

Khi mà ối vỡ có nhiễm trùng --> chấm dứt thai kỳ.  
Ối vỡ có xét nghiệm ..(GBS) + --> chấm dứt thai kỳ.  
Chuyển dạ (xem lúc 8h14)



## Bài ứng dụng Cấp cứu sản khoa

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Phụ khoa. Học phần Sản khoa lý thuyết (11013013)  
© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

có 3 vấn đề: - Số Duncan; - Chuyển dạ nhanh; - Nghi ngờ vị trí nhau bám

### TÌNH HUỐNG 1: BẢNG HUYẾT SAU SINH

Bà T, 35 tuổi, PARA 1001, nhập viện lúc 00:00 ngày D, vì ối vỡ non ở tuổi thai 38<sup>6/7</sup> tuần.

Tiền căn sản khoa: 1 lần sanh thường, bé nặng 2800 g, không băng huyết sau sinh, hậu sản ổn.

Khám thai đủ. Không ghi nhận bất thường qua khám thai, ngoại trừ siêu âm (lúc 28 tuần) ghi nhận vị trí nhau nhóm II.

00:00 ngày D: mạch 95 lần/phút, huyết áp 110/70 mmHg, bề cao tử cung: 32 cm, tử cung có 1 cơn gò/10 phút, cổ tử cung mở 1 cm, xóa 50%, ngôi đầu, vị trí -3, ối vỡ, nước ối trắng đục. Ước lượng cân thai # 3000 g. EFM loại I.

12:00 ngày D: tình trạng thai phụ không thay đổi. Bà T. được truyền Oxytocin qua bơm tiêm điện để điều chỉnh cơn co, và được cho kháng sinh dự phòng.

14:00 ngày D: sinh hiệu ổn, tử cung có 3 cơn gò/10 phút, cổ tử cung mở 6 cm, xóa 80%, ngôi chỏm, kiểu chếch chậm chạp trái trước, vị trí -2.

14:25 ngày D: mạch 100 lần/phút, huyết áp 110/70 mmHg, cổ tử cung mở trọn. Bà T sinh thường nhanh và dễ (có cắt tầng sinh môn) 1 bé gái, nặng 2700 g, Apgar 9/10.

14:27 ngày D: nhau bong và sổ tự nhiên kiểu Duncan, kèm mất máu 500 mL. Tử cung gò kém sau sổ nhau. Bà T được cho đặt thông tiểu, lập 2 đường truyền, và dùng thuốc như sau:

- 20 IU Oxytocin pha vào 500 mL Ringer Lactated TTM XL giọt/phút
- 10 IU Oxytocin tiêm bắp
- Ergometrin 0.2 mg tiêm bắp
- Duratocin 100 µg tiêm mạch chậm
- Acid tranexamic 500 mg tiêm mạch chậm

Tại sao biết chuyển dạ nhanh: vỡ ối sau 12 tiếng, dùng oxytocin và kháng sinh dự phòng, mà cổ tử cung không tăng thì dùng oxytocin và kháng sinh dự phòng là đúng.

Sau khi cổ tử cung mở trọn, sau 25 phút đã sanh. Chuyển dạ nhanh dẫn đến nguy cơ: đỡ tử cung sau sinh, tổn thương đường sinh dục.

14:30 ngày D: mất máu tổng cộng 1000 mL. Sản phụ tỉnh táo, tiếp xúc tốt, mạch 100 lần/phút, huyết áp 90/60 mmHg, tử cung gò chắc dưới rốn, kiểm tra cổ tử cung nguyên vẹn, vết cắt tầng sinh môn không bị rách thêm. Bà T được mắc monitor theo dõi sinh hiệu và may phục hồi tăng sinh môn.

#### Câu hỏi 1:

1. Bạn nhận định gì về kết cục xấu của cuộc sanh?

- Là do diễn biến khách quan. Vì sao bạn nghĩ là do diễn biến khách quan?
- Là do lỗi chủ quan. Vì sao bạn nghĩ là do yếu tố có lỗi chủ quan?

14:40 ngày D: máu mất thêm 300 mL, than khó thở. Khám da xanh niêm nhạt, mạch 110 lần/phút. Huyết áp 80/50 mmHg.

