

CÁC CẤP CỨU SẢN KHOA

SỐC TRONG CHUYÊN DẠ

- Sốc do giảm thể tích và do truyền tắc mạch là phổ biến trong sản khoa. Sốc là tình trạng giảm oxy tới mô, nên làm giảm khả năng chuyển hóa và đào thải các sản phẩm chuyển hóa của mô.

- **Phân loại sốc** phổ biến trong sản bao gồm:

- Sốc giảm thể tích: Băng huyết sau sinh là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở mẹ (25%).
- Sốc nhiễm trùng:
- Sốc thần kinh: Do đau, hay do phản xạ thần kinh, như thần kinh phế vị.
- Sốc tim:
- Sốc phản vệ: trong truyền tắc ối.

- Sốc truyền tắc trong sản khoa thường do các thành phần của nước ối gây nên.

- **Các dấu hiệu của sốc:** hoạt hóa giao cảm, tái phân bố tuần hoàn, giảm tưới oxy mô:

- Mạch nhanh, yếu. Huyết áp tụt.
- Thiếu niệu, vô niệu.
- Da tái nhợt, lạnh, vã mồ hôi.
- Đầu chi tím và các biểu hiện của thiếu oxy mô.
- Các biểu hiện khác như nhìn mờ, tay chân run.



- SỐC MÁT MÁU:

- Thường gặp trong sản khoa, là một vấn đề của y khoa hiện đại.
- Gồm 3 giai đoạn:

▪ **Còn bù:** Lâm sàng: mạch nhanh (là **biểu hiện sớm nhất** của sốc giảm thể tích), thở nhanh, da tái. Tuy nhiên, huyết áp vẫn chưa tụt thể hiện khả năng còn bù trừ của hệ tim mạch. Giai đoạn này, huyết áp có thể kẹt.

▪ **Mất bù:** Diễn tiến nếu người bệnh tiếp tục mất máu, thường là **> 1000 ml máu** ở người bình thường, có thể < 1000 ml ở người thiếu máu. Huyết áp tụt, rối loạn tri giác, lơ mơ, tổng trạng xấu đi. Tuy nhiên, nếu điều trị phù hợp thì có thể cải thiện rõ rệt.

▪ **Pha tổn thương tế bào và đe dọa tính mạng:** Do sự thiếu oxy mô.

- Khả năng tử vong rất cao, không chỉ đơn thuần điều trị bằng truyền dịch.
- Sau khi hồi phục, có nguy cơ biến chứng **suy thận** hoặc **suy tuyến yên (Hội chứng SHEEHAN)**.
- Toan chuyển hóa: chuyển hóa yếm khí tạo lactate.
- Giãn mạch: các sản phẩm trung gian ứ đọng.
- DIC: nội mô tổn thương, thromboplastin mô.
- Suy tim: do giảm tưới máu vành.

▪ **Phân độ mất máu:** Có nhiều cách phân độ mất máu, ở đây dựa vào mạch, huyết áp, nhịp thở, thiếu niệu, toan chuyển hóa và triệu chứng của sốc.

	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
Thể tích máu mất (%)	15	20-25	30-35	40-45
Biểu hiện lâm sàng	Mạch, huyết áp bình thường Hạ huyết áp tư thế	Mạch nhanh, huyết áp tâm thu thấp Tươi máu mao mạch giảm Nhịp thở nhanh	Huyết áp tụt nhiều Da lạnh, xanh. Vã mồ hôi Run rẩy Thiếu niệu, dưới < 30 mL/giờ Toan chuyển hóa, pH < 7.5	Huyết áp tụt nhiều Chỉ còn bắt được mạch cánh Sốc không hồi phục

○ Xử trí:

▪ **First:** Thiết lập đường truyền – Intravenous catheter!

- Ít nhất 2 đường truyền với kim 18G.
- Dịch truyền: **Ưu tiên đầu tiên** vẫn là dung dịch đẳng trương, có thể là normal saline 0.9% hay Ringer lactated. Tuy nhiên đây là mất máu nên phải bù bằng máu.

✓ **Truyền máu:** máu toàn phần thì ưu tiên nhất, nhưng dễ xảy ra biến chứng. Sử dụng hồng cầu lắng, cùng huyết tương tươi đông lạnh hoặc dung dịch cao phân tử (hạn chế thể tích dịch cao phân tử).

• Mục tiêu:

- ✓ Giữ CVP ở mức 10 – 12 cm. Thể tích nước tiểu $\geq 60\text{ml/giờ}$.
- ✓ Nếu bù dịch đủ, cả mạch và huyết áp đều ổn định chứ không riêng huyết áp. Mạch luôn thay đổi đầu tiên, tiếp đó mới là huyết áp.

✓ **Mạch là con số trung thành, huyết áp là con số biến động theo khả năng bù.**

- Song song với đó là **tìm nguyên nhân:** Đôi khi có thể rõ ràng như băng huyết, nhưng cũng có thể khó nhận biết như xuất huyết nội do *vỡ tử cung*, đặc biệt trên bệnh nhân có **vết mổ cũ**.
- Thuốc: Vận mạch, corticosteroids, giảm đau, bicarbonate.

- SỐC TRONG THUYỀN TẮC MẠCH DO NƯỚC ỒI. (Aminotic Fluid Embolism)

○ **Định nghĩa:** Là sự xâm nhập của nước ối và **các thành phần hữu hình** của nó vào tuần hoàn mẹ. => truy hô hấp tuần hoàn *cấp tính* => sinh bệnh học: **hiện diện thành phần lạ gây sốc phản vệ**. Đây là quan điểm mới, bổ sung thêm cho sinh bệnh học do thuyền tắc mạch máu phổi, nhưng đã chiếm vai trò chủ đạo trong sinh bệnh học thuyền tắc ối. [1]

○ Sinh bệnh học: (1) hiện diện của áp lực cao và (2) các mạch máu bị hở. Yếu tố thuận lợi:

▪ Cơ co tử cung mạnh => áp lực cao => vỡ màng ối.

▪ **Nhau tiền đạo:** Các mạch máu vùng này **khi bị vỡ không được ép chặt bởi lớp cơ chéo**, nên tạo khoảng hở.

▪ Lớn tuổi, đa sản, **chuyển dạ quá nhanh**, thai to, thai chết lưu.

○ Tình trạng **sốc phản vệ** và giai đoạn sau nếu không tử vong là DIC. Diễn tiến sang sốc rất nhanh, và DIC xuất hiện trong vòng 1h, nhanh nhất.

○ **Chẩn đoán xác định bằng tử thiết.**

○ **Dấu hiệu lâm sàng:** Nếu một thai phụ sau một *biến cố như vỡ ối*, hay cơ co tử cung mạnh, đột ngột và các triệu chứng sau, mà không có nguyên nhân nào khác để giải thích:

- **Trụy hô hấp:** Ngưng thở, khó thở nặng. => gồng người, co giật.
- **Trụy tuần hoàn:** Mạch nhanh, huyết áp tụt, ngưng tim, suy tim phải cấp, tím tái, phù phổi.
- Nếu không tử vong ở giai đoạn này, **DIC xuất hiện trong vòng 1 giờ => chảy máu.**
- **DIC xuất hiện trong 83% trường hợp**, có thể rất sớm sau **khi khởi phát triệu chứng 10-30 phút**, nhưng cũng có thể sau tới 4 giờ. [1]

○ **Chẩn đoán phân biệt:** (1) phù phổi cấp, (2) viêm phổi hít, và (3) rối loạn đông máu khác.

○ Điều trị: **9 mục tiêu điều trị. Và chỉ là ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG.**

- Cung cấp oxy.
- Giảm co thắt phế quản bằng *Aminophylline*.
- Vận mạch: Dopamine.
- Suy tim phải: Digoxine. Nếu tăng tiết dịch phổi => atropine.
- Giãn mạch + tưới máu mô: **Hydrocortisone**.
- Toan chuyển hóa: Bù natri bicarbonate.
- **Dextran** trọng lượng phân tử thấp: **giảm kết tập tiểu cầu ở cơ quan quan trọng.**
- DIC: Heparine.
- Cho sinh theo chỉ định sản khoa nếu chưa sinh. **Tỉ lệ sống thai nhi là 70%** [1].

○ Cần lưu ý là vẫn có những trường hợp *fetal material* xuất hiện trong tuần hoàn của mẹ nhưng không gây ra thuyên tắc ối, **không phải trường hợp nào cũng gây thuyên tắc ối.**

○ Tiên lượng: Tỉ lệ tử vong rất cao. Nếu thai phụ hồi phục được, biến chứng xảy ra sau đó rất nặng: Bệnh não, suy chức năng thất trái, suy thận, phù phổi, rối loạn nhịp, thiếu máu cơ tim.

BẢNG HUYẾT SAU SINH

- Dịch tể:

- 140.000 người tử vong/năm => 4 phút - 1 người tử vong => hơn phân nửa là trong vòng 24h sau sinh.
- Định nghĩa: **500 ml qua sinh thường** hoặc **1000 ml qua sinh mổ** và từ **bất cứ nơi nào trên đường sanh** => có **tần suất 4%/năm**.
- Tuy nhiên, đánh giá trên không khách quan do tùy thể trạng thai phụ. Chảy máu có thể kín đáo hay ồ ạt, đột ngột, dễ nhận biết.
- Đây là nguyên nhân thường gặp nhất (25%) gây tử vong ở mẹ.

- Định nghĩa: Trên lâm sàng, dựa vào mạch, huyết áp, Hct, thể tích nước tiểu,...

- **Sớm:** Trong vòng 24h sau sinh. (*Nguyên phát*)
- **Muộn:** **Từ 24h đến 12 tuần (3 tháng) sau sinh. (Thứ phát)**
 - **Chờm nóng sau sinh:** Gây dẫn cơ tử cung, **làm dờ tử cung**, nhất là trong 6 tuần hậu sản, gây **băng huyết sau sinh**.

- Yếu tố nguy cơ: BHSS **vẫn có thể xảy ra khi vắng mặt** các yếu tố nguy cơ.

- Chuyển dạ kéo dài: Chuyển dạ kéo dài $\geq 24h$, hay chuyển dạ hoạt động $\geq 12h$.
- Chuyển dạ có sử dụng thuốc tăng co.
- Chuyển dạ quá nhanh.
- Tiền căn BHSS.

- Cắt tầng sinh môn.
- Tiền sản giật.
- Tử cung quá căng: thai to, đa thai, đa ối.
- Mổ lấy thai.
- Người gốc Á:
- Nhiễm trùng ối:
- ...

- **Băng huyết sau sinh là một cấp cứu sản khoa.** Có thể hiểu nôm na đây là một tình trạng sốc mất máu, hay sốc giảm thể tích.

- **Mất 10-15%:** còn bù trừ tốt, chưa có triệu chứng.
- **Mất 20%:** mạch nhanh, thở nhanh, da xanh tái, CRT > 2s, huyết áp chưa tụt, hạ huyết áp tư thế, hiệu áp giảm – kẹp.
- **Mất 30%:** mạch nhanh, huyết áp tụt rõ rệt.
- **Mất 40-50%:** thiếu niệu, shock, hôn mê => tử vong.

=> **xử trí phải kết hợp song song giữa thiết lập chẩn đoán và xử trí triệu chứng – nguyên nhân.**

- **Nguyên nhân:**

- **Đờ tử cung:** thường gặp nhất, chiếm 80%.
- **Tổn thương đường sinh dục chảy máu/khối máu tụ đường sinh dục:** hàng thứ nhì.
- Các **nguyên nhân khác:** sót nhau, rối loạn đông máu,... **Vỡ và lộn tử cung** là nguyên nhân ít gặp nhưng **đặc biệt nguy hiểm.**

- **Nguyên tắc xử trí chung:**

- **Đánh giá nhanh tình hình hiện tại:**
 - Nhau đã sổ hay chưa? Nếu đã sổ thì bánh nhau có sổ tự nhiên và đầy đủ hay không?
 - Sờ tử cung mềm nhão hay căng cứng?
 - Cuộc sanh diễn tiến ra sao? Lúc sanh có can thiệp bằng dụng cụ (tổn thương đường sanh)?
 - Có thai to, sanh khó hay sanh quá nhanh hay không? (đờ tử cung?, tổn thương đường sinh dục)
 - Đã được kiểm tra tổn thương đường sinh dục hay chưa?
 - Hct trước đó (căn bản)?
 - Có cục máu đông không? Có bệnh lý đông máu không?
- Vì nguyên nhân thường gặp nhất là **đờ tử cung**, nên phải sờ nắn tử cung qua thành bụng, xem tử cung mềm nhão, không co hồi, cổ tử cung mở rộng hay không ở mọi trường hợp để xem có đờ hay không?
- => nếu thật sự là đờ tử cung, thì **oxytocin** là điều trị đầu tay, ergot alkaloids và prostaglandin là lựa chọn đứng hàng thứ 2. Bình thường, nếu tử cung co hồi tốt, thì sờ được **khối cầu an toàn**, nếu sờ được => phải tìm nguyên nhân khác.
- **Máu mất phải bù bằng máu** => hồng cầu lắng là chế phẩm chủ yếu được sử dụng.

- **9 bước quản lý ban đầu khi có BHSS:**

- **Bước 1:** Kêu gọi sự giúp đỡ của đồng nghiệp.
- **Bước 2:** Đánh giá lượng máu mất ngay lập tức.

- **Bước 3:** Đánh giá tình trạng chung của bệnh nhân, sinh hiệu.
 - **Bước 4:** Theo dõi và giữ vững tuần hoàn.
 - Thiết lập 2 đường truyền TM với kim lớn.
 - Thử nhóm máu.
 - Duy trì truyền dịch tinh thể.
 - **Bước 5:** Kiểm tra lại rối loạn đông máu.
 - **Bước 6:** Đánh giá tìm nguyên nhân của BHSS
 - **Bước 7:** Chuẩn bị nhân sự phòng mổ.
 - **Bước 8:** Đánh giá huyết động.
 - **Bước 9:** Khám bằng hai tay, đánh giá đồ tử cung:
 - Giúp phát hiện sót nhau, vỡ tử cung, khối máu tụ, tổn thương đường sanh.
 - Can thiệp nguyên nhân: xử trí dựa vào nguyên nhân cụ thể.
- Quản lý một thai phụ có yếu tố nguy cơ BHSS phải ở trước sinh, trong lúc sinh và hậu sản:**
- *Trước sinh:*
 - Xác định các yếu tố nguy cơ BHSS.
 - Thiết lập đường truyền tĩnh mạch trước khi sinh.
 - Xác định Hct thai phụ.
 - Xác định nhóm máu.
 - **Số lượng tiểu cầu và các yếu tố đông máu.**
 - *Trong lúc sinh:*
 - Cân nhắc kỹ lưỡng khi quyết định giúp sinh.
 - Đảm bảo nhau được sổ trọn vẹn.
 - Tránh kéo dây rốn quá mức.
 - Xử trí tích **cực giai đoạn 3 chuyển dạ:** Xem kỹ hơn bài tuần 8. Gồm 3 giai đoạn:

- **Sử dụng oxytocin:** Ngay sau khi sổ thai xong. Tiêm bắp.
 - **Kẹp và kéo dây rốn để nhau bong nhanh hơn.**
 - **Xoa bóp đáy tử cung sau khi sổ nhau.**
 - Kiểm tra đủ và đúng đường sanh, tránh sót tổn thương.
 - Nên lấy hết máu cục ra khỏi tử cung, âm đạo, trước khi chuyển khỏi phòng sinh.
 - *Hậu sản:*
 - Theo dõi kỹ và phát hiện ngay chảy máu lượng nhiều.
 - Duy trì thuốc co hồi tử cung.
 - Xoa đáy tử cung thường xuyên.
 - Theo dõi sinh hiệu thường xuyên.
- Xử trí các nguyên nhân thường gặp: (4T – Tone – Trauma – Tissue – Thrombosis).**
- Đờ tử cung => đảm bảo gò tử cung tốt.**
- Xử trí đờ tử cung theo thứ tự sau:*
- Xoa đáy tử cung bằng hai tay ngay lập tức. => **luôn luôn**

- Dùng thuốc co hồi tử cung, với sự thận trọng cần thiết:

- Oxytocin **truyền tĩnh mạch**: 10-40 UI trong 1000 ml NaCl 0.9% hoặc Ringer Lactate.
- Nếu Oxytocin không hiệu quả, thì bộ Y tế khuyến cáo thêm: Carbetocin = Oxytocin → tác dụng như Oxytocin; Dinoprostone = **carboprost**: co tử cung rất mạnh, nhưng dinoprostone ít hiệu quả hơn
- Ergometrin
- 15-methy PGF_{2a} hay Dinoprostone.
- Misoprostol.
- **Dùng bóng chèn => phương pháp tạm thời**. Dùng khi phương pháp xoa và dùng thuốc co hồi tử cung không hiệu quả. **Thường có hiệu quả nhất trong các trường hợp nhau tiền đạo hay nhau bám thấp**.
 - Nếu không có bóng chèn, có thể sử dụng gạc chèn trong tử cung.



Hình 1: Bóng chèn buồng tử cung
Bóng phải được đặt cao, chèn hoàn toàn các mạch máu bị hở. Bóng sẽ không hiệu quả nếu bị tụt, bơm không đủ thể tích chèn. Bóng chèn cũng rất hiệu quả trong nhau tiền đạo, khi không có sự siết mạch máu do không có cơ đan chéo ở đoạn dưới.

- **Đánh giá phẫu thuật theo đúng trình tự sau:**

- Thất động mạch tử cung.
 - Thất đoạn động mạch tử cung đi bên cạnh thân tử cung. Giúp giảm chảy máu và bảo tồn chức năng sinh sản.
- May chèn ép tử cung theo B-lynch: Khi thất ĐM tử cung không thành công.
 - Gồm 2 mũi dọc đi từ cổ tử cung vòng qua đáy tử cung.
 - Giúp giảm tỉ lệ cắt tử cung và tắc động mạch hạ vị, bảo tồn chức năng sinh sản.

○ **Phẫu thuật cắt tử cung**. *Lựa chọn khi có ≥ 1 trong các dấu hiệu sau:*

- Tụt huyết áp > 20 – 30 phút.
- Mất máu liên tục (> 3 L) dù đã áp dụng các biện pháp khác.
- Không đủ máu truyền.
- ECG thay đổi.
- **Nhau tiền đạo hay nhau cài răng lược**.
- Có rối loạn đông máu.

Tổn thương sinh dục và khối máu tụ: => phẫu thuật cầm máu và phục hồi tổn thương.

- Cần phải khám đường sinh đầy đủ và bằng dụng cụ khi một bệnh nhân BHSS mà tử cung co hồi rất tốt.

- **Khôi phục tổn thương ngay.**

- Cần người hỗ trợ, có thể thực hiện tại phòng mổ.
- Không nên khâu mù.
- Nếu rách cổ tử cung từ 1 cm có thể lành tốt, và không khâu.
- Khối máu tụ không triệu chứng thì *có thể theo dõi*, **kích thước phải < 5cm**, không tiến triển thêm.
 - Nếu khối máu tụ cũ, to lên, cần cắt chỉ, tìm vị trí chảy máu và khâu lại.
- Vì sự phù nề tăng sinh môn khi tổn thương quanh niệu đạo làm bí tiểu, nên sau khi khâu khôi phục, nên đặt **sonde tiểu 12-24h theo khuyến cáo**.

Sốt nhau: => làm trống buồng tử cung.

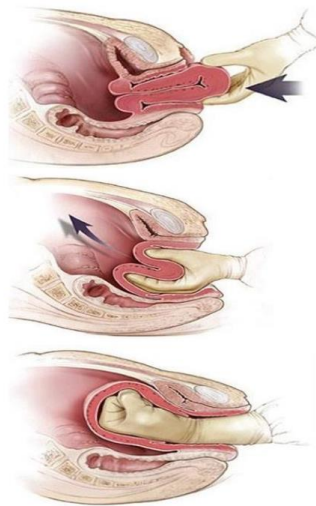
- **Nhau không bong trong vòng 30 phút** sau khi sổ thai hoặc **can thiệp tích cực giai đoạn 3 không đạt hiệu quả**.
- Lấy nhau bằng tay, xử trí đỡ tử cung như trên. Có thể dùng siêu âm để đảm bảo bánh nhau lấy hết.
 - o **Nếu lựa chọn siêu âm là khảo sát đầu tay**, thì khi siêu âm thấy phản âm nội mạc liên tục, thì hầu như không có sót nhau. (ACOG 2017)
 - o Nếu **siêu âm thấy khối bất thường, lúc này cần phải khảo sát bằng tay**, tốt nhất ở bệnh nhân đã được gây tê vùng.
- Hút nạo lòng tử cung, có thể làm dưới hướng dẫn siêu âm. Có thể gây nhiều biến chứng sau này.
- Nếu nghi ngờ nhau cài răng lược, cần thiết có can thiệp đặc hiệu. (**nhau cài răng lược** là tình trạng một phần hay toàn bộ nhau xâm lấn và không thể tách rời khỏi thành tử cung, có 3 loại: accreta, increta, percreta. YTNC: nhau tiền đạo, sẹo mổ cũ trên thành tử cung, nạo hút buồng tử cung, tuổi mẹ > 35 tuổi, sinh nhiều lần).

Bệnh đông máu: => khôi phục tình trạng đông máu bình thường.

- o Bù các yếu tố đông máu thiếu hụt.
- o Xác định căn nguyên của bệnh lý đông máu: chảy máu nhiều, nhiễm trùng, thuyên tắc ối,...

Lộn tử cung do kéo dây rốn quá thô bạo => trả tử cung về vị trí bình thường.

- o Dùng tay trả tử cung về vị trí bình thường.
- o Tại phòng mổ, với các **thuốc làm mềm tử cung**: nitroglycerin ngậm dưới lưỡi, terbutaline, MgSO₄, và gây mê toàn thân.
- o Nếu thất bại, phẫu thuật là cần thiết.



Hình 4: Lộn tử cung và kỹ thuật đưa tử cung trở về vị trí bình thường. Thao tác này phải thực hiện dưới gây mê, tại phòng mổ và có dùng thuốc làm mềm cơ tử cung.

Một số yếu tố nguy cơ khác:

- o Tồn thương đường sinh và tụ máu: Giúp sanh bằng dụng cụ, sanh ngôi mông, sanh nhanh, thai to, ngôi chằm kiểu thế sau.
- o Nếu tụ máu to, tiến triển, và gây đau nhiều thì cần rạch, hút máu cục và máu tụ. Trong đa số trường hợp, không phát hiện được vị trí chảy máu, nếu có, cột cầm máu. Sau đó, ổ tụ máu có thể được đóng lại, và âm đạo được packed trong 12 – 24 giờ.

ACOG 2017 – Postpartum Hemorrhage

- Điều trị khởi đầu được khuyến cáo là thuốc co hồi tử cung (uterotonic agents).
- **Tranexamic acid** nên được xem xét nếu thuốc co hồi tử cung không hiệu quả.

○ Các phân tích cho thấy không làm giảm tỉ lệ tử vong do mọi nguyên nhân và tỉ lệ cắt tử cung.

○ **Giảm tỉ lệ tử vong do xuất huyết nặng.** Không làm tăng tỉ lệ huyết khối trong phẫu thuật.

○ Dùng sớm trong vòng 3h đầu, hiệu quả hơn dùng sau 3h.

- Chèn tử cung bằng bóng:

○ Thích hợp cho những trường hợp đỡ tử cung.

○ **Có nhiều loại bóng chèn: Foley, Bakri balloon,...**

- Thuyên tắc động mạch tử cung:

○ Điều tiên quyết là huyết động **phải ổn**, vì vậy, có vẻ như áp dụng cho những bệnh nhân chảy máu rỉ rả, nhưng thất bại với những biện pháp ít xâm lấn hơn trước đó.

○ Nếu thành công (tỉ lệ khá cao- 70-90%), lợi ích: Giữ được tử cung, và có thể là **khả năng sinh sản sau này**.

○ Vô sinh có thể gặp trong tới 43% trường hợp.

Table 4. Tamponade Techniques for Postpartum Hemorrhage

Technique	Comment
Commercially available intrauterine balloon tamponade devices	Inserted transcervically or through cesarean incision; has an exit port for blood drainage
- Bakri Balloon	Inflated with 300–500 mL of saline
- ebb uterine tamponade system	Double Balloon: maximum recommended fill volumes are 750 mL for the uterine balloon and 300 mL for the vaginal balloon.
Foley catheter	Insert one or more 60 mL bulbs and fill with 60 mL of saline.
Uterine packing	4-inch gauze, can be soaked with 5,000 units of thrombin in 5 mL of saline then insert from one cornua to the other with ring forceps.

Table 3. Acute Medical Management of Postpartum Hemorrhage

Drug*	Dose and Route	Frequency	Contraindications	Adverse Effects
Oxytocin	IV: 10–40 units per 500–1,000 mL as continuous infusion or IM: 10 units	Continuous	Rare, hypersensitivity to medication	Usually none. Nausea, vomiting, hyponatremia with prolonged dosing. Hypotension can result from IV push, which is not recommended.
Methylergonovine	IM: 0.2 mg	Every 2–4 h	Hypertension, preeclampsia, cardiovascular disease, hypersensitivity to drug	Nausea, vomiting, severe hypertension particularly when given IV, which is not recommended
15-methyl PGF _{2α}	IM: 0.25 mg Intramyometrial: 0.25 mg	Every 15–90 min, eight doses maximum	Asthma. Relative contraindication for hypertension, active hepatic, pulmonary, or cardiac disease	Nausea, vomiting, diarrhea, fever (transient), headache, chills, shivering hypertension, bronchospasm
Misoprostol	600–1,000 micrograms oral, sublingual, or rectal	One time	Rare, hypersensitivity to medication or to prostaglandins	Nausea, vomiting, diarrhea shivering, fever (transient), headache

Abbreviations: IV, intravenously; IM, intramuscularly; PG, prostaglandin.

*All agents can cause nausea and vomiting.

Modified from Lyndon A, Lagrew D, Shields L, Main E, Cape V, editors. Improving health care response to obstetric hemorrhage version 2.0. A California quality improvement toolkit. Stamford (CA): California Maternal Quality Care Collaborative; Sacramento (CA): California Department of Public Health; 2015.

- Phẫu thuật: Mổ hở.

○ *Uterine Compression Sutures*

▪ B-lynch.

▪ Cho – Hayman technique.

○ Cắt tử cung – Hysterectomy: Lựa chọn cuối cùng.

Nhau cài răng lược:

- Nguy cơ có nhau cài răng lược gia tăng theo số lần sinh mổ và sự hiện diện của nhau tiền đạo (*placenta previa with 3%, 11%, 40%, 61%, and 67% of such women with their first through fifth or more cesarean deliveries having a placenta accreta*).
- Nếu phát hiện trước sinh cần lên kế hoạch cẩn thận. Siêu âm thang xám có thể nghi ngờ được, lúc này cần chỉ định siêu âm Doppler.
- **Sau sinh:** Nhau khó kéo, khi nghi ngờ cần đưa vô phòng mổ, giải thích cho người nhà về việc cắt tử cung, nguy cơ truyền máu, tử vong.
- **Đang chảy máu** thì lựa chọn duy nhất là cắt tử cung.

Tử cung bị lộn

- Xảy ra ở sinh mổ **nhiều hơn gấp đôi tới gấp 10 lần (1:1860) so với sinh qua ngã âm đạo** (1:3700-1:20000).
- Nếu nhau chưa bong, thì không nên tiến hành bóc nhau trước khi đưa tử cung về vị trí cũ, vì làm gia tăng chảy máu.
- Có thể sử dụng các thuốc dẫn cơ như terbutaline, nitroglycerin, $MgSO_4$ để làm dẫn cơ tử cung trước khi đẩy vô lại.
- Nghi ngờ khi không sờ thấy đáy tử cung, mà thấy khối mô trong âm đạo.

Băng huyết thứ phát

- Các nguyên nhân có thể là:
 - Co hồi tử cung không tốt.
 - Viêm nội mạc tử cung: Như có ấn đau, sản dịch hôi, sốt nhẹ.
 - Cũng có thể là biểu hiện đầu tiên của Willebrand.
- Điều trị:
 - Nên dựa vào nguyên nhân.
 - Kháng sinh của viêm nội mạc tử cung: Clindamycin, gentamicin (phổ rộng).

Truyền máu

- Truyền máu khi mất **$\geq 1500\text{ ml máu}$ hoặc sinh hiệu thay đổi.**
- Truyền máu lượng nhiều khi truyền **≥ 10 đơn vị hồng cầu lắng trong vòng 24 giờ**, hoặc **≥ 4 đơn vị hồng cầu lắng trong 1h**. Lúc này nên truyền thêm tiểu cầu, và huyết tương tươi đông lạnh (FFP) để có thành phần máu toàn phần phù hợp.
 - Tỷ lệ: **1 đơn vị máu : 1 FFP : 1 đơn vị PLT.**

VỠ TỬ CUNG:

- Tình trạng cấp cứu sản khoa, hiếm gặp nhưng rất nguy hiểm, ảnh hưởng đến tính mạng, có thể gây ra:
 - Sốc mất máu.
 - Bệnh lý não do thiếu oxy.
 - Tổn thương não vĩnh viễn.
 - Tử vong.
- Có 2 dạng vỡ tử cung:

- Võ hoàn toàn: vỡ **toàn bộ thành tử cung**, đến **thanh mạc bị vỡ**=> thai và phần phụ của thai vào phúc mạc.
- Võ không hoàn toàn/nứt tử cung: vỡ tách rời lớp cơ tử cung, **thanh mạc còn nguyên vẹn**.
- Khi có hội chứng vượt trở ngại, phần yếu nhất là **cạnh bên phần dưới, do bị căng dẫn nhiều nhất**. **Cạnh bên trái mặt trước** là vỡ trên tử cung nguyên vẹn, **cạnh bên phải mặt sau** là vỡ liên quan thủ thuật như nạo phá thai.
- **Có 2 tình huống vỡ tử cung:**
 - **Vỡ tử cung trên một tử cung nguyên vẹn:** chủ yếu là vỡ trong chuyển dạ, rất hiếm khi vỡ ngoài (trước, sau) chuyển dạ (trừ trường hợp bất thường hệ Muller). Triệu chứng điển hình: chuyển dạ bất thường => hội chứng vượt trở ngại => dọa vỡ tử cung => vỡ tử cung.
 - **Dọa vỡ tử cung:** là hội chứng vượt trở ngại tăng dần về mức độ.
 - **Vị trí thường vỡ:** Cạnh bên đoạn dưới thân tử cung.
 - **Vỡ tử cung trên một tử cung có vết mổ cũ** (do mổ sanh, bóc u xơ tử cung,...): tuy tần suất vỡ ngoài chuyển dạ có cao hơn, nhưng vẫn **chủ yếu là trong chuyển dạ**.
- **Triệu chứng:**
 - **Vỡ tử cung trước chuyển dạ:** Rất hiếm khi trên thai phụ tử cung bình thường, không có bất thường tự nhiên hay thụ đắc. Chủ yếu trên tử cung có sẹo mổ cũ, ở **phân thân tử cung**, trước khi thai đủ tháng => **đau bụng đột ngột, nhanh chóng rơi vào tình trạng sốc**. Đối với trường hợp sẹo mổ cũ, có thể Đau trên xương vệ, ấn đau chói.
 - Thai phụ: cảm giác đột ngột có thứ gì đó vỡ, ngưng hoàn toàn các cơn co tử cung, **tim thai cũng biến mất**.
 - Tình trạng thai phụ nhanh chóng xấu => **sốc thần kinh do đau + sốc mất máu**.
 - Khám bụng:
 - Ngôi thai bị trôi lên cao, rơi vào ổ bụng.
 - Các phần của thai nhi có thể sờ được dễ dàng.
 - Sờ thấy khối tử cung đang co thắt và co rút lại.
 - Chảy máu âm đạo có thể có hoặc không.
 - Bụng đề kháng, có thể không sờ được đáy tử cung, ngôi thai.
 - Nếu **vỡ tử cung trong dây chằng rộng**: đau bụng từ từ, tăng dần, sờ được khối rất to rất đau bên cạnh tử cung => kém điển hình.

- Yếu tố nguy cơ:

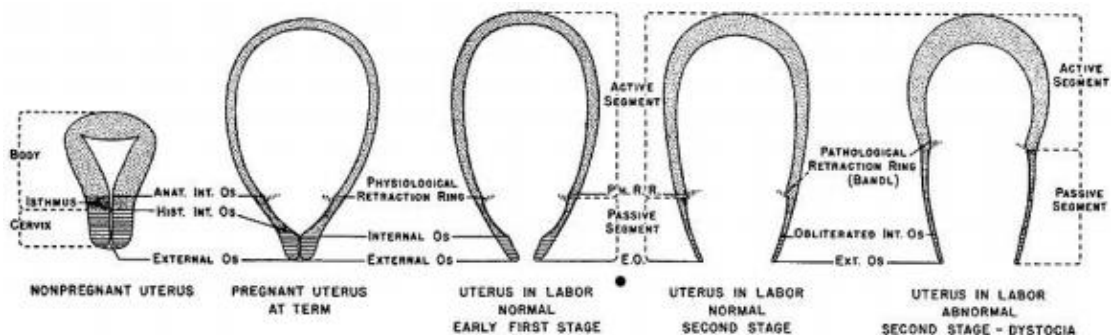
- Vỡ trên tử cung bình thường:
 - Đẻ khó và tăng co bằng oxytocin là hai yếu tố nguy cơ **lớn nhất**.
 - Đa sản, ngôi sinh khó như ngôi trán, ngôi mặt, ngôi ngang, bất xứng đầu chậu.
 - Sanh giúp khi không đủ điều kiện hay sai kỹ thuật, khối u ở vị trí tiền đạo.
 - Khởi phát chuyển dạ bằng **misoprostol** => do đó bộ y tế không cho phép sử dụng.
- Vỡ trên tử cung có sẹo mổ cũ:
 - Vị trí mổ và số lần mổ.

- Nhiễm trùng hậu phẫu.
- **Vết mổ bóc nhân xơ tử cung.**
- Khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin hoặc prostaglandins.
- **Khởi phát chuyển dạ bằng misoprostol: tăng nguy cơ vỡ tử cung 5.6% (TBL)**
 - Thật ra thì: nếu chuyển dạ tự nhiên thì **vỡ 0.52%**, khởi phát chuyển dạ không dùng prostaglandins thì **vỡ 0.77%**, nhưng **dùng prostaglandins thì vỡ 2.24%** (ACOG 2019)
 - **Nguy cơ tử vong ở con:** 6-7% ở nước phát triển, 74% ở nước đang phát triển.
 - **Nguy cơ tử vong ở mẹ:** 1% ở nước phát triển, 8% ở nước đang phát triển.
 - **ACOG2019:** Tỷ lệ tử vong ở mẹ và con đều rất thấp <1%.
 - Tham khảo: [Uterine Rupture in Pregnancy: Overview, Rupture of the Unscarred Uterus, Previous Uterine Myomectomy and Uterine Rupture \(medscape.com\)](#)

- Dấu hiệu của vỡ tử cung trong chuyển dạ:

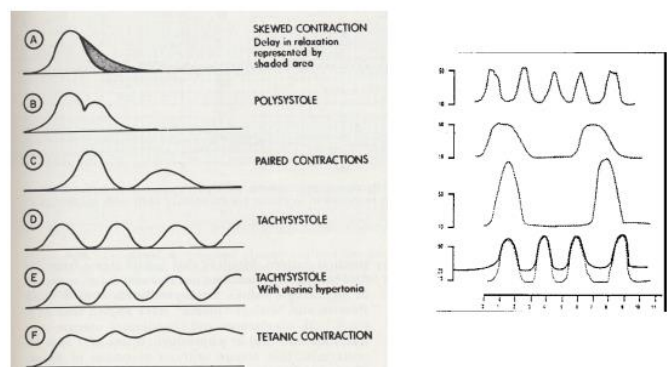
○ Có 2 tình huống:

- **Chuyển dạ tắc nghẽn.**
- Cuộc sanh qua ngã âm đạo trên một trường hợp có vết mổ lấy thai cũ (VBAC – vaginal birth after caesarean section).



○ **Chuyển dạ tắc nghẽn:** với hội chứng vượt trở ngại tăng dần về mức độ là **dấu hiệu báo động của vỡ tử cung.**

- Cơ co tachysystole. => dấu hiệu thiếu oxy thai trên EFM.
- Dấu hiệu **vòng Bandl** kèm hiện tượng kéo căng 2 dây chằng tròn (**dấu Frommel**).
- Biến dạng nghiêm trọng đầu thai. (chồng xương, bứu huyết thanh)
- Bệnh nhân bứt rứt, đau liên tục vùng dưới tử cung.
- Có thể nước tiểu đỏ qua thông tiểu.



=> nếu tử cung chưa vỡ thì phải giảm co: nitroglycerine dưới lưỡi nhằm tránh vỡ và cải thiện tình hình => chuyển phòng mổ.

○ **Khi vỡ:**

- Cảm giác gì đó vỡ, không thấy cơ co tử cung nữa => lâm sàng chuyển xấu nhanh.
- Bụng méo mó, không còn dấu hiệu dọa vỡ, chướng, nắn đau.
- Thăm âm đạo không xác định được ngôi thai.
- CTG: Nhịp giảm kéo dài đến thay đổi nhịp tim thai thành nhịp chậm. Là dấu hiệu luôn có.

○ **Nếu vỡ trên tử cung có sẹo mổ cũ thì triệu chứng rất nghèo nàn, bất thường trên EFM là dấu hiệu gợi ý:**

- Có thể đó là dấu hiệu gợi ý duy nhất => sự thay đổi của cơ gò tử cung và tim thai.
- Nhịp giảm kéo dài => thay đổi nhịp tim căn bản => nhịp chậm.
- Đây là dấu hiệu thường gặp nhất, chiếm lên đến 70% các trường hợp.

- Điều trị:

○ Phải có chỉ định phẫu thuật **ngay khi có nghi ngờ vỡ tử cung**: bảo tồn hoặc cắt tử cung bán phần, toàn phần. => **không đợi có chẩn đoán chắc chắn.**

○ **Kết cục trên mẹ và con đều rất xấu:**

- Tử vong mẹ: **5% trong tất cả nguyên nhân tử vong mẹ trong 1 năm.**
- Tử vong chu sinh: 124:100.000 ~ **0.124%.**

○ **Thời gian sinh:** Tất cả những trẻ **sinh ra trong vòng 18 phút** sau khi nghi ngờ vỡ tử cung có mức pH cuống máu bình thường và Apgar > 7 điểm lúc 5 phút.

- Thai phụ bị vỡ tử cung vẫn được phép mang thai lại, nhưng không được phép VBAC.

- Phòng ngừa vỡ tử cung:

○ **Trong thai kỳ:**

- Quản lý thai tốt, khám thai đầy đủ.
- Áp dụng kế hoạch hóa gia đình, hạn chế phá thai, đặc biệt là phá thai ngoại khoa.
- Phát hiện thai kỳ nguy cơ cao: Vết mổ cũ, khung chậu hẹp, thai to, ngôi bất thường,...
- Sinh khó phải sinh nơi có điều kiện phẫu thuật.

○ **Trong chuyển dạ:**

- Khởi phát chuyển dạ đúng chỉ định, đúng kỹ thuật.
- Áp dụng biểu đồ chuyển dạ.
- Chỉ giúp sinh khi đúng chỉ định, đủ điều kiện và đúng kỹ thuật.
- Phát hiện sớm và kịp thời dọa vỡ tử cung.

VBAC – Vaginal Birth After Caesarean section: Sinh qua ngã âm đạo sau mổ lấy thai

Mổ sinh lại trong các trường hợp nguyên nhân lần trước còn tồn tại:

- Khung chậu hẹp
- Dị tật đường sinh dục
- Ngôi ngang.

⇒ Do đó, khi một bệnh nhân vô chuyển dạ, cần khai thác được nguyên nhân vì sao lần trước mổ lấy thai để loại trừ các nguyên nhân tồn tại.

⇒ **Mổ lại chủ động** nên được tiến hành **sau 39 tuần 0/7 ngày**, sau khi đã được sử dụng kháng sinh dự phòng, và phòng ngừa huyết khối (RCOG 2015).

○ Đường mổ dọc hay ngang trên thân tử cung.

Vì sao muốn VBAC?

- Nếu VBAC thành công thì là phương pháp sinh có **biến chứng ít nhất**.
- Giảm băng huyết sau sinh.
- Giảm chi phí điều trị.
- Giảm tỉ lệ nhiễm trùng.

Nguy cơ của VBAC và mổ lại? (RCOG)

○ **Vỡ tử cung: 0.5% hay 1 ca trên 200 sản phụ. Đến 1%**

○ **Tỉ lệ cắt tử cung: ?**

○ Nguy cơ tử vong thai nhi rất thấp, tương đương với một phụ nữ sinh **con so**.

○ Mổ lại sẽ tăng nguy cơ nhau tiền đạo, nhau cài răng lược ở thai kì sau, đồng thời trẻ **tăng nguy cơ mắc bệnh lí hô hấp** nếu mổ sinh **trước 39 tuần 0/7 ngày**.

○ **Tỉ lệ thành công của VBAC là 72-75%**. Nếu bệnh nhân **đã sinh qua ngã âm đạo trước đó rồi, có thể trước hoặc sau** khi sinh mổ, là **chỉ báo dự đoán tỉ lệ thành công có giá trị nhất**, lúc này VBAC có tỉ lệ thành công **85-90%**.

○ Nếu không thành công thì sẽ chuyển đi mổ.

Giảm đau có được dùng hay không?(ACOG 2019)

- Giảm đau có thể che lấp dấu hiệu đau của vỡ tử cung, tuy nhiên cần nhớ rằng dấu hiệu thường nhất của vỡ tử cung là **bất thường tim thai trên EFM** (70% t/h), chứ không phải cảm giác đau.
- Giảm đau ngoài màng cứng, gây tê vùng: có thể khuyến khích thai phụ rặn tốt hơn do giảm cảm giác đau. Đồng thời, tạo thêm sự tự tin của bác sĩ. Nhưng cần EFM liên tục.

Khuyến cáo của RCOG và tham khảo BV Hùng Vương:

- Mổ lại nếu tiền căn sẹo mổ do **nguyên nhân khác** (bóc u xơ, thai ngoài tử cung đoạn kẽ, vỡ tử cung, **vết mổ thai truyền thống dọc giữa**).

- **Đã mổ ≥ 2 lần**: vẫn có thể được, tuy nhiên nguy cơ tăng lên và bệnh nhân phải hiểu. BV Hùng Vương khuyến cáo mổ lại. **Tỉ lệ thành công VBAC (Uptodate 2021) trong trường hợp này là 50.4%**.

- Các tình trạng thai không tốt, IUGR, hay song thai, thai to, thai quá ngay dự sanh thì cần cân nhắc kĩ lưỡng.

- Bệnh nhân phải **không có chỉ định mổ lấy thai trong thai kì này**: Nhau tiền đạo trung tâm, nhau bong non mà cổ tử cung chưa mở.

- **Khởi phát chuyển dạ** cần cân nhắc, vì nguy cơ vỡ tử cung **tăng khoảng 2-3 lần**. Sử dụng nong cổ tử cung hay foley có nguy cơ thấp hơn dùng oxytocin.

- Độ dày cơ tử cung ở vị trí sẹo mổ: **2.1 – 4.0 mm là yếu tố dự đoán âm mạnh cho việc VBAC thành công**, trong khi đó **0.6 – 2.0 mm là yếu tố dự đoán dương mạnh cho việc VBAC thất bại gây vỡ tử cung**. Tuy nhiên, cần nghiên cứu trên lâm sàng nhiều hơn.

- Sau khi sổ thai, việc kiểm tra cổ tử cung và sẹo mổ cũng không triệu chứng không cải thiện kết cục. Theo dõi sau sinh thường quy, sinh hiệu. Can thiệp khi có triệu chứng nghi ngờ như chảy máu nhiều, giảm thể tích.

ACOG 2019 về VBAC

- **Vị trí của vết vỡ cũ** có liên quan đến tỉ lệ tái vỡ tử cung:
 - o Vết mổ cũ chỉ ở phần dưới tử cung: tái vỡ **6% khi labor**.
 - o Vết mổ cũ có liên quan đến **phần trên tử cung, chữ T ngược: tái vỡ 32% khi labor**.
 - o Nên nếu có vết mổ ở thân tử cung khuyến cáo sinh mổ **trước khi xuất hiện chuyển dạ**.
 - o Vì thời gian chuyển dạ không biết được, có thể trước cả tuần 39, nên khuyến cáo **mổ sinh chủ động từ 36^{0/7} tuần đến 37^{0/7} tuần (tương tự có vết mổ dọc truyền thống có lên đến thân TC)**.

Uptodate 2021

- Nếu u xơ cơ tử cung đã phẫu thuật cắt rộng (có phạm cơ tử cung), hay biến chứng => mổ chủ động từ 36^{0/7} ngày tuần đến 37^{0/7} ngày tuần.
- Nếu chỉ là **u xơ cơ tử cung dưới niêm**, cắt bỏ qua ngả nội soi, thì vẫn thực hiện VBAC được.
- Đối với **vết mổ cũ mà có tiền căn nhiễm trùng vết mổ**, thì đó là **chống chỉ định tương đối** của VBAC.

NHAU TIỀN ĐẠO

- Định nghĩa và phân loại nhau tiền đạo:

- o **Định nghĩa:** Nhau bám ở đoạn dưới tử cung mà không bám ở vị trí bình thường của nó.

- o **Phân loại cũ:** Nhau tiền đạo

▪ **Toàn phần:** bám lan tới và che hết lỗ trong cổ tử cung.

▪ **Bán phần:** Bám lan tới và che một phần cổ tử cung.

▪ **Bám mép:** mép dưới của bánh nhau bám sát tới bờ lỗ trong cổ tử cung.

▪ **Bám thấp:** bám ở phần dưới cổ tử cung nhưng mép dưới chưa tới lỗ cổ tử cung, và cách lỗ trong cổ tử cung ≤ 20 mm.

- o **Phân loại mới:** Dựa vào vị trí của mép dưới với bờ lỗ trong cổ tử cung, **tính bằng mm**.

▪ Nếu mép dưới nằm ngay lỗ cổ tử cung => **0 mm**.

▪ Nếu chưa lan tới: thì khoảng cách từ bờ đến mép dưới.

▪ Nếu lan qua khỏi lỗ trong: miêu tả khoảng mà mép nhau đã bám qua khỏi lỗ trong.

▪ **Nhau bám thấp khi sau tuần 28, bờ dưới nhau bám cách lỗ trong cổ tử cung một khoảng $d \leq 20$ mm.**

- o Các phân loại đều dựa vào **mép dưới**, và sử dụng **siêu âm qua ngả âm đạo**.

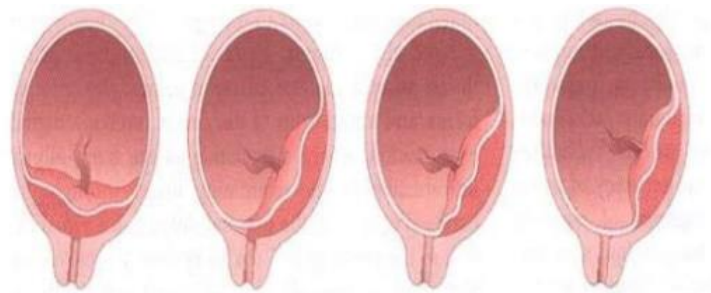
- o **Thời gian để khẳng định:** sau khi tuổi thai đạt **tròn 28 tuần lễ vô kinh**. Do sự phát triển của đoạn dưới cổ tử cung, thành lập đoạn dưới tử cung nên có sự di chuyển của nhau.

- o **Theo RCOG 2018**, nếu nghi ngờ nhau tiền đạo, các lần siêu âm như sau:

▪ **Tuần thứ 28:** Khảo sát vị trí bánh nhau => nếu có nhau tiền đạo, **theo dõi ở tuần 32**.

▪ **Tuần thứ 32:** Khảo sát tiếp vị trí bánh nhau => nếu vẫn còn, **hẹn siêu âm ở tuần 36**.

▪ **Tuần thứ 36:** => **khảo sát vị trí nhau, sức khỏe thai** => đề xuất thời điểm chấm dứt thai kì.



Hình 1: Các loại nhau tiền đạo

Lần lượt từ trái sang phải: nhau tiền đạo trung tâm (toàn phần), nhau tiền đạo bán trung tâm (một phần), nhau bám mép và nhau bám thấp.

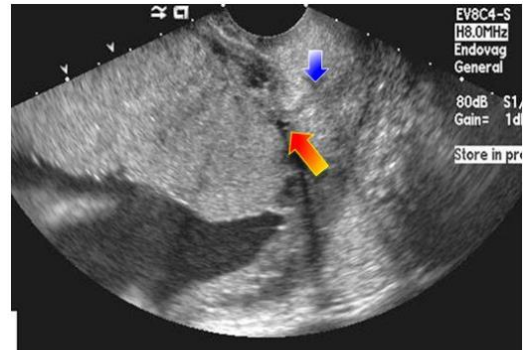
o Phối hợp với **SOGC 2020**, ta có là:

- **Tuần thứ 28 siêu âm**, khảo sát vị trí bánh nhau, **nếu có nhau tiền đạo và nhau bám thấp** thì:
- **Siêu âm Tuần 32**: là thời điểm để **có chẩn đoán xác định**, **kế hoạch theo dõi**.
 - Nếu nhau bám **chưa tới lỗ trong cổ tử cung và cách > 20 mm, hay nhau bám vượt qua lỗ trong cổ tử cung > 20 mm không cần theo dõi vị trí bánh nhau tiếp**, **xác định được chẩn đoán rồi** (nhau bình thường, hoặc nhau tiền đạo)
 - Nếu nhau bám chưa tới lỗ trong cổ tử cung và cách < 20 mm, hay nhau bám vượt qua lỗ trong cổ tử cung < 20 mm **thì cần làm lại vào tuần thứ 36 trước khi quyết định điều trị**.
- **Siêu âm tuần 36**: Xác định chẩn đoán cuối cùng và đưa quyết định quản lý.

- **Các cận lâm sàng hỗ trợ chẩn đoán**: Gồm có ... cận lâm sàng:

- o **Siêu âm qua ngã bụng**: Độ tin cậy thấp, dương tính giả (FFP) lên đến 25%.
 - Có đến 60% trường hợp chẩn đoán phân loại theo ngã bụng, phải phân loại lại bằng ngã âm đạo.
 - Nhược điểm: độ phân giải kém, bóng lưng tạo bởi đầu thai nhi, cửa sổ âm phụ thuộc vào tình trạng bàng quang, suy yếu tín hiệu khi thai phụ mập.
- o **Siêu âm qua ngã âm đạo**: => phương tiện chính được lựa chọn, **an toàn cho thai phụ ngay cả trường hợp ra huyết**.

- Độ nhạy: 87.5%
- Độ chuyên: 98.8%
- Giá trị dự báo dương (PPV): 93.3%
- Giá trị dự báo âm (NPV): 97.6%.



Hình 2: Hình ảnh siêu âm nhau tiền đạo bám ở mặt trước. Mũi tên xanh là kênh cổ tử cung. Mũi tên đỏ chỉ vị trí lỗ trong cổ tử cung. Mép dưới bánh nhau vượt qua lỗ cổ tử cung

o **Cộng hưởng từ:**

- Cũng rất an toàn và có giá trị. Theo RCOG, siêu âm qua ngã âm đạo và MRI có giá trị tương đương nhau nếu siêu âm được thực hiện bởi một chuyên gia.
- Giá thành đắt, đôi khi không có sẵn.
- Cung cấp những thông tin quan trọng về tình trạng *nhau cài răng lược*.

- **Yếu tố nguy cơ của nhau tiền đạo**: chưa hiểu rõ ràng lý do, có lẽ liên quan đến sự phân bố bất thường của hệ thống cấp máu ở màng ối.

- o Nhau tiền đạo ở kì thai trước.
- o Sanh nhiều lần.
- o Mẹ lớn tuổi.
- o Tiền căn sinh mổ hay phẫu thuật tử cung như bóc u xơ.
- o Các yếu tố khác: sử dụng cocaine, khói thuốc lá...

=> Thai nhi tăng nguy cơ bất thường về hệ tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, thần kinh trung ương, tuy nhiên tăng không nhiều và không rõ cơ chế.

- **Vị trí bám của nhau tiền đạo có thể thay đổi theo sự phát triển của thai**:

- o Thường gặp ở nửa đầu thai kì, nhưng có thể **tự giải quyết** khi thai đủ trưởng thành.

- Nếu mép bám nhau vượt qua lỗ cổ tử cung > 25mm thì khả năng nhau tiền đạo lúc sinh rất lớn: 40-100%. Trong khi đó:
- Bám vượt qua lỗ cổ tử cung < 23 mm lúc 11-14 tuần thì chỉ có 8%.
- Bám vượt qua lỗ cổ tử cung < 0 mm ở tuổi thai 9-16 tuần thì rất ít khả năng xuất hiện nhau tiền đạo lúc sinh. Còn nếu khảo sát cho thấy chưa bám tới lỗ cổ tử cung thì khả năng xuất hiện nhau tiền đạo gần như bằng 0.
- Lý do: Sự phát triển **dài ra của đoạn dưới tử cung** vào những tháng cuối thai kỳ.

- Biểu chứng:

- Là **nguyên nhân chính** gây **Xuất huyết tử cung bất thường trong 3 tháng cuối thai kỳ**:
 - Xuất huyết âm đạo **không kèm đau bụng** => dấu hiệu điển hình.
 - Thường là xuất huyết rỉ rả nhiều lần trước 1 lần xuất huyết ào ạt.
 - 75% có xuất huyết ít nhất 1 lần, **thường tuần thứ 29-30**. Tự ổn trong 1-2h.
 - **Máu chảy ra ngoài là máu mẹ**: do các cơn co tử cung (ngoài hoặc trong chuyển dạ) làm rách các hồ máu, ở vị trí ngay lỗ cổ tử cung => máu chảy ra ngoài **không có máu tụ** (như nhau bong non). => nếu chẩn đoán nhau tiền đạo, loại trừ hoàn toàn bong non.
 - **Thai nhi không bị thiếu máu**. Chỉ bị ảnh hưởng khi có chảy máu nặng gây sốc giảm thể tích, hậu quả làm giảm trao đổi oxy qua hồ máu. => EFM nhóm 1.
- **Chảy máu sau sanh/băng huyết sau sinh**:
Do khả năng tự cầm máu sau sanh của nhau tiền đạo rất kém.
 - Bình thường, nhau bám ở thân tử cung có lớp cơ chéo => cầm máu tốt.
 - Ở phần dưới tử cung, không có lớp cơ chéo, cầm máu kém => tăng chảy máu và băng huyết sau sinh.

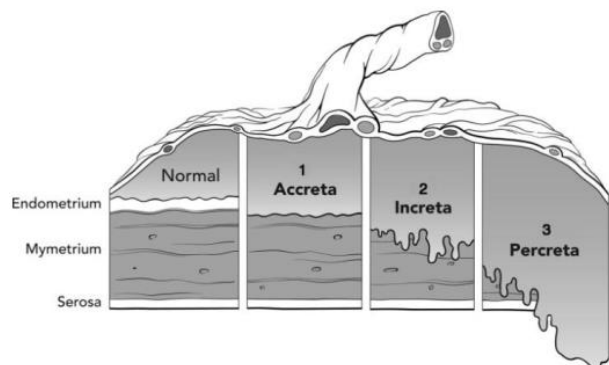
Đặc điểm	Nhau tiền đạo	Nhau bong non
Lượng máu mất	Thay đổi	Thay đổi
Diễn tiến	Thường tự hết sau 1-2 giờ	Thường tiến triển
Đau bụng	Không có	Thường có, nặng nề
Tim thai	Bình thường Chỉ bất thường nếu mất máu quan trọng	Tim thai nhanh, sau đó chậm, mất dao động nội tại, nhịp giảm, có thể tử vong
Rối loạn đông máu	Hiếm	Có thể có, nếu xuất hiện DIC thì tiên lượng nặng nề
Bệnh cảnh nền		Chấn thương bụng, tăng huyết áp thai kỳ-tiền sản giật, đa thai, đa ối

Bảng 1: Phân biệt nhau tiền đạo và nhau bong non

Nhau cài răng lược

Nhau cài răng lược là mối nguy hiểm cho mẹ và con.

- Làm tăng hơn nữa nguy cơ chảy máu.
- Gia tăng đáng kể tỉ lệ cắt tử cung sau sinh, tỉ lệ tử vong mẹ được báo cáo là 7%.
- Chẩn đoán bằng: siêu âm qua ngả âm đạo, siêu âm Doppler, cộng hưởng từ.
- Doppler cũng đủ để chẩn đoán nhau tiền đạo rồi. Cần lưu ý là có vết mổ cũ rồi, nhưng nhau bám mặt sau vẫn có nguy cơ nhau tiền đạo (vết mổ thai ở mặt trước).



Hình 4: Các dạng nhau cài răng lược
Hình ảnh minh họa cho nhau bám kiểu accreta, increta, percreta.

- Tỉ lệ của nhau tiền đạo và nhau cài răng lược tăng lên cùng với tỉ lệ mổ thai trước đó:

- Có lẽ do mổ thai nhiều lần làm *xơ hóa* phần dưới tử cung, nên nó khó phát triển => làm mất hiện tượng di trú.

- **Nhau bám mặt trước có vết mổ cũ.**

- Nếu **thai phụ có nhau tiền đạo** rồi, thì tỉ lệ nhau rã cái lược là **25% cho 1 lần mổ thai, tăng lên 40% cho 2 lần mổ thai.**

- **Nguyên nhân xuất huyết trong 3 tháng cuối thai kì:** Vỡ tử cung, nhau bong non, nhau tiền đạo, chuyển dạ sanh.

- **Vỡ tử cung** có bệnh cảnh riêng, dễ dàng phân biệt và hiếm khi chẩn đoán phân biệt với 2 cái còn lại.
- **Nên lưu ý trong nhau bong non**, thường ở trên bệnh nhân tiền sản giật, sau một cơn tăng huyết áp và có những cơn co tử cung cường tính.

Nguyên tắc quản lý thai một trường hợp nhau tiền đạo

Chủ yếu để nhằm xem sanh thường hay sanh mổ, khi nào chấm dứt thai kì, phòng tránh các biến chứng và thực hiện phương pháp gì?

○ Khi nào quyết định sinh mổ hay sinh thường?

- **Nhau tiền đạo toàn phần và bán phần là sinh mổ.**
- Nếu khoảng cách từ mép nhau đến cổ tử cung < 20 mm thì tỉ lệ mổ lấy thai là 40-90%.
- Nếu vào **tuần 20-23**, nhau bám vượt qua lỗ trong cổ tử cung từ < **20 – 25 mm**, thì tỉ lệ nhau tiền đạo tồn tại tới lúc sinh là **≥ 40%**.
- Nếu sự di trú của nhau tiền đạo **> 1 mm/tuần** => nhiều khả năng sinh qua ngã âm đạo.
- Tuổi thai **> 35 tuần**, nhau **bám chưa đến lỗ cổ tử cung và cách > 20 mm** => gần như không phải mổ lấy thai.
- **Thai 29 tuần tuổi**, mép bánh nhau bám vượt qua lỗ cổ tử cung < 20 mm thì khả năng mổ lấy thai là 11,5%. Nhưng nếu vượt quá 20 mm thì khả năng sinh mổ rất cao.
- Vào cuối TCN1, nếu nhau bám qua cổ tử cung càng xa thì nguy cơ sinh mổ tăng lên, >23, >25 mm.

○ Xuất huyết này như thế nào? Có nguy hiểm hay không?

- Thường tự ổn định trong 1-2h, không cần chấm dứt thai kì: theo dõi chặt, nằm nghỉ tại giường, truyền dịch, sử dụng corticoid nếu trẻ non tháng?
- Nếu chảy máu nặng **hoặc** thai nhi đã trưởng thành: có thể lựa chọn chấm dứt thai kì.
- Số đợt chảy máu không liên quan tới độ nặng và kết cục của nhau tiền đạo => **cái này không biết có sai hay không, nhưng theo RCOG thì số đợt chảy máu ≥ 3 lần và lần đầu trước tuần 29 thì nguy cơ mổ cấp cứu cao.**
- Nếu có chảy máu khi có cơn co tử cung, **MgSO4 được lựa chọn để giảm gò.**

○ Lựa chọn chấm dứt thai kì như thế nào? Dựa trên tuổi thai và tình trạng lâm sàng của thai phụ.

- **Nếu chảy máu nặng** => chấm dứt thai kì => tăng nguy cơ sinh non + tử vong chu sinh.
- Nhau tiền đạo toàn phần/bán phần: bắt buộc **sinh mổ** khi có chỉ định chấm dứt thai kì, trừ khi thai quá nhỏ (< 20 tuần) và không có khả năng tồn tại.

- **Điều kiện ổn định:** mổ thai thường được chỉ định ở **tuần 37-38**. (*khuyến cáo RCOG là nếu không có chảy máu thì tuần 36-37^{0/7} thì chấm dứt thai kỳ; còn nếu có chảy máu thì nên chấm dứt trong khoảng 34-36^{6/7} tuần*)

- **Update TBL:** Nếu không có triệu chứng/chảy máu ổn định
 - ✓ 36-37 tuần, thường 37-38 tuần, < 37 tuần thì corticoid liệu pháp trước 48h.
 - ✓ **Nhau cài răng lược:** 34-36 tuần và sử dụng corticoid trước đó.
 - ✓ SMFM 2017: **stable – 34 – < 37 tuần, áp dụng cho cả mạch máu tiền đạo.**
- Tương tự trong nhau tiền đạo xuất huyết.

- Muốn chấm dứt ở 36 - 37 tuần, **phải có bằng chứng trưởng thành phổi?**

- Việc xài Corticosteroids thì được khuyến cáo kéo dài thêm tới **34^{0/7} đến 35^{6/7} ngày** (ở cả nhau tiền đạo và nhau bám thấp – theo RCOG 2019).

- Đôi khi phải sớm hơn nếu chảy máu nặng, chuyển dạ sinh non.

- Cần chuẩn bị máu truyền trong cuộc mổ.

- **Phương pháp vô cảm:** gây tê vùng được lựa chọn, vì tiện lợi và an toàn.

Mạch máu tiền đạo

Mạch máu không được bảo vệ bởi Thạch Wharton của dây rốn. Khác với nhau tiền đạo, **mất máu trong mạch máu tiền đạo là mất máu con, nên chỉ cần 250-300 ml là mất máu rất nhiều rồi**, là **trường hợp mổ khẩn**. Trong trường hợp nhau 2 thùy, thì cần phải xem mạch máu nối hai thùy nhau có nằm trên lỗ trong cổ tử cung hay không, nếu có thì khi vỡ ối, mạch máu tiền đạo vỡ rất dễ.

Đối với thai phụ có nhau tiền đạo hay nhau bám thấp, nếu dây rốn đi vào bánh nhau gần lỗ cổ tử cung, hay có bánh nhau phụ, nguy cơ của mạch máu tiền đạo tăng lên (SOGC 2020).

SOGC 2020 về nhau tiền đạo

- Cần thiết phải nhận diện nguy cơ sinh gia tăng việc sinh mổ khẩn cấp hay sinh non như sau:

- Tiền sử xuất huyết lúc < **29 tuổi thai**, hoặc
- Chảy máu **tái phát ≥ 3 lần**.
- Bờ nhau dày (thick placental edge) phủ lên hoặc gần với lỗ trong cổ tử cung > 1 cm.
- Chiều dài kênh cổ tử cung ngắn (CL ngắn): **< 3 cm với nhau tiền đạo, < 2 cm với nhau bám thấp**.

- Tiền căn trước đó đã sinh mổ.
- Bằng chứng của nhau xâm lấn.

- **Trên đó là các yếu tố nguy cơ**, giúp quản lý thai phụ ngoại hay nội trú, thời gian sinh chủ động.

- Nếu không có các yếu tố nguy cơ, quản lý bệnh nhân ngoại trú nên được cân nhắc (dĩ nhiên nội trú vẫn được), cần dựa thêm vào mong muốn bệnh nhân, điều kiện kinh tế, giao thông...

- **Thời điểm chấm dứt thai kỳ của nhau tiền đạo:**

- Không có yếu tố nguy cơ: 37⁰ đến 37⁶ tuần.

Box 1. Risk factors in presence of a placenta previa or low-lying placenta

History of antepartum hemorrhage

First episode <29 weeks

Recurrent episodes (≥3)

Thick placental edge (>1 cm)

Presence of a marginal sinus

Short cervical length

<3 cm with placenta previa

<2 cm with low-lying placenta

Previous cesarean delivery

Evidence of invasive placentation

- Có yếu tố nguy cơ: 36⁰ đến 36⁶ tuần.
- **Thời điểm chấm dứt thai kỳ của nhau bám thấp (low lying placenta) ≤ 10 mm:**
 - Không có yếu tố nguy cơ: **38⁰ đến 38⁶ tuần.**
 - Có yếu tố nguy cơ: 37⁰ đến 37⁶ tuần.
- **Đối với nhau bám thấp từ 11 – 20 mm:**
 - **Sinh thường.**
 - Nếu muốn sinh mổ chủ động, thời điểm lý tưởng: **39⁰ tuần đến 40⁶ tuần**, nhưng luôn phải cân bằng giữa lợi ích mẹ và con.
- Trong nhau **bám thấp**, **cần thiết có một siêu âm gần đó (trong vòng 7 – 14 ngày trước đó)** để xác nhận lại chẩn đoán nhau bám thấp trước khi mổ lấy thai (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng trung bình).
 - Sinh mổ được **khuyến cáo** đối với những trường hợp **nhau bám thấp cách ≤ 10 mm** lỗ trong cổ tử cung (khuyến cáo mạnh, bằng chứng trung bình).
 - Thử thách sinh ngả âm đạo được **khuyến cáo** đối với những trường hợp nhau bám thấp cách 11 - 20 mm lỗ trong cổ tử cung và có **thể cân nhắc cẩn trọng và tùy đối tượng khi nhau bám cách ≤ 10 mm** lỗ trong cổ tử cung (khuyến cáo mạnh, bằng chứng trung bình).
- Độ dày mép bánh nhau cũng liên quan đến nguy cơ xuất huyết trước sinh và nguy cơ sinh mổ < 36 tuần tuổi (**> 1 cm tăng nguy cơ gấp đôi so với < 1 cm**).
 - Mép bánh nhau > 1 cm thì nguy cơ trên lần lượt là 88% và 65%.
 - Mép bánh nhau < 1 cm thì nguy cơ trên lần lượt là 40% và 30%.
- Xuất huyết nặng làm thay đổi sinh hiệu mẹ hoặc nhịp tim của con; hoặc xuất huyết nặng trước **sinh lúc ≥ 34 tuần (có thể chưa thay đổi sinh hiệu mẹ/con), chấm dứt thai kỳ khẩn cấp cần phải thực hiện.**
- Corticoid được sử dụng chỉ khi thai phụ có nguy cơ sinh non cao trong vòng 7 ngày sắp tới.
- **Quản lý trước sinh:**
 - **CL ngắn (<3 cm ở nhau tiền đạo, < 2 cm ở nhau bám thấp)** gia tăng nguy cơ xuất huyết trước sinh (79% vs 28% ở nhau tiền đạo) và nguy cơ cần sinh mổ cấp cứu (69% vs 21% ở nhau tiền đạo), nguy cơ sinh non (ở nhau bám thấp).
 - **Do cổ tử cung bị xóa, lỗ trong cổ tử cung dãn ra**, tách nhau khỏi lớp cơ tử cung, làm vỡ mạch máu nên xuất huyết.
 - **Máu chảy ra lại thúc đẩy tiếp quá trình đó**, kích thích tử cung co tạo ra vòng xoắn nguy hiểm.
- **Tocolysis (giảm gò) có thể được cân nhắc rất cẩn thận** với mục đích chờ thời gian hoàn thành corticosteroids hay chuyển viện, không với mục đích kéo dài thai kỳ, vì cho thấy không có lợi ích. Cần lưu ý là không được sử dụng giảm gò khi chảy máu đang diễn tiến.
- **Các khuyến cáo khác:**
 - Nghỉ ngơi tại giường và hạn chế vận động không có lợi cho thai phụ có nhau tiền đạo, thậm chí có thể có hại. Tuy nhiên, quan hệ tình dục hay đưa dị vật vào âm đạo/hậu môn không được cho phép. Trừ đầu dò âm đạo bởi người siêu âm có kinh nghiệm.
 - **Không khởi phát chuyển dạ bằng sonde Foley** ở thai phụ nhau bám thấp

NHAU BONG NON (Abruptio Placenta)

- Sinh bệnh học nhau bong non:

○ Định nghĩa: là trường hợp **nhau bám đúng vị trí** nhưng bị bong sớm trước khi thai sổ ra ngoài. Đây là một trong những nguyên nhân AUB 3 tháng cuối thai kỳ.

○ Gặp nhiều nhất từ **37-<40 tuần thai kỳ**.

○ **Không bao gồm những gì liên quan tới nhau tiền đạo**. Đã chẩn đoán nhau bong non nghĩa là loại trừ nhau tiền đạo và ngược lại.

○ **Đầu tiên**, có sự tổn thương ở lớp màng rụng, không rõ nguyên nhân, có thể tự phát hoặc sau chấn thương, làm rách màng rụng => rách các động mạch xoắn => xuất huyết trong màng rụng tạo khối máu tụ => tắc màng đệm khối lớp cơ tử cung.

○ **Sau đó**, khối máu tụ lớn dần lên, bóc tách, gây ra nhau bong toàn bộ hoặc nhau bong 1 phần.

○ Nếu khối máu tụ bóc tách dần có liên lạc với lỗ cổ tử cung => xuất huyết âm đạo.

○ Một vài trường hợp xuất huyết ẩn: khi khối máu tụ khu trú, vị trí xuất huyết cách xa cổ tử cung.

○ **Nguyên nhân của nhau bong non** chưa rõ ngoại trừ trường hợp *chấn thương*, có một số yếu tố có liên quan theo bảng bên: **Nguy cơ cao nhất lần lượt là *tiền căn nhau bong non > thai nhẹ cân, ối vỡ non, tiền sản giật*...** Ngoài ra, có thể dự đoán đầu thai kỳ với **AFP, hCG tăng, PAPP-A hay estradiol giảm**.

○ Đa phần trường hợp, máu sau khối máu tụ là **máu từ mẹ** vì chủ yếu **tiểu động mạch xoắn** bị tổn thương, gai nhau không bị vỡ. Tuy nhiên *nếu có chấn thương, gai nhau có thể bị vỡ, khối máu tụ có nguồn gốc cả từ máu thai. (tiền lượng thay đổi như thế nào?)*.

○ **Thrombin** từ (1) *thromboplastin mô từ tế bào màng rụng*, (2) *thromboplasmin mô qua VEGF* do thiếu oxy trong màng rụng.

- **Lâm sàng:** Tam chứng: (1) Đau bụng đột ngột, (2) Ra huyết âm đạo, (3) Con co tử cung cường tính.

- Diễn tiến tự nhiên:

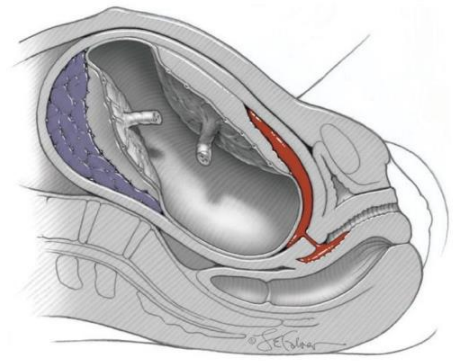
○ Là cấp cứu sản khoa. Gây ra chủ yếu 3 biến chứng sau:

○ **Sốc giảm thể tích:**

- Mất máu vào khối máu tụ có thể nhiều hơn rất nhiều so với lượng máu chảy ra ngoài.
- Có thể dẫn đến suy thận cấp, hội chứng SHEEHAN.

○ **Rối loạn đông máu:** *Đầu tiên là tăng tiêu thụ*, theo sau là *giai đoạn tiêu sợi huyết*.

- Sự hình thành khối máu tụ dẫn đến tiêu thụ lượng lớn yếu tố đông máu => **tiêu thụ yếu tố đông máu nguyên phát**.



Hình 1: Khối máu tụ sau nhau
Bên Trái (xanh): nhau bong non toàn bộ với xuất huyết thể ẩn
Bên Phải (đỏ): nhau bong non một phần với xuất huyết âm đạo ra ngoài

Yếu tố nguy cơ	Nguy cơ tương đối (<i>Relative Risk</i> - RR)
Tiền căn nhau bong non	10 - 50
Mẹ lớn tuổi và đa sản	1.3 - 2.3
Tiền sản giật	2.1 - 4.0
Tăng huyết áp mạn	1.8 - 3.0
Viêm màng ối	3.0
Ối vỡ non	2.4 - 4.9
Đa thai	2.1
Thai nhẹ cân	14.0
Thiếu ối	2.0
Hút thuốc lá	1.4 - 1.9
Thrombophilias	3 - 7

(Nguồn: Williams Obstetrics 24th Ed)

- **Thromboplastin từ bánh nhau vào máu mẹ gây DIC** => giảm tiếp các yếu tố đông máu.
- Giai đoạn tiêu sợi huyết do plasmin => chống đông. => **tiêu sợi huyết thứ phát.**
- Rối loạn đông máu xảy ra nhiều hơn ở **xuất huyết thể ần** do áp lực khối máu tụ đẩy thromboplastin vào máu nhiều hơn.
- **Khi nhau bong > 50%** thì DIC và chết thai thường xảy ra.
- **Ngạt sơ sinh:** Nhau bong khỏi lớp màng rụng, trao đổi khí bị gián đoạn hoàn toàn.
 - Suy thai, tử vong => **tỉ suất chu sinh lên đến 25%.**
 - Di chứng não nghiêm trọng ngay cả khi được cứu sống, **di chứng thần kinh 15-20%.**
- **Tử cung Couvelaire:** Do sự thẩm nhuận máu vào lớp cơ và thanh mạc tử cung. Cần chú ý là đây **không phải** là chỉ định cắt tử cung.
- **Trình tự tiếp cận chẩn đoán:**
 - **Chú ý:** Không có cơ chế hay biện pháp nào giới hạn được sự phát triển của khối máu tụ sau nhau. => mục tiêu là:
 - **Hạn chế sự tăng nặng của nhau bong non.**
 - **Tránh các biến chứng.**
 - **Bảo toàn tính mạng cho thai phụ và thai nhi.**
 - **Chăm sóc tích cực ban đầu:** (1) Theo dõi lập biểu đồ tim thai, (2) Lập IV lớn, (3) Đánh giá mức độ xuất huyết để truyền máu kịp thời. => **ba bước thực hiện đầu tiên**
 - **Triệu chứng lâm sàng: Tam chứng:** Đau bụng khởi phát đột ngột, xuất huyết âm đạo và cơn co cơ tử cung cường tính. Có thể kèm suy thai hoặc thai lưu.
 - **Cơn co cơ tử cung cường tính:** **Trên EFM**, tăng trương lực cơ căn bản, co liên tục không khoảng nghỉ, kèm bất thường tim thai kiểu thiếu oxygen: Nhịp giảm muộn lặp lại, nhịp giảm kéo dài, FHR chậm...
 - **Siêu âm** có giá trị **hỗ trợ trong thiết lập** chẩn đoán nhau bong non (placental abruption)
 - **Độ nhạy:** 25-60%, **PPV:** 88%.
 - **Hình ảnh:** Máu tụ sau nhau, tụ dịch dưới màng đệm, bánh nhau co cụm, bánh nhau dày lên. *Nếu không có thì vẫn không loại trừ được.*
 - Khối máu tụ sau nhau **> 60ml thì thai có khả năng tử vong > 50%.**
 - Sự gia tăng nồng độ D-dimer.
- **Nguyên tắc xử trí:** Thực hiện song song 3 vấn đề:
 - **Điều trị nội khoa:** Mục tiêu:
 - Xử lý sốc giảm thể tích bằng bồi hoàn.
 - Xử lý DIC và tiêu sợi huyết thứ phát.
 - **Điều trị biến chứng:** Xử lý các biến chứng nội khoa của sốc giảm thể tích, DIC.
 - **Điều trị sản khoa:** Tùy thuộc vào *tình trạng lâm sàng, tuổi thai và lượng máu mất:*
 - Ngoại trừ trường hợp lượng máu mất vào khối máu tụ rất ít, đa số phải cho sinh **càng sớm càng tốt** => càng có lợi cho mẹ và thai. => **tốt nhất không trì hoãn.**
 - **Tia ối sớm luôn luôn có lợi trong nhau bong non** và cần thực hiện trong mọi trường hợp. Do:

- Giảm áp lực giữa các khoảng gian gai nhau => giảm chảy máu sau nhau và giảm phóng thích thromboplastin vào tuần hoàn mẹ.
- Thúc đẩy quá trình chuyển dạ nhanh hơn.
- **Nhau bong non + thai có khả năng sống** + không đủ điều kiện sanh ngã âm đạo nhanh chóng => **mổ lấy thai là ưu tiên.**
 - Điều kiện sinh qua ngã âm đạo nhanh chóng? Có vẻ như là cổ tử cung mở trọn và ngôi thai lọt => sinh giúp.
 - Thời gian mổ lấy thai: Từ lúc quyết định mổ đến lúc lấy em bé ra **ngoài không nên quá 20 phút để giảm biến chứng não và tỉ lệ thai chết.**
- Nếu thai đã mất/không có khả năng sống => có thể xem xét ưu tiên sinh qua ngã âm đạo.
 - **Độ nặng của sốc giảm thể tích + DIC** là yếu tố giúp quyết định cuộc sinh.
 - Nhau bong non càng để lâu thì càng mất máu và DIC càng tiến triển nặng.
 - **Không thể cho sinh** ngã âm đạo nếu: **chảy máu nặng, sốc giảm thể tích** không thể kiểm soát.
- Nếu **chưa có rối loạn huyết động hay DIC thì tuổi thai có vai trò quyết định**, còn nếu đã có rối loạn huyết động và DIC thì phải **cứu mẹ là ưu tiên.**
- **Nhau bong non nhẹ < 34 tuần có thể điều trị mong đợi.**
 - Nếu theo dõi, cần phải cân nhắc giữa diễn tiến lâm sàng, sức khỏe mẹ và cả sức khỏe thai.
 - Điều **trị không quá 37-38 tuần.**
- **Nhau bong non mạn cần nhập viện cho tới khi sinh.**

- **Phân loại nhau bong non:** Dựa vào **vị trí và mức độ bóc tách, xuất huyết âm đạo, sức khỏe mẹ, thai và các xét nghiệm đông máu.**

- **Class 0 (Nhóm 0): Không triệu chứng.**
 - Phát hiện máu cục ở nhau mặt thai phụ ở nhau đã lấy ra ngoài.
 - Chẩn đoán được thực hiện hồi cứu.
- **Class 1: Nhẹ - 48% (emmedicine)**
 - Không chảy máu hoặc chảy máu âm đạo lượng ít.
 - Tử cung **cứng nhẹ.**
 - Huyết áp và nhịp tim mẹ bình thường.
 - Không rối loạn đông máu.
 - Thai nhi bình thường (No signs of fetal distress)
- **Class 2: Trung bình – 27%**
 - Tử không chảy máu đến chảy máu âm đạo lượng trung bình.
 - Tử cung đau trung bình tới nặng, có thể có co cứng.
 - Mẹ: Nhịp tim nhanh, **hạ huyết áp tư thế, huyết áp còn bình thường.**
 - Rối loạn đông máu dạng **giảm fibrinogen máu.**
 - Signs of fetal distress.
- **Class 3: Nặng – 24%**

- Tử không chảy máu đến chảy máu âm đạo lượng nghiêm trọng.
- Tử cung gồng cứng hay cứng như gỗ (tetanic uterus/board-like consistency on palpitation)
- Mẹ: Sốc hạ huyết áp.
- Rối loạn đông máu: hạ fibrinogen máu và các bất thường khác, DIC.
- **Thai nhi chết.**

- Class 0 và 1 thường là nhau bong non **1 phần hay rìa**, class 2 và 3 là nhau bong non hoàn toàn hoặc trung tâm.
- Mức độ không triệu chứng và nhẹ, nếu tình trạng mẹ ổn định và sức khỏe thai tốt, có thể điều trị theo dõi đến **tuổi thai 37-38 tuần sẽ chấm dứt thai kỳ**, không kéo dài lâu hơn nữa vì sẽ tăng nguy cơ thai lưu.

SANH KHÓ DO KẾT VAI.

- **Định nghĩa:** Thời gian từ khi **sanh đầu tới khi sanh vai trên 60 giây** được xem là có kết vai.
- **Yếu tố nguy cơ:**
 - **Thai to:**
 - **Không đài tháo đường:** thường đường kính lưỡng móm tỉ lệ thuận với đường kính lưỡng đỉnh nên nếu thai to thì to đều, đầu ra không được => phải sinh mổ. Do đó, ở nhóm bệnh nhân này, thai nhi phải bị **bất xứng đầu chậu**, và kết vai chỉ xảy ra ở trường hợp thai rất to **> 5000 gram**.
 - **Đái tháo đường:** Vai rất to so với đầu, nên kết vai có thể xảy ra ngay cả khi thai không quá to.
 - **Can thiệp sai trên cuộc sinh:**
 - Vai không thể thu mình hay thúc đẩy vai đi vào tiểu khung đột ngột khi chưa thu hình.
 - Chuyển dạ kéo dài. Can thiệp dụng cụ sớm và cao.
 - **Tiền sử sinh kết vai.**
- **Hậu quả:** Sau khi đầu sổ, thì tử cung đã co hồi một phần.
 - **Tử vong chu sinh do ngạt** (mất liên lạc giữa tử cung và nhau thai), hay do tổn thương hành não (kéo mạnh làm dẫn cột sống cổ).
 - **Liệt Erb:** Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay đoạn thân trên (**C₅-C₇**): liệt phần trên cánh tay, kèm giới hạn thần kinh cảm giác do tổn thương thần kinh cơ bì. => **phổ biến nhất!**
 - **Liệt Klumpke:** Tổn thương phần thấp của đám rối thần kinh cánh tay (rễ **C₇-C₈** và **T₁**), tổn thương đặc trưng lên tư thế của cẳng và bàn tay. Cảm giác **bàn tay** mất/suy giảm nghiêm trọng.
 - **Gãy xương đòn, gãy xương cánh tay.**
 - **Xuất huyết cơ ức đòn chũm, tạm thời hoặc xơ hóa.**
 - **Nguy cơ sang chấn sinh dục: băng huyết sau sinh.**
- **Nguyên tắc xử trí kết vai:** Đây là tình trạng cấp cứu sản khoa.
 - **Phòng ngừa:** nên mổ chủ động nếu thai nhi **> 5000 gram** đối với thai phụ bình thường, **> 4500 gram** đối với thai phụ đái tháo đường.
 - **Xử trí:** Gồm 6 bước



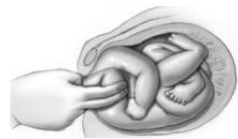
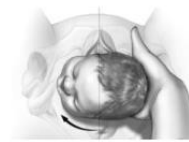
Hình 2: Thủ thuật Mc Roberts
Người phụ ấn trên xương mu, người đỡ sinh kéo thai với lực vừa phải

- Gọi người hỗ trợ: sản khoa, hồi sức sơ sinh, gây mê.
- Làm trống bàng quang, kéo nhẹ thai nhi.
- Cắt rộng tầng sinh môn.

▪ Thủ thuật **Mc Roberts**: Người phụ ấn trên xương mu, người đỡ sinh kéo thai nhi với lực kéo vừa phải. Hầu hết các trường hợp kẹt vai thành công với thủ thuật này.

- Nếu thất bại: Xoay đổi vai sau thành vai trước, hạ tay, sỏ vai sau.

- Nếu các thủ thuật trên thất bại, nguy cơ tử vong thai nhi rất cao. Có thể áp dụng: bẻ gãy xương đòn trước, mổ khớp mu, đẩy thai nhi lại vào trong tử cung và mổ sanh (thủ thuật Zavanelli).



Hình 3: Thủ thuật xoay đổi vai sau thành vai trước, hạ tay, sỏ vai sau. Mục đích của thủ thuật là biến một vai trước cao thành vai sau ở vị trí thấp hơn, tận dụng khoảng không gian trống trước hõm cùng để làm thủ thuật.

SA DÂY RỐN

- Định nghĩa:

- Sa dây rốn trong ngôi chỏm là một cấp cứu **thượng khẩn**, trong đó thời gian được đếm từng phút.
- Là tình trạng dây rốn bị sa ra ngoài, bên dưới của ngôi thai.
- Ngay khi sa dây rốn ra ngoài, thai nhi lâm vào tình trạng nguy kịch với 2 cơ chế diễn ra cùng lúc:

- *Chèn ép dây rốn*, tắc nghẽn hoàn toàn dây rốn, thai nhi không còn nhận oxygen nữa.

- Nếu chèn ép không hoàn toàn, phần dây rốn sa ra ngoài không nằm trong nước ối sẽ *mất nước và khô đi nhanh*, ảnh hưởng nghiêm trọng đến tuần hoàn cuống rốn. (sa dây rốn thể ẩn, hay sa dây rốn trong ngôi không phải ngôi chỏm).

- Trong trường hợp ngôi thai không phải là ngôi chỏm, hay trong trường hợp dây rốn chỉ sa bên cạnh ngôi thai mà không sa hẳn ra ngoài, thì sự chèn ép không phải là hoàn toàn => không còn là thượng khẩn nhưng tính mạng của thai nhi vẫn bị đe dọa nghiêm trọng.



Hình 1: Sa dây rốn trong ngôi chỏm

Sa dây rốn được định nghĩa là tình trạng mà trong đó dây rốn bị sa ra ngoài, bên dưới của ngôi thai. Sau khi sa, tuần hoàn qua dây rốn bị ngưng trệ, dây rốn mất nước và khô đi. Thai sẽ chết trong vòng vài phút.

- Biểu hiện lâm sàng:

- Tình huống xảy ra:

▪ Sau khi vỡ ối: là thường thấy nhất.

- Những trường hợp tạo một khoảng trống đủ cho dây rốn sa hay tạo một lực mạnh để cuốn trôi dây rốn: ngôi thai rất cao không lọt xuống tiểu khung, thai non tháng, ngôi thai bất thường, đa ối, phá ối khi không đủ điều kiện, vỡ ối đột ngột.

○ Nguyên tắc quan trọng: Phải đảm bảo không có sa dây rốn khi đã vỡ ối.

○ Trường hợp rõ ràng, khám thấy dây rốn sa trước ngôi và nằm trong âm đạo.

○ EFM: thường rõ ràng, **nhịp giảm kéo dài**.

▪ Nếu nhịp giảm kéo dài không kèm theo cơn co tử cung => **gợi ý tìm sa dây rốn**.

▪ Ngoài ra có nhịp giảm bất định rất sâu, dạng tiên lượng kém như W, overshoot, hay kèm tim thai căn bản cao cũng rất gợi ý (nhịp tăng nhiều sau nhịp giảm).

○ **Sa dây rốn khi ối chưa vỡ/sa dây rốn trong bọc ối**: Mức độ nguy hiểm chưa cao, do thai chưa đè dây rốn hoàn toàn nhờ lực đẩy Archimede, nước ối còn nên dây rốn chưa khô. **Thường chỉ thể hiện trên EFM**.

- Nguyên tắc xử trí:

○ Ngay lập tức trả lời 2 câu hỏi:

▪ **Thai còn sống hay đã chết?**

• Nghe tim thai, đọc băng ghi EFM, dây rốn còn đập hay không (nếu sờ được dây rốn).

✓ Nếu sờ được dây rốn, còn đập, thì phải đẩy ngay đi mổ.

• Nếu còn sống thì phải đặt thượng khản, cho ra ngoài trong thời gian vài phút.

▪ **Nếu thai còn sống, điều kiện để sanh tức thì như thế nào?**

• Có khả năng và điều kiện sinh ngả âm đạo ngay tức khắc hay không?

• Nếu không qua ngả âm đạo được => cuộc mổ sanh **không trì hoãn** trong điều kiện chuẩn bị **mổ sanh thượng khản**.

○ Bằng mọi giá giảm thiểu tác động xấu của chèn ép dây rốn, có thể bằng các hành động:

▪ Giữ tư thế thai phụ sao cho dây rốn ít bị chèn ép nhất.

• Nằm sấp tư thế mông cao hay tư thế gối ngực,

• Kèm theo giữ tay khám âm đạo đẩy ngôi lên cao.

▪ Nghe tim thai liên tục và trước khi quyết định phẫu thuật:

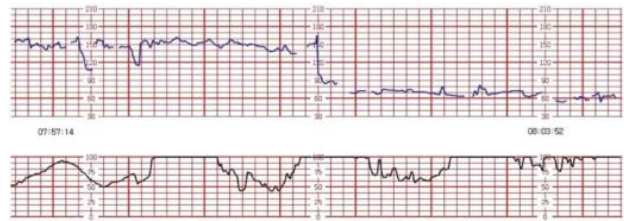
• Cần nhớ rằng **không còn chỉ định mổ nữa một khi thai đã chết**.

- **Một EFM có nhịp giảm kéo dài** ở một thai phụ trong giai đoạn này có 3 trường hợp thường gặp:

○ Nhau bong non.

○ Sa dây rốn.

○ Vỡ tử cung.



Hình 2: Băng ghi EFM của một trường hợp sa dây rốn. Nhịp giảm kéo dài và trở thành một tim thai căn bản chậm trầm trọng (bradycardia)

Xuất huyết âm đạo bất thường SMFM 2017 – Late preterm

- Late preterm: 34^{0/7} weeks đến 36 6/7 weeks.

TABLE 1**Possible etiologies of late preterm third-trimester bleeding**

Obstetric	Nonobstetric
Placenta previa	Internal or external hemorrhoids
Placental accreta, increta, or percreta	Urinary tract infection
Placental abruption	Bladder or kidney stones
Vasa previa	Lower gastrointestinal bleeding
Early labor	Lower genital tract lesions

SMFM. Management of bleeding in the late preterm period. Am J Obstet Gynecol 2018.

REFERENCES

- [1] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4874066/>
- [2] Tài liệu sản Y4 – Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
- [3] RCOG 2018 – Management of Placenta Previa.