫn lưu nội tạng
  b. Phân lập vi khuẩn từ cấy dịch hay mô được lấy vô trùng ở cơ quan hay khoang nơi phẫu thuật.
  c. Áp xe hay bằng chứng khác của nhiễm khuẩn qua thăm khám lâm sàng và các cận lâm sàng (X quang, siêu âm, MRI...).
  d. Chẩn đoán nhiễm khuẩn của bác sĩ điều trị hay phẫu thuật viên.

III. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- Vi khuẩn Gram (+) 46,6%, trong đó 23% Staphylococcus aureus và các streptococcus species.
- Vi khuẩn Gram (-) 29%: E. coli, Klebsiella species, proteus species, Enterobacteriaceae khác, Pseudomonas aeruginosa.
- Vi khuẩn hiếu khí 16,4%.
- Ngoài ra có tỷ lệ ít do nấm, ký sinh trùng.

IV. TRIỆU CHỨNG

4.1. Triệu chứng toàn thân

- Nhiễm khuẩn nhẹ, triệu chứng toàn thân ít ảnh hưởng.
- Nhiễm khuẩn nặng có thể có các triệu chứng sau đây: sốt, vẻ mặt hốc hác, môi khô, lưỡi bẩn...

4.2. Triệu chứng tại chỗ

- Nổi bật nhất là bốn triệu chứng của viêm: Sưng, Nóng, Đỏ, Đau.
- Bốn triệu chứng trên xuất hiện ở thời kỳ đầu của nhiễm khuẩn, nếu điều trị hợp lý thì có thể mất đi hoặc tiến sang thời kỳ có mủ.
- Triệu chứng chắc chắn là khi chọc dò thấy có mủ
- Nếu nhiễm trùng nông: vết mổ sưng, đỏ. Nhiễm trùng nông có thể dẫn đến áp-xe dưới da nếu không được phát hiện sớm.

- Nhiễm trùng sâu (nhiễm trùng trong lớp cân cơ thành bụng) thường chỉ được chẩn đoán khi đã hình thành áp-xe trong thành bụng.

4.3. Nhiễm khuẩn vết mổ tại cơ quan, khoang phẫu thuật

- Tổng phân tích tế bào máu: Số lượng bạch cầu tăng cao, bạch cầu đa nhân trung tính có thể trên 80%.
- Soi tươi dịch vết mổ định hướng sử dụng kháng sinh.
- Cấy dịch vết mổ + kháng sinh đồ để điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- CRP, Procalcitonin đánh giá tình trạng nhiễm trùng.
- Siêu âm đánh giá tình trạng vết mổ thành bụng và vết mổ ở tử cung.

4.4. Tiêu chuẩn điều trị ngoại trú

Có thể áp dụng theo chẩn đoán của CDC hoặc chi tiết hơn theo thang điểm Asepsis:

- Theo tiêu chuẩn CDC: Nhiễm trùng vết mổ nông, lâm sàng xem xét có thể điều trị ngoại trú bằng kháng sinh uống hoặc không dùng kháng sinh (chưa hở da vết mổ, không có tụ mủ, biểu hiện viêm mô tế bào mức độ nhẹ...).
- Theo thang điểm Asepsis: Chẩn đoán rối loạn lành vết thương khi điểm từ 10 – 20 điểm.

  (Xem phụ lục thang điểm Asepsis)

4.5. Tiêu chuẩn nhập viện

- Theo tiêu chuẩn CDC: Nhiễm trùng vết mổ sâu hoặc tạng, nhiễm trùng vết mổ nông không điều trị ngoại trú được (Đánh giá theo tiêu chuẩn CDC).
- Theo thang điểm Asepsis: Điểm Asepsis từ 20 điểm trở lên.
- Bệnh nhân không đồng ý hay không có điều kiện điều trị ngoại trú.

V. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc chung

- Điều trị nâng đỡ (Giảm đau, hạ sốt, dinh dưỡng, bù nước, điện giải...).
- Phân loại mức độ nhiễm khuẩn vết mổ.
- Thoát lưu dịch, mủ sớm.

- Chăm sóc vết thương tại chỗ.
- Kháng sinh điều trị thích hợp và khi cần thiết, phối hợp kháng sinh nếu cần.
- Cắt lọc, may lại vết thương khi cần thiết .
- Chỉ định may lại thành bụng (xem qui trình may lại vết mổ thành bụng).

+ Bệnh nhân bị hở da vết mổ từ 3 cm trở lên, không bung cân và đã được chăm sóc vết thương đủ điều kiện may phục hồi (chăm sóc tại chỗ cho đến khi 2 mép vết mổ mềm, không đau, đỏ nóng, đáy vết mổ không còn hoặc còn ít giả mạc, mô hạt lên tốt).

+ Trường hợp có bung cân có nguy cơ lộ tạng do áp lực ổ bụng. Ngoài ra, còn tùy tình trạng cấp cứu và bán cấp: xem xét mổ

+ thám sát sau khi sử dụng kháng sinh phối hợp tối thiểu 1 giờ nếu nghi ngờ có nhiễm khuẩn tạng.

+ Cân nhắc thoát lưu dịch mủ kịp thời khi chăm sóc vết thương nhiễm khuẩn.

5.2. Điều trị cụ thể

5.2.1. Nguyên tắc lựa chọn kháng sinh điều trị

- Tất cả các điều trị kháng sinh nên được xem xét diễn tiến lâm sàng của bệnh nhân; sau khi có kết quả vi sinh, lựa chọn thay đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ. (NICE 2011).
- Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm:

  + Nên bao phủ các tác nhân gây nhiễm thường gặp tại bệnh viện (Theo khảo sát vi sinh tại bệnh viện hàng năm)

  + Tình trạng lâm sàng.

  + Tiền sử sử dụng kháng sinh, dị ứng.

- Nên bao gồm S. aureus , đó là nguyên nhân phổ biến nhất.
- Nếu nhiễm khuẩn vết mổ xảy ra sau khi phẫu thật loại sạch - nhiễm có liên quan đến bề mặt niêm mạc cần được điều trị kháng sinh chống lại vi khuẩn kỵ khí.

5.2.2. Nhiễm khuẩn vết mổ nông

- Nhiễm trùng vết thương liên quan đến viêm mô tế bào đơn độc có thể được điều trị bằng kháng sinh mà không cần dẫn lưu.
- Nhiễm khuẩn vết mổ nông: có thể đáp ứng với thoát mủ (ví dụ, bằng loại bỏ chỉ khâu) mà không dùng kháng sinh hoặc chờ kết quả cấy dịch vết mổ và kháng sinh đồ để sử dụng kháng sinh.

  Cần điều trị kháng sinh khi xem xét có các yếu tố kết hợp:

  e. Sốt trên lâm sàng.

  f. Vết mổ có vấn đề trước khi xuất viện lần trước.

  g. Có sử dụng kháng sinh điều trị ngoại trú vì các vấn đề của vết mổ.

  h. Cơ địa tiền sản giật, béo phì, suy dinh dưỡng, đái tháo đường không kiểm soát.

  i. Tiền căn có nhiễm trùng vết mổ lần mổ trước.
- Trong khi chờ đợi kết quả kháng sinh đồ, kháng sinh lựa chọn tùy vào kết quả soi dịch vết mổ.
- Nếu Gram (+): Vancomycin 1 gram pha dung dịch Natriclorid 0,9% * 4 lần/ngày * 5-7 ngày.
- Nếu Gram (-): Xem xét kết hợp kháng sinh.

  + Gentamycin liều 5mg/kg/ngày TB hoặc pha truyền TM kết hợp Cefoxitin 2g TMC mỗi 6-8 g.

  + Gentamycin liều 5mg/kg/ngày TB hoặc pha truyền TM kết hợp Tazocin 4,5 g TMC mỗi 6-8g.

  + Amikacin liều 15mg/kg/ngày TB hoặc pha truyền TM kết hợp Tazocin 4,5 g TMC mỗi 6-8g.

5.2.3. Nhiễm khuẩn vết mổ sâu

- Nhiễm khuẩn lan rộng vào mô lân cận hoặc có thêm các dấu hiệu toàn thân.
- Nếu kết quả soi dịch vết mổ Gram (+): Sử dụng Vancomycin TTM 1-2g 1 lọ x 4 lần/ngày/5 – 7 ngày kết hợp Metronidazole TTM 500mg: 1 chai x 3lần/ngày.
- Nếu kết quả soi dịch vết mổ Gram (-): Sử dụng Imipenem TTM 500mg: 1 chai x 3lần/ngày.
- Cắt lọc vết thương để lấy đi các mô chết, may lại khi vết mổ đã sạch, mọc mô hạt.

5.2.4. Nhiễm khuẩn tạng

- Kháng sinh mạnh ngay từ đầu, xem xét sử dụng Cephalosporin thế hệ III, Imipenem hay Vancomycin (các loại kháng sinh này cần phối hợp thêm với Metronidazole).
- Thám sát ổ bụng sớm có thể thực hiện tối thiểu 1 giờ sau khi dùng kháng sinh để xử lý ổ nhiễm trùng, cắt lọc và đặt dẫn lưu để bảo tồn tử cung và tương lai sản khoa.

5.2.5. Cách chăm sóc tại chỗ vết thương

Rửa sạch vết mổ, đặt penrose khi cần, thay băng ngày 2 lần.

Với vết mổ chảy dịch/nhiễm khuẩn:

- Lau rửa xung quanh vết mổ bằng nước muối sinh lý từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài.
- Thấm dịch và loại bỏ chất bẩn tại vết mổ bằng oxy già, sau đó rửa lại bằng nước muối sinh lý.
- Thấm khô và ấn kiểm tra vết mổ với vết mổ có nhiều dịch.
- Sát khuẩn vết mổ.
- Rửa chân dẫn lưu (nếu có) .
- Che phủ nhẹ vết mổ bằng gạc ẩm vô khuẩn và thay mỗi ngày.

5.2.6. Điều trị hỗ trợ

- Sốt nhẹ 37,5^{0}C – 38^{0}C không cần sử dụng các biện pháp giảm sốt.
- Sốt cao (38,5^{0}C – 40^{0}C), giảm sốt bằng nhiều cách:
  + Chườm mát vùng trán,nách,bẹn.
  + Dùng thuốc hạ sốt khi T0 ≥ 38,5^{0}C.
  + Tắm nước ấm 32^{0}C – 35^{0}C.
- Bù đủ nước điện giải.
- Kiểm soát nghiêm ngặt lượng nước đưa vào và thải ra.
- Theo dõi nước tiểu phát hiện tình trạng thiểu niệu, vô niệu, đồng thời bù đủ nước điện giải cho người bệnh qua đường uống hoặc truyền tĩnh mạch.
- Dinh dưỡng.
- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và điều trị bổ sung hợp lý.
- Xem xét truyền máu khi có tình trạng thiếu máu.

VI. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG

6.1. Định nghĩa (ACOG 2017)

Khi điều trị bằng kháng sinh, bệnh nhân được theo dõi TPTTBM, CRP, PCT để xem xét sự cải thiện tình trạng lâm sàng.

- Cần đánh giá lại:

Đáp ứng cận lâm sàng (sau mỗi 48-72g): TPTTBM, CRP, PCT giảm. Nếu diễn tiến nặng và nhanh cần hội chẩn đánh giá lại sớm hơn.

Đáp ứng lâm sàng (mỗi ngày): Sau điều trị triệu chứng nhiễm trùng toàn thân và tại vết thương giảm dần.

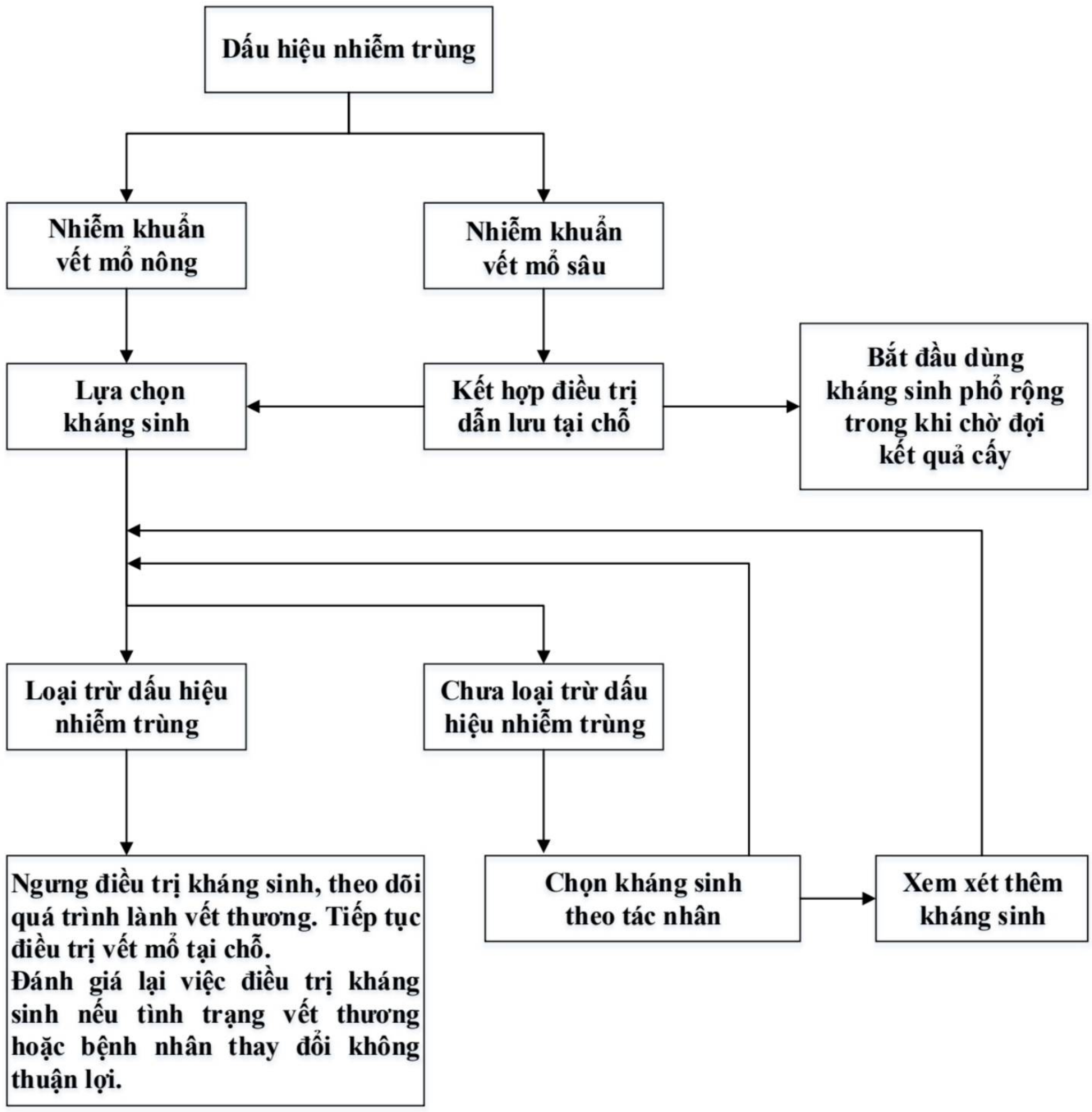
Nếu cận làm sàng hay lâm sàng không đáp ứng, xem xét thay đổi kháng sinh (loại thuốc, liều hay đường dùng). Thay đổi kháng sinh còn cần dựa vào kết quả kháng sinh đồ của mẫu bệnh phẩm đã lấy.

Việc chăm sóc được đánh giá có hiệu quả khi:

- Toàn trạng người bệnh tiến triển tốt: Người bệnh tỉnh táo, hơi thở không hôi, môi không khô, mạch huyết áp ổn định, sốt giảm dần và sau đó hết sốt.
- Nhiễm khuẩn tại vết mổ giảm:

Các triệu chứng sưng, nóng, đỏ, đau tại vết mổ giảm và hết dần. Vết mổ lên mô hạt tốt, liền sẹo tốt.

Tóm tắt


Dấu hiệu nhiễm trùng
Nhiễm khuẩn vết mổ nông
Nhiễm khuẩn vết mổ sâu
Lựa chọn kháng sinh
Kết hợp điều trị dẫn lưu tại chỗ
Bắt đầu dùng kháng sinh phổ rộng trong khi chờ đợi kết quả cấy
Loại trừ dấu hiệu nhiễm trùng
Chưa loại trừ dấu hiệu nhiễm trùng
Ngưng điều trị kháng sinh, theo dõi quá trình lành vết thương. Tiếp tục điều trị vết mổ tại chỗ.
Đánh giá lại việc điều trị kháng sinh nếu tình trạng vết thương hoặc bệnh nhân thay đổi không thuận lợi.
Chọn kháng sinh theo tác nhân
Xem xét thêm kháng sinh

PHỤ LỤC 1
CÁCH TÍNH ĐIỂM ASEPSIS HÀNG NGÀY

Đặc điểm vết mổ	Đặc điểm nhiễm khuẩn vết mổ theo phần trăm bị ảnh hưởng					
	0%	20%	20-39%	40-59%	60-79%	>80%
Chảy dịch huyết thanh	0	1	2	3	4	5
Đỏ da	0	1	2	3	4	5
Chảy mủ vết mổ	0	1	2	3	4	5
Hở vết mổ	0	1	2	3	4	5

PHỤ LỤC 2
CÁCH TÍNH ĐIỂM ASEPSIS TRONG 5 NGÀY HẬU PHẪU

Tiêu chuẩn		Điểm
Điều trị thêm vào	Kháng sinh cho NKVM	10
	Dẫn lưu mủ dưới gây tê	5
	Dẫn lưu mủ dưới gây mê	10
Chảy dịch huyết thanh		Tổng điểm của 5 ngày hậu phẫu
Đỏ da		
Chảy mủ vết mổ		
Hở vết mổ		
Phân lập có vi khuẩn		10
Thời gian nằm viện > 14 ngày		5
Tổng điểm		

Kết quả đánh giá điểm ASEPSIS

0 – 10	Lành vết mổ
11 – 20	Rối loạn lành vết mổ
21 – 30	Nhiễm khuẩn vết mổ nhẹ
31 – 40	Nhiễm khuẩn vết mổ vừa
> 40	Nhiễm khuẩn vết mổ nặng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y Tế (2012), Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ, Ban hành kèm theo Quyết định số : 3671/QĐ - BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y Tế.
2. Bộ Y Tế (2012), "Biện pháp thực hành phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ". Hướng dẫn chuẩn quốc gia.
3. Báo cáo kháng sinh đồ khảo sát tai bv Hùng Vương thường niên.

Tiếng Anh

4. World Health Organization (2013). Prevention and Management of Wound Infection: Guidance from WHO's Department of Violence and Injury Prevention and Disability and the Department of Essential Health Technologies.
5. World Health Organization (2016). Global guidelines for the prevention of surgical site infection. World Health Organization.
   European Wound Management Association (2006), Clinical stage for determining a therapeutic strategy. Management of wound infection
6. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK. (2008). Surgical site infection: prevention and treatment of surgical site infection. RCOG Press.
7. Berríos-Torres, S. I., Umscheid, C. A., Bratzler, D. W., Leas, B., Stone, E. C., Kelz, R. R., ... & Dellinger, E. P. (2017). Centers for Disease Control and Prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. JAMA surgery, 152(8), 784-791.
8. Spelman, D., & Baddour, L. M. (2017). Cellulitis and skin abscess in adults: Treatment. 2-42
9. Stevens, D. L., Bisno, A. L., Chambers, H. F., Dellinger, E. P., Goldstein, E. J., Gorbach, S. L., ... & Wade, J. C. (2014). Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. Clinical infectious diseases, 59(2), e10-e52..

10. Vivienne Weston (2012), Guideline for the Diagnosis and Treatment of Surgical Wound Infection in Adults, Nottingham Antimicrobial Guidelines Committee.
11. European Centre for Disease Prevention and Control (2018). "Annual epidemiological report for 2016", Surgical site infections.
12. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America.

CHĂM SÓC HẬU SẢN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP THAI KÌ VÀ TIỀN SẢN GIẬT, SẢN GIẬT

54

I. ĐẠI CƯƠNG

- Giai đoạn hậu sản, các sản phụ có bệnh lí TSG cần được tiếp tục theo dõi trong giai đoạn hồi phục.
- Các triệu chứng và biến chứng thường giảm dần trong 48-72 giờ sau sanh.
- Huyết áp giảm nhẹ trong 48g đầu sau sanh, tăng trở lại 3-6 ngày sau sanh.
- 40% sản giật xuất hiện sau sanh, hiếm khi qua ngày thứ 5.
  Do đó các sản phụ tiền sản giật, đặc biệt là tiền sản giật có biến chứng nên theo dõi tại bệnh viện ít nhất 72g sau sanh và tái khám trong vòng 7-10 ngày sau xuất viện. Các sản phụ cần được tư vấn các dấu hiệu báo động diễn tiến nặng để kịp thời tái nhập viện.
- Tăng huyết áp kép dài sau 6 tuần hậu sản cần phối hợp chuyên khoa tim mạch khám và tìm các nguyên nhân tăng huyết áp khác (cương tuyến thượng thận, u tủy thượng thận, cường giáp, viêm giáp trong giai đoạn hậu sản...).

II. HẠ ÁP

- Theo dõi huyết áp tại viện ít nhất 72g sau sanh và theo dõi huyết áp tại nhà hoặc tại cơ sở y tế địa phương sau khi xuất viện đến 2 tuần sau sanh.
- Chỉ định: HA tâm thu ≥ 150mmHg,
  hoặc HA tâm trương ≥ 100mmHg
  đo ít nhất 2 lần cách nhau 4-6 giờ và có nghỉ ngơi.
  * Lưu ý: HATT ≥ 160mmHg hoặc HATTr ≥ 100mmHg, cần theo dõi sát HA để có điều trị thích hợp trong vòng 1 giờ.
- Xem xét duy trì thuốc hạ áp tối thiểu 3-4 ngày sau sanh.
- Có thể dùng tất cả các loại thuốc hạ áp sau sinh, trừ nhóm ức chế men chuyển nếu có cho bú mẹ.
- Liều thuốc thường giảm so với trước sinh.

III. THUỐC NGỪA CO GIẬT: MAGNESIUM SULFATE

- Duy trì ít nhất 24g sau sanh.
- Sản giật nặng hay tiền sản giật nặng có biến chứng có thể duy trì đến 72g sau sanh.

Theo dõi khi truyền Magnesium sulfate trong Sản giật:

+ Phản xạ gân xương mỗi giờ hoặc tối thiểu mỗi 4 giờ: nếu mất phản xạ gân xương → ngưng truyền Magnesium sulfate và định lượng Magnesium sulfate
+ Lượng nước tiểu mỗi giờ hoặc tối thiểu mỗi 4 giờ: nếu thiểu niệu hoặc ure/máu >10, định lượng Magnesium sulfate/ 6 giờ

  Duy trì ngưỡng điều trị nồng độ Magnesium huyết thanh từ 2-4mmol/l

  Nếu nồng độ Magnesium sulfate >4mmol/l → ngưng truyền Magnesium sulfate
+ Tình trạng hô hấp, mạch, huyết áp mỗi giờ: nếu nhịp thở < 12 lần/ phút hoặc SpO2<95% → ngưng truyền Magnesium sulfate, hồi sức tim phổi
+ Đo ECG khi đau ngực hoặc nghi ngờ rối loạn nhịp tim

Xử trí ngộ độc Magnesium sulfate:

- Ngưng truyền tĩnh mạch Magnesium Sulfate ngay.
- Tiêm tĩnh mạch chậm 1g Calcium Gluconate (1g/10ml) trong 3-10 phút. Khi tiêm Calcium Gluconate nên theo dõi phản ứng ở bệnh nhân. Tiêm tĩnh mạch nhanh có thể làm dãn mạch, nhịp tim chậm, hạ huyết áp, rối loạn nhịp tim, ngưng tim, ngất và ngưng tim.
- Theo dõi sát tri giác, hô hấp, nhịp tim, lượng nước tiểu bệnh nhân.

Nuôi con bằng sữa mẹ: không có chống chỉ định về nuôi con bằng sữa mẹ

IV. CẬN LÂM SÀNG

- Tiểu cầu: giảm thấp nhất 23-48g sau sanh, sau đó sẽ tăng dần, đạt trên 100.000/mm^3 trong vòng 7 ngày sau sanh.
- Phản ứng dội: TC có thể tăng 400.000 – 800.000/mm^3
- Men gan giảm dần trong vòng 7 ngày.
- Nếu tiểu cầu vẫn tiếp tục giảm và men gan tiếp tục tăng sau 4 ngày, cần xem lại chẩn đoán HELLP.

V. XUẤT VIỆN

- Dặn BN tiếp tục theo dõi HA tại địa phương trong 2 tuần.
- Các dấu hiệu cần tái khám ngay: nhức đầu kéo dài, đau thượng vị kéo dài, tê yếu chi…
- Tái khám tại phòng khám phụ khoa 4-6 tuần, đánh giá lại HA, xem xét khám chuyên khoa nếu HA cao.
- Khám chuyên khoa ngay sau XV nếu HA không ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG 2019 Gestational Hypertension and Preeclampsia.
2. ACOG 2019 Chronic Hypertension in Pregnancy.
3. Hypertension in Pregnancy, ACOG 2013.
4. Uptodate, Management of hypertension in pregnant and postpartum women.

55 CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG THỜI GIAN HẬU SẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

ĐTĐ thai kỳ làm tăng nguy cơ phụ nữ bị mắc ĐTĐ típ 2 với tỉ lệ khoảng 50 – 70% sau 15-25 năm. Do đó các thai phụ ĐTĐ thai kỳ nên được xét nghiệm với "Test 75g glucose" trong khoảng 4-12 tuần sau sinh.

Nếu "Test 75g glucose" âm tính, nên được kiểm tra mỗi 1-3 năm, tần xuất kiểm tra tùy thuộc vào các yếu tố liên quan ĐTĐ như: tiền sử gia đình trực hệ có ĐTĐ, BMI trước mang thai, tiền sử sử dụng insulin trong thai kỳ. Các xét nghiệm có thể là đường huyết đói hoặc "Test 75g glucose" hoặc HbA1C (với tiêu chuẩn dành cho người không mang thai) như sau:

- Đường huyết đói ≥ 126mg/dl (7 mmol/L). Đường huyết đói với nhịn ăn ít nhất 8 giờ.
- Hoặc đường huyết sau 2 giờ ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/L) khi "Test 75g glucose".
- Hoặc HbA1C ≥ 6,5%.
- Hoặc đường huyết bất kỳ ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/L).

II. THEO DÕI ĐƯỜNG HUYẾT TRONG THỜI GIAN HẬU SẢN GẦN

Ngưỡng đường huyết mục tiêu cho mọi sản phụ ĐTĐ thai kỳ là đường huyết trước ăn ≤ 126 mg/dl.

a. Đối với thai phụ ĐTĐ đáp ứng với chế độ ăn tiết chế → ngừng theo dõi đường huyết sau sinh.

b. Đối với thai phụ ĐTĐ điều trị với Insulin trước sinh:

- Ngừng Insulin ngay sau sinh hoặc sau mổ + theo dõi đường huyết.
- Theo dõi đường huyết 4 lần/ ngày (trước 3 bữa ăn và trước khi đi ngủ). Nếu mổ sinh và chưa ăn uống được thử đường huyết mỗi 6 giờ.

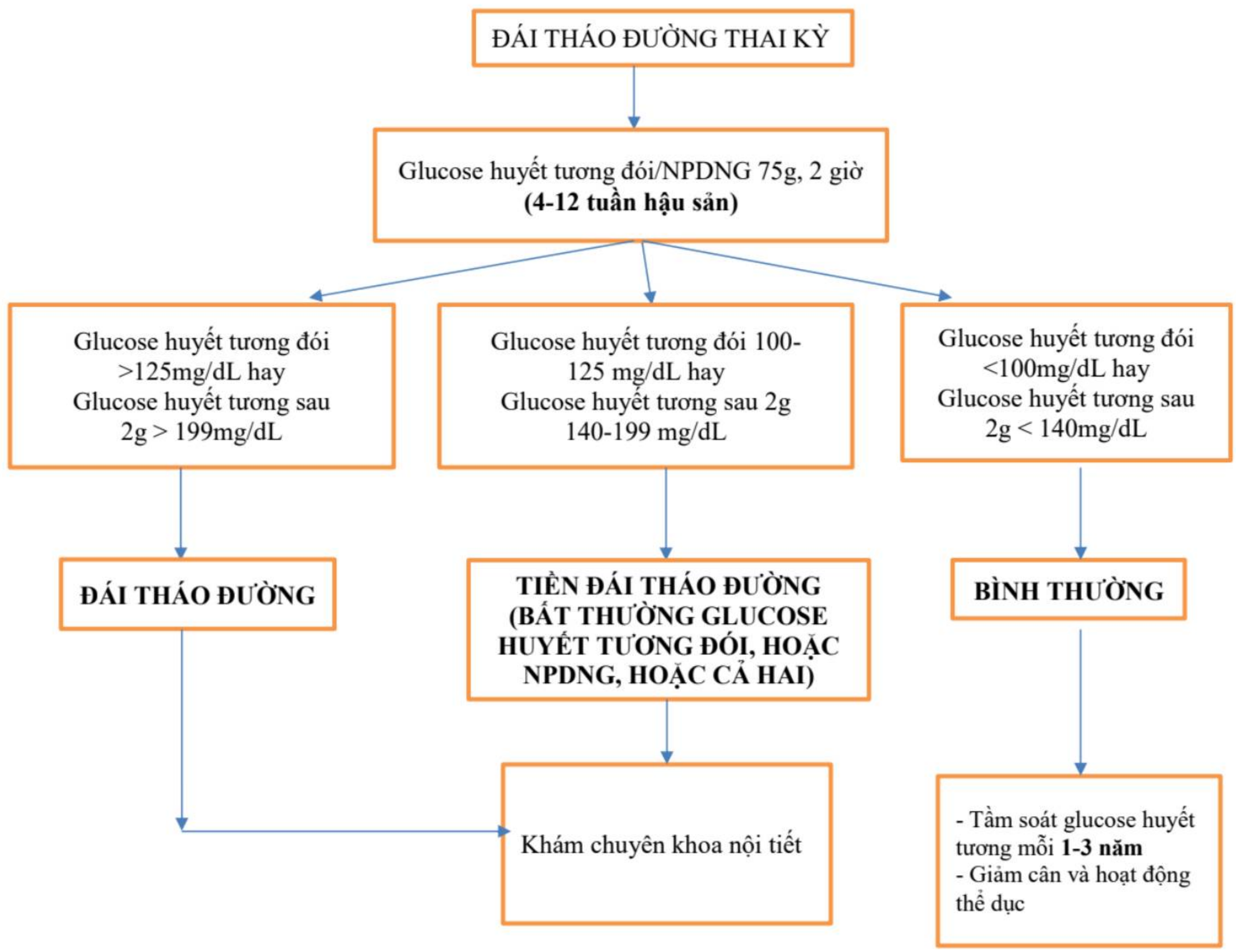
+ Nếu kết quả đường huyết trước ăn trong khoảng 72 -126mg/dl (4-7 mmol/L) → ngưng theo dõi đường huyết sau 24 giờ sau sinh.
+ Nếu kết quả đường huyết ≥ 72mg/dl (4 mmol/L) và sản phụ ăn uống được → ngưng đường truyền tĩnh mạch.
+ Nếu kết quả đường huyết < 72mg/gl (4 mmol/L) hoặc sản phụ không ăn uống được → truyền Glucose 5% 500ml đường tĩnh mạch và tiếp tục theo dõi đường huyết.
+ Nếu kết quả đường huyết trước ăn ≥ 126 mg/dl (7 mmol/L) → tiếp tục theo dõi đường huyết, hiếm khi phải sử dụng insulin sau sinh. Nếu có chỉ định liều lượng dùng 50% so liều trong thai kỳ.

III. THEO DÕI TRẺ SƠ SINH TRONG THỜI GIAN HẬU SẢN GẦN

- Lau khô, giữ ấm.
- Cho trẻ sơ sinh tiếp xúc da kề da với mẹ ngay khi vừa sinh ra.
- 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

IV. SAU XUẤT VIỆN

- Tư vấn ngừa thai
- Thay đổi lối sống về vận động, chế độ ăn,.. và điều chỉnh BMI phù hợp làm giảm nguy cơ mắc ĐTĐ sau này (Tăng cân trong thai kì và sau khi sinh làm tăng nguy cơ trong lần mang thai tiếp theo và diễn tiến sớm đến ĐTĐ type 2).
- Hẹn tái khám chuyên khoa nội tiết sau 4 -12 tuần sau sinh, "Test 75g glucose" được khuyến cáo thực hiện trong thời gian này nhiều hơn HbA1C bởi vì:



Sơ đồ: Theo dõi và quản lý Đái tháo đường sau sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Standards of Medical Care in Diabetes, American Diabetes Association, 2018.
2. Gestational diabetes mellitus, Queensland Clinical Guideline 2015.

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ TỔN THƯƠNG ĐƯỜNG NIỆU TRONG PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA

56

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

- Tổn thương tiết niệu do phẫu thuật sản phụ khoa
- Tai biến tiết niệu do mổ sản phụ khoa có xu hướng tăng lên và ngày càng phức tạp do chỉ định mổ rộng rãi.
- Kết quả điều trị phụ thuộc rất nhiều vào thời gian phát hiện.

1.2. Tần suất mắc

- Là 1 trong những biến chứng nghiêm trọng của phẫu thuật sản phụ khoa với tần suất thay đổi từ 0,4-2,5% những bệnh lành tính
- Có thể cao đến 30% trong phẫu thuật những bệnh ác tính .
- Khoảng 75% tổn thương niệu quản xảy ra trong phẫu thuật ngả bụng.
- Cắt tử cung ngả bụng 0,5-1% so với cắt tử cung ngả âm đạo 0,1%.

II. TỔN THƯƠNG NIỆU QUẢN

2.1. Cơ chế : tổn thương niệu quản trong phẫu thuật sản phụ khoa thường xảy ra ở những tình huống sau:

- Lúc thắt động mạch tử cung.
- Lúc thắt dây chằng thắt lưng buồng trứng.
- Lúc phục hồi phúc mạc.
- Ngoài ra có thể gặp trong lúc nạo hạch chậu (trong phẫu thuật cắt tử cung tận gốc), lúc cầm máu ở vùng đáy chậu.

2.2. Yếu tố nguy cơ

- U xơ tử cung to
- U nang buồng trứng > 4 cm
- Lạc nội mạc tử cung

- Viêm nhiễm vùng chậu
- Tiền căn phẫu thuật vùng bụng
- Tiền căn phẫu thuật vùng bụng
- Xạ trị
- Ung thư giai đoạn muộn
- Bất thường giải phẫu đường niệu

2.3. Chẩn đoán

2.3.1.Ngay trong khi phẫu thuật

- Buộc thắt niệu quản: nhu động niệu quản tăng. Niệu quản bắt đầu ứ nước tiểu .
- Cắt đứt niệu quản một phần hay hoàn toàn.
  + Tràn nước tiểu vùng mổ có thể lẫn với máu chảy trong lúc mổ, máu ứ đọng, dịch tiết: hút hết dịch, cầm máu tốt sẽ đánh giá rõ nước tiểu trào ra.
  + Tìm niệu quản để phát hiện thương tổn niệu quản
  + Chỉ 1/3 trường hợp tổn thương niệu quản được chẩn đoán trong lúc mổ.
  + Chậm trễ trong việc chẩn đoán có thể dẫn đến những biến chứng nghiêm trọng và mất chức năng thận.

2.3.2. Sau phẫu thuật (sớm trong 24 giờ)

(a) Buộc thắt niệu quản một bên rất khó phát hiện:

- Thận bên đối diện có thể có phản ứng tốt hoặc xấu. Không có/ít nước tiểu sau hậu phẫu mặc dù hồi sức tốt
- Bệnh nhân đau căng tức vùng thắt lưng
- Bụng trướng
- Ure máu tăng, creatinin máu tăng

(b) Cắt đứt niệu quản:

- Tràn nước tiểu qua các ống dẫn lưu hoặc nước tiểu ứ đọng thành khối sau phúc mạc.
- Bụng trướng.
- Siêu âm phát hiện tràn nước tiểu sau phúc mạc hoặc tích tụ thành khối.
- Chụp cản quang đường niệu.

2.3.3. Chấn thương niệu quản bị bỏ sót và chẩn đoán muộn

- Thường là thắt, khâu niệu quản 1 bên hoàn toàn hay không hoàn toàn nhưng thận bên đối diện đã bù trừ được
- Lâm sàng:
  + Bệnh nhân đau thắt lưng, sốt
  + Thận ứ nước to dần
  + Siêu âm: thận và niệu quản giãn to ứ nước

Triệu chứng lâm sàng của tổn thương niệu quản sau mổ

Triệu chứng	**Thời gian xuất hiện**
Đau hông lưng	0-21 ngày
Sốt	0-21 ngày
Tắc ruột / Viêm phúc mạc	0-7 ngày
Dò	0-30 ngày
Khối u vùng bụng hay vùng chậu	20-40 ngày
Vô niệu	<24 giờ
Không triệu chứng	phát hiện tình cờ

2.4. Xử trí

Mục tiêu của điều trị là bảo tồn chức năng thận và phục hồi cấu trúc giải phẫu niệu quản

2.4.1. Can thiệp giải quyết ngay trong phẫu thuật

- Giải phóng lưu thông lại niệu quản: cắt chỉ buộc khâu vào niệu quản, kiểm tra lại nhu động niệu quản.
- Đặt ống thông niệu quản chữ J hai đầu (double J) sau khi mổ.
- Vết thương cắt đứt niệu quản: khâu phục hồi niệu quản và đặt ống thông niệu quản dẫn lưu vào bàng quang.

2.4.2. Mổ sau 24 giờ

- Tùy theo thương tổn niệu quản, thiếu máu, mất trương lực tại vết thắt hay đầu cắt niệu quản.
- Phẫu thuật điều trị di chứng phục hồi niệu quản (chuyên khoa niệu).

2.5. Dự phòng ban đầu

2.5.1. Đánh giá bệnh trước mổ

- Trong những trường hợp mổ khó có nguy cơ tổn thương niệu quản thì đặt ống thông J-J dự phòng.

2.5.2. Kỹ thuật mổ phù hợp

- Xác định vị trí của niệu quản trong suốt cuộc phẫu thuật.
- Phải tham vấn ngay bác sĩ niệu khoa nếu trong phẫu thuật có bất kỳ tổn thương niệu quản nào được ghi nhận; những bệnh nhân này được điều trị tốt nhất trong lúc còn tiến hành phẫu thuật.

III. TỔN THƯƠNG BÀNG QUANG

Thường gặp hơn tổn thương niệu quản

3.1. Yếu tố nguy cơ

- Cấu trúc giải phẫu vùng chậu bị biến dạng
- Tiền căn mổ lấy thai, mổ phụ khoa
- Dính nặng vùng chậu (lạc nội mạc tử cung nặng, viêm vùng chậu...)
- U xơ tử cung lớn
- Dị dạng vùng chậu
- Phẫu thuật rộng

3.2. Cơ chế

- Làm thủng bàng quang khi đưa trocar vào trong phẫu thuật nội soi.
- Tổn thương bàng quang khi gỡ dính hoặc bóc tách.
- Đốt điện.

3.3. Chẩn đoán

Hầu hết các trường hợp tổn thương bàng quang đều được phát hiện trong lúc mổ .

3.3.1. Dấu hiệu tổn thương bàng quang trong mổ

- Nhìn thấy bóng của ống Foley
- Thấy căng khí CO_2 trong bịch đựng nước tiểu (mổ nội soi)
- Thấy nước tiểu chảy ra
- Chảy bleu methylene vào ổ bụng khi bơm bàng quang

- Tiểu máu
- Bầm vùng dưới xương mu
- Khối u vùng chậu hoặc thành bụng
- Soi bàng quang: kích thước, vị trí

3.3.2. Chẩn đoán tổn thương bàng quang sau mổ

- Tiểu máu
- Dò nước tiểu qua âm đạo
- Sốt, đau hông, tắc ruột, phản ứng thành bụng
- Nhiễm trùng
- Soi bàng quang, chụp bàng quang, nội soi bụng chẩn đoán

3.4. Di chứng

Nếu tổn thương không được phát hiện sẽ dẫn đến:

- Rối loạn chức năng đi tiểu
- Bàng quang kích thích
- Dò bàng quang – âm đạo
- Tổn thương thận

3.5. Xử trí

Xử trí tùy thuộc:

- Vị trí và kích thước tổn thương
  + Nội soi hoặc mở bụng để khâu lại.
  + Dẫn lưu bàng quang trên xương mu hoặc dẫn lưu niệu đạo với catheter đường kính lớn (sonde 16 trở lên) trong 14 ngày.
  + Nếu tổn thương tam giác bàng quang thì mời chuyên khoa niệu, nếu không bị tổn thương ở vùng tam giác bàng quang thì bác sĩ sản có thể khâu phục hồi.
- Chụp bàng quang có cản quang ngược dòng để xác định tổn thương đã lành.

3.6. Phòng ngừa

- Làm trống bàng quang trước mổ
- Xác định được giới hạn của bàng quang
- Cẩn thận khi gỡ dính các trường hợp lạc nội mạc tử cung, tiền căn có vết mổ cũ
- Cẩn thận khi đốt điện và khi may mỏm âm đạo
- Soi bàng quang khi nghi ngờ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Urologic Complications from Pelvic and Vaginal Surgery: How to Diagnose and Manage-Washinton University shool of Medicin in St Louis.
2. The Obstetrician & Gynaecologist 2004; 6th edition: page 203–208 © 2004 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

XỬ TRÍ TỔN THƯƠNG TẦNG SINH MÔN ĐỘ 3,4 SAU SANH

57

I. GIỚI THIỆU

1.1. Giải phẫu học cơ thắt

- Bao quanh phần thấp của ống tiêu hóa dưới là hệ cơ thắt (cơ vòng) gồm cơ thắt hậu môn (HM) ngoài và cơ thắt HM trong ngăn cách nhau bởi rãnh gian cơ thắt (cơ dọc) .
- Cơ thắt ngoài gồm 3 phần: dưới da, nông và sâu
  + Phần dưới da nằm ngay dưới cơ thắt trong
  + Phần nông bao quanh đoạn dưới cơ thắt trong
  + Phần sâu hoặc là quá nhỏ chìm vào cơ mu trực tràng không nhận biết được, hoặc là nhầm lẫn với cơ mu trực tràng.
- Cơ thắt trong: là cơ trơn, phần dầy lên và dưới cùng của lớp cơ vòng trực tràng khi xuống dưới vòng hậu môn trực tràng, giữa niêm mạc HM và cơ dọc trực tràng liên tục với cơ vòng trơn trực tràng, dày 3-5 mm, nằm cách 6-8mm trên bờ hậu môn, có màu hồng tái, chịu trách nhiệm chính trong kiểm soát đi tiêu (chi phối áp lực 70-85%).

1.2. Phân độ tổn thương tầng sinh môn (TSM)

Độ I : chỉ tổn thương da và hoặc niêm mạc vùng TSM

Độ II : tổn thương cơ vùng TSM nhưng không tổn thương cơ thắt hậu môn.

Độ III : tổn thương TSM gồm phức hợp cơ thắt hậu môn

IIIa : rách < 50% bề dày cơ thắt ngoài

IIIb : rách > 50% bề dày cơ thắt ngoài

IIIc : rách cơ thắt ngoài và cơ thắt trong

Độ IV : tổn thương TSM và phức hợp cơ thắt ngoài, cơ thắt trong và niêm mạc hậu môn, trực tràng.

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Về phía mẹ:
  + Con so
  + Người Châu Á
  + Tuổi ≤ 20
  + Chiều dài tầng sinh môn ngắn < 25mm
  + Tiền căn rách TSM độ 3, 4 trước đây
- Về phía thai :
  + Cân nặng > 4000g
  + Kẹt vai
  + Kiểu thế chẩm sau
- Trong chuyển dạ :
  + Sanh giúp : sanh kềm, sanh hút
  + Chuyển dạ giai đoạn 2 kéo dài (> 60 phút)
  + Giảm đau sản khoa
  + Cắt tầng sinh môn đường giữa

II. CHẨN ĐOÁN

- Tất cả các trường hợp sanh ngả âm đạo đều phải xem xét cẩn thận vết rách, kiểm tra âm đạo và trực tràng.
- Khám và xác định xem có lỗ rò hậu môn - âm đạo hoặc rò trực tràng -âm đạo hay không.
- Khám tổn thương cơ thắt :
  + Cơ thắt ngoài: sờ thấy sự mất liên tục của cơ
  + Cơ thắt trong: mất trương lực cơ thắt trong ở vị trí trên rìa hậu môn 6 - 8mm.

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Kỹ thuật sửa chữa cơ thắt hậu môn trong sản khoa

3.1.1. Nguyên tắc:

- Đánh giá đầy đủ tổn thương rồi mới xử trí.
  Thời điểm xử trí: càng sớm càng tốt, tổn thương độ IV nên mời hội
- chẩn chuyên gia hậu môn - trực tràng

- Người thực hiện: bác sĩ cột 1, 2 đã được đào tạo về sửa chữa tổn thương cơ thắt.
- Điều kiện thực hiện: tại phòng mổ, giảm đau tốt, ánh sáng tốt và dụng cụ phù hợp.
- Kỹ thuật may: may các lớp riêng biệt, không sử dụng mũi khâu số 8 vì gây thiếu máu mô, nơ chỉ nằm dưới lớp cơ đáy chậu nông (nhằm giảm nguy cơ giao hợp đau và khó chịu ở âm đạo sau khi hồi phục).

3.1.2. Kỹ thuật

Vị trí	Kỹ thuật may	Chọn loại chỉ
Cơ thắt ngoài	III a,b: tận - tận III c: chồng lớp (overlap) hoặc tận - tận (end to end), may luôn bao cân	Polydioxanone (PDS 3-0) là monofilament suture (chỉ đơn sợi), Monocryl, Monosyl 2-0/ 3-0 Hoặc Polyglactin (Vicryl 2-0) Nơ chỉ: phải nằm dưới lớp cơ đáy chậu nông (để chỉ không trồi lên da)
Cơ thắt trong	Tận – tận	

3.2. Kháng sinh

- Điều trị ngay khi phát hiện tổn thương
- Tổn thương TSM độ 3: dùng kháng sinh uống
  + Amoxicilin 875mg + acid clavulanic 125mg mỗi 12 giờ trong 5 ngày
  + Nếu bệnh nhân dị ứng PNC dùng:
    Ciprofloxacin 500mg mỗi 12 giờ x 5 ngày và
    Clindamycin 450mg mỗi 8 giờ x 5 ngày.
- Tổn thương TSM độ 4:
  + Amoxicillin/clavulanate 1.2g (TMC) ngay khi sửa chữa cơ thắt. Sau đó Amoxicilin 875mg + acid clavulanic 125mg (uống) mỗi 12 giờ trong 5 ngày
  + Dị ứng PNC: Clindamycin 600mg (TB) + Gentamycin 80mg x 2 ống (TB) ngay khi sửa chữa. Sau đó chuyển sang đường uống trong 5 ngày: Ciprofloxacin 500mg mỗi 12 giờ + Clindamycin 450mg mỗi 8 giờ .

3.3. Chăm sóc sau mổ

3.3.1. Thuốc

- Giảm đau, kháng viêm

  Acetaminophen 10 -15mg/kg mỗi 4-6 giờ (không quá 4g /ngày)

  NSAID: Diclofenac 100 – 150mg/ ngày chia 2 lần
- Tránh dùng codein tăng nguy cơ bón phá vỡ vết thương.
- Không giảm đau đường trực tràng .

3.3.2. Chăm sóc

- Thông tiểu lưu 5 ngày
- Rửa vết may 2 lần/ ngày, giữ khô thoáng.
- Trong 48 giờ đầu sản phụ tránh lạm dụng tư thế ngồi, nằm nghiêng khi cho con bú
- Không nên khám trực tràng thường quy sau may đối với các trường hợp vết may lành không biến chứng ít nhất 2 tuần.
- Tránh các hoạt động làm tăng áp lực ổ bụng trong 6-12 tháng sau sinh

3.3.3. Chế độ ăn

Dinh dưỡng tổn thương độ III

- Chế độ ăn hạn chế thức ăn có hàm lượng chất xơ cao (giảm trái cây và rau) nhằm giảm lượng phân và tần số đi cầu .
- Thức ăn mềm dễ tiêu, không vỏ, không hạt, được nấu chín.
- Cung cấp dịch 1,5 – 2l/ ngày

Dinh dưỡng tổn thương độ IV

- Ngày 1,2,3: nuôi ăn đường TM (hội chẩn chuyên khoa dinh dưỡng)
- Ngày 4,5: ăn cháo loãng
- Ngày 6: ăn bình thường, nên hạn chế chất xơ, thức ăn mềm không vỏ không hạt, nên hạn chế chất xơ.

IV. PHÒNG NGỪA

- Trường hợp con so: xoa bóp đáy chậu trước sinh từ tuần 35 (1 – 2 lần / tuần) làm giảm nguy cơ cắt TSM
- Đắp gạc ấm lên TSM trong giai đoạn 2 chuyển dạ
- Không cắt TSM thường qui, chỉ cắt TSM khi có chỉ định. Thời điểm cắt TSM: khi sổ đầu, khoảng cách hai mép khoảng 4cm; góc cắt: không ít hơn 45 độ, khoảng 60 độ (IIB), độ dài: 3-5 cm

V. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG

6.1. Tham vấn bệnh nhân: các biến chứng có thể xảy ra

- Nhiễm trùng vết thương
- Bung vết khâu
- Rò trực tràng âm đạo
- Xì hơi, đi tiêu không kiểm soát
- Về lâu dài: đau khi giao hợp, đau TSM

6.2. Lịch tái khám:

- 2 tuần sau sanh: kiểm tra vết thương, nếu có biến chứng gửi khám chuyên khoa
- 6 – 12 tuần sau sanh: đánh giá tình trạng trung – đại tiện
- Các lần khám sau tùy vào mỗi bệnh nhân.

6.3. Tiên lượng

- 60 – 80 % không có triệu chứng 1 năm sau sanh
- Tiêu không kiểm soát (Cochrane 6 tháng sau sinh: 3,6% độ III, 30,8% độ IV. 30 năm sau tỉ lệ 6,9%)
- Thai kỳ sau :
  + Tham vấn bệnh nhân lựa chọn sanh ngả âm đạo hoặc sanh mổ
  + Nếu sanh ngã âm đạo : Sản phụ phải được đỡ sanh bởi hộ sinh hoặc bác sĩ có kinh nghiệm, hạn chế cắt TSM, chỉ cắt khi có chỉ định, nguy cơ rách TSM độ 3 trở lên khoảng 5 -7 %.
  + Mổ lấy thai khi: không kiểm soát được phân, giảm chức năng cơ vòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. RCOG (2015) Management of third- and fourth-Degree Perineal Tears
2. The Royal women's hospital (2017), Third-and-fourth-degree-tear management (clinical guideline)
3. Ryan Goh, Daryl Goh, Hasthika Ellepola (2018), Perineal tears – A review
4. The German Society of Gynecology and Obstetrics (2014) Management of 3rd and 4th Degree Perineal Tears after Vaginal Birth
5. Uptodate (2015) Repair of episiotomy and perineal lacerations associated with childbirth

PHỤ LỤC
THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ

(Fecal Continence Scoring Scale)
Nguồn : Mahony et al, 2001, modified from Jorge and Wexner, 1993

TRIỆU CHỨNG	ĐIỂM
• Xì hơi dù không muốn • Không kiềm chế được phân lỏng • Cần mặc tã do những triệu chứng hậu môn • Không kiềm chế được phân đặc • Đi tiêu khẩn cấp (không giữ phân được > 5 phút)	0 : Không bao giờ 1 : Hiếm khi (<1 lần/tháng) 2 : Thỉnh thoảng (1 lần/tuần – 1 lần/tháng) 3 : Thường gặp (1 lần/ngày – 1 lần/tuần) 4 : Luôn luôn (> 1 lần/ngày)
0đ : kiểm soát hoàn toàn 20đ : hoàn toàn không kiểm soát	< 6đ : tập sàn chậu tại BV Hùng Vương ≥ 6đ : khám chuyên khoa hậu môn trực tràng