- Dung dịch cao phân tử 500 mL truyền tĩnh mạch
- 20 IU Oxytocin pha vào 500 mL Ringer Lactated TTM XL giọt/phút
- Acid tranexamic 500mg tĩnh mạch chậm
- Thở oxy 5 lít/phút. Đặt sonde tiểu, kiểm tra lại đường sinh dục không tổn thương, xin 2 đơn vị hồng cầu lắng

#### Câu hỏi 2:

2. Bạn nhận định gì về những xử trí trên?

- Xử trí hoàn toàn thích hợp. Giải thích vì sao bạn nghĩ là xử trí đã thích hợp?
- Xử trí có những điểm không đúng. Lí giải. Bạn sẽ làm gì tốt hơn?

Tử cung co hồi tốt rồi, đường sinh dục cũng đã kiểm tra vậy còn lại là vấn đề nhau, rõ ràng vị trí nhau ở bệnh nhân này đang nghi ngờ. Chữ T thứ 4 là rối loạn đông máu, tuy nhiên phải kiểm tra chữ T thứ 3 là vị trí bánh nhau.

**14:40** ngày D: mạch 110 lần/phút, huyết áp **70/50 mmHg**, tử cung gò tốt, máu đỏ tươi vẫn chảy rỉ rả từ lòng tử cung.

- Bắt đầu truyền hồng cầu lắng
- Đặt **bóng chèn lòng tử cung** (bơm bóng **120 mL**), theo dõi máu chảy từ bóng chèn

**16:40** ngày D: máu **mất thêm 200 mL**, bóng chèn tụt, mạch 105 lần/phút, **huyết áp 85/50 mmHg**.

- **Chèn bóng lần thứ nhì**
- Siêu âm tại giường, xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu, chức năng đông cầm máu

### Câu hỏi 3:

3. Bạn sẽ hành động gì tiếp theo?

- Chỉ định mổ bụng can thiệp cầm máu (B-Lynch, thắt động mạch tử cung, cắt tử cung...) Lí giải?
- Không có chỉ định mổ bụng can thiệp cầm máu  
Bạn làm gì tiếp theo?

# Giải thích các bước xử lý ở bệnh nhân này?

Tại sao băng huyết sau sanh của nhau bám thấp lại khó --> nguy cơ chảy máu cao do thiếu lớp cơ đan chéo.

Khó kiểm soát bằng nội khoa do thiếu lớp cơ chéo --> giải thích tại sao đặt bóng chèn lại thất bại.

+ Đầu tiên phải xác nhận bóng chèn có đúng kỹ thuật chưa: đặt bóng chèn đủ áp lực để đè ép, cầm máu được các mạch máu. --> vấn đề là đã bơm cái lượng như thế nào (bơm nước muối sinh lý): lượng như thế nào + vị trí ra sao? (ở đây bơm tước lên trên thì cứ chảy thôi). Lý tưởng nhất trên lâm sàng nên dùng siêu âm để hỗ trợ đặt bóng chèn, áp đúng vị trí cần muốn.

Băng huyết sau sanh là một cấp cứu sống còn:

- Tìm nguyên nhân phải song song với hồi sức cấp cứu.



## TÌNH HUỐNG 2: VAGINAL BIRTH AFTER CAESAREAN SECTION (VBAC)

Nguy cơ vỡ tử cung của VBAC chỉ khoảng 0,5 - 1%

Bà N, 30 tuổi, PARA 1001, nhập viện lúc 00:00 ngày D, vì thai 39 tuần, chuyển dạ sinh

Tiền căn sản khoa: 1 lần mổ lấy thai vì ngôi ngang, cách đây 4 năm, tại bệnh viện Từ Dũ, hậu phẫu ổn. Bé hiện khỏe.

Khám thai 3 lần trong thai kỳ: lúc 12 tuần, 22 tuần và 32 tuần. Tuổi thai chính xác. Thai kỳ bình thường.

00:00 ngày D: tỉnh, mạch 91 lần/phút, huyết áp 110/70 mmHg, bề cao tử cung 31 cm, tử cung có 2 cơn gò/10 phút, EFM loại I (baseline 140 bpm), cổ tử cung mở 4 cm, xóa 70%, ngôi chòm, vị trí -2, ối còn, ước lượng cân thai # 3300 g.

Bà N đã được tư vấn về VBAC và đã đồng thuận thực hiện. Mẹ ổn, con ổn, cổ tử cung ổn  
Khung chậu???? (3P)

### Câu hỏi 1:

1. Bạn nhận định gì về quyết định thực hiện VBAC?

a. Quyết định VBAC là đúng

Vì sao bạn nghĩ là đúng?

b. Quyết định VBAC là không thích hợp

Vì sao bạn nghĩ là không thích hợp?

01:00 ngày D: sau khi có kết quả xét nghiệm, bà N được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong chuyển dạ

04:00 ngày D: tình trạng cơn co, cổ tử cung, ngôi thai không đổi. Bà N được tăng cường Oxytocin qua bơm tiêm điện hết sức thận trọng khi dùng oxytocin

### Câu hỏi 2:

2. Bạn nhận định gì về các can thiệp đã được thực hiện trong khi làm VBAC?

a. Các biện pháp được thực hiện là đúng (hợp lý)

Vì sao bạn nghĩ là đúng?

b. Một trong các can thiệp đã được thực hiện là không hợp lý

Hãy chỉ ra điểm mà bạn nghĩ là sai?

06:00 ngày D: mạch 95 lần/phút, huyết áp 110/70 mmHg, tử cung có 3 cơn gò/10 phút, cổ tử cung mở 8 cm, xóa 80 %, ngôi chòm, kiểu thể chằm chằm trái trước, vị trí 0, ối vỡ hoàn toàn

### Câu hỏi 3:

3. Bạn sẽ làm gì tiếp theo cho bà N? Xem ý kiến của cô. Cả 2 nhóm đều bị mắc lừa.

a. Mổ lấy thai

Vì sao bạn chọn mổ lấy thai?

b. Tiếp tục theo dõi sinh ngã âm đạo

Nêu rõ kế hoạch theo dõi của bạn?

### Để đảm bảo sinh thường qua ngã âm đạo cần yếu tố gì?

#### P1 - The Power

Cơn co tử cung là động lực của chuyển dạ, gây xóa mở cổ tử cung. Cơn gò yếu hay không tương hợp sẽ dẫn đến diễn tiến bất thường của xóa mở cổ tử cung.

#### P2 - The Passenger

Bất tương xứng của các kích thước của ngôi thai so với các kích thước của đường sinh, kiểu trình thai bất thường có cơ chế sinh khó hay không có cơ chế sinh là các yếu tố về phía thai gây chuyển dạ bất thường. Tuy nhiên, thuật ngữ chuyển dạ kéo dài thường được dùng cho ngôi chòm. Thuật ngữ chuyển dạ kéo dài hiếm khi được dùng trong một chuyển dạ với ngôi thai không phải là ngôi chòm.

#### P3 - The Passage

Đoạn đường đi qua tiểu khung bất thường về hình dạng, cấu trúc hay kích thước sẽ gây ra các khó khăn cho thai nhi khi nỗ lực vượt qua đường sinh. Các khối u cản trở đường sinh không phải là nguyên nhân thường gặp.

### Tại sao ngôi ngang, khung chậu ra sao?

2A: nghĩ có bất thường khung chậu. ở lần sinh này chưa được đánh giá. Tuy nhiên độ nhạy kém nên có thể đánh giá qua diễn tiến ngôi thai.

Thầy gợi ý: khung chậu hẹp là một trong các nguyên nhân của ngôi bất thường

Ý kiến riêng của t là lần trước nghi ngờ bất thường về khung chậu thì lần này ít nhất phải đánh giá khung chậu qua khám khung chậu và quang kích chậu để có ý niệm về đường sinh và cuộc sinh.

#Trong quá trình xoay không hiệu quả thì sẽ có ngôi ngang. Ngôi ngang hoàn toàn không có cơ chế sinh phải mổ lấy thai. Vấn đề là 1) do khung chậu (sàn chậu sao á chứ k phải khung chậu); 2) bất thường bản thân thai; 3) yếu tố tác động làm cho ngôi không thể xoay xuống được. Mổ ngôi ngang là một trong cuộc mổ khó khăn do đoạn dưới tử cung chưa thành lập tốt nên việc vào đoạn dưới tử cung mổ lấy thai rất khó khăn. Đường mổ lí tưởng, an toàn là đường ngang đoạn dưới tử cung đôi khi không thực hiện được nên đôi khi người ta dùng đường mổ T ngược để lấy được em bé ra, có khi lên tận đáy tử cung.

Nếu như đường mổ là một đường chữ T ngược thì việc mổ lấy thai là việc bắt buộc nên câu 3 chưa thể chọn tiếp tục cho sinh ngã âm đạo. Có vấn đề gì phải giải quyết, không được ể vô phòng sinh mới tá hỏa, phải khuyến khích bệnh nhân phải kiểm tra mọi hồ sơ.

#Châm chậu trái ngang: không phải ngôi ngang, do bất thường quá trình xoay.

Trong trường hợp không nắm chắc sự an toàn trong tay thì ừng