

Nhau tiền đạo: thai vừa đạt tới 36w → Chấm dứt
 Nhau cài rặng lược: thai vừa đạt tới 34w → Chấm dứt.
 TSG không dấu hiệu nặng: vừa đạt 37w → Chấm dứt



APP 46 cycle 1 year 2020_2

Application



Bài tập dạng
Cấp cứu Sản khoa

Chương trình đào tạo Sản Khoa, Bệnh học Sản Phụ khoa, Bệnh học Sản Khoa lý lâm sàng
 4. Quy trình chẩn đoán và xử trí các tình huống lâm sàng trong Sản Khoa

TÌNH HUỐNG 1: TIM THAI "BƠI"

Bà A, 27 tuổi, PARA 0000, nhập viện vì xuất huyết âm đạo 1 tuần.

Tình trạng lâm sàng: Khẩn trương đầu tư, thai kỳ cận biên sinh thường.

Vào chuyên khoa tư vấn.

Kiểm nghiệm tại phòng sinh.

Số liệu lâm sàng:

Tư cung có 5 cơn co trong 10 phút, cường độ vừa, cơn co kéo dài 20-30 giây, khoảng cách giữa các cơn co 2-3 phút. Nhịp tim thai 140-150 bpm, nhịp tim mẹ 110-120 bpm. Không dấu hiệu của rối loạn đông máu.

Kiểm tra đầu thai: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Kháng sinh: sinh thường trên lâm sàng.

Đo bất thường của rốn: rốn ngắn 40cm, nên bà A được theo dõi rốn trong quá trình sinh.

Câu hỏi:

Hãy cho biết "đầu chỉ" của nguyên nhân gây ra các biến động thấy trên bảng ghi EFM này. Chọn một câu thích hợp.

- A. Đón đông phản ứng của các tế bào trong máu mẹ
 B. Đón đông phản ứng của các tế bào trong máu mẹ
 C. Rối loạn đông máu của mẹ trong quá trình sinh

Câu hỏi:

Hãy cho biết giá trị lượng của thai với các biến động thấy trên bảng ghi EFM này. Chọn một câu thích hợp.

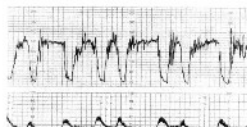
- A. Nhau tại rốn - không bị đe dọa
 B. Nhau tại rốn - đang bị đe dọa
 C. Đang có tình trạng đe dọa

Câu hỏi:

Hãy cho biết sự tác động của việc can thiệp của bạn. Chọn một câu thích hợp.

- A. Có thể giảm thiểu sự mất mát máu
 B. Có thể giảm thiểu sự mất mát máu
 C. Theo dõi, ngừng theo dõi, chờ đợi
 D. Theo dõi ghi EFM liên tục

Nhịp giảm bất định, hình thang không kèm cơn co TC, nghỉ nhiều đến sa dây rốn



Nhịp giảm bất định, đi chưa về, đầu thai nhô còn cao

→ Sa dây rốn thể bên

HOẶC thất dây rốn

Chỉ định mổ tối khẩn (là đi mổ ngay mà không mất thêm thời gian để thiết lập chẩn đoán):

- Sa dây rốn trước ngôi thai, dây rốn nằm trong âm đạo (đặc biệt là ngôi chỏm)
- CTG nhịp giảm kéo dài, kèm nhịp chậm

Ở BN này không đợi sinh ngã âm đạo, vì:

- Cơn co không đủ
- Ngôi đầu còn rất cao
- Đầy hình thang mất variability

Application

TÌNH HUỐNG 2: TỤT HUYẾT ÁP

Bà B, 37 tuổi, PARA 3003, nhập viện vì đau đầu, chóng mặt, buồn nôn.

Tiền sử: 2 lần sinh thường, cả đều, sau sinh đều 3-500 gram. Có 1 lần sinh mổ tại 41 tuần.

Khẩn trương đầu tư, tình trạng lâm sàng:

Phát hiện tăng huyết áp từ lúc thai 28 tuần. Trung bình tăng huyết áp tâm động từ 130/80 đến 140/90 mmHg. Không có triệu chứng lâm sàng khác. Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Các triệu chứng lâm sàng của bệnh:

(1) Khi khám lâm sàng thấy: đau đầu, buồn nôn, chóng mặt.

(2) Huyết áp tăng: 130/80 mmHg.

Thái phụ được điều trị với furosemide phối hợp với thuốc hạ huyết áp. Trong thời gian tại viện, huyết áp dao động từ 100/60 đến 110/70 mmHg.

Hàng ngày, có triệu chứng lâm sàng: đau đầu, buồn nôn, chóng mặt. Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

Khám lâm sàng: Nhau có tư cung mở 5 cm, cơn co 70%, ngoại đầu rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản, ngoại tử rớt ra, chèn vào đỉnh sinh sản.

BN có:

- TSG có dấu hiệu nặng
- BN bị tụt HA và Nifedipin đơn thuần không thể gây ra tình trạng HA kẹp như thế này được → nghỉ do nhau bong non. Ngoài ra còn kèm tình trạng RLDM rất đặc trưng cho nhau bong non
- Nhau bong non

Cần phải lưu ý rằng TSG có một mối liên quan đến nhau bong non. TSG có dấu hiệu nặng đi kèm nhau bong non → cần phải dự phòng MgSO4 trước, trong và 24h sau khi mổ. Tuy nhiên, vẫn phải bấm đi trước tiên

Tiếp cận 1 BN đau bụng + ra huyết âm đạo → cần chẩn đoán phân biệt giữa nhau bong non và chuyển dạ sinh non

- Nhìn CTG, xem có cơn co cường tính (tăng tương lực căn bản + mất tương quan cơ nghỉ) + tìm thai kiểu thiếu Oxy không? → nếu có nghĩ nhiều nhau bong non cấp tính
- Khám âm đạo, xem đầu thai ra tới đâu rồi → bấm đi, đồng thời nếu không thấy có khả năng sinh ngã âm đạo trong 20p thì thông báo chuyển mổ
- BN xuất hiện DIC rất sớm sau khi mất máu một lượng không nhiều lắm xảy ra → phải nhận ra được DIC

- Khi này, BN có thể vừa có shock mất máu (xem sinh hiệu) và RLDM đi kèm → vừa truyền HC, TC, YDGM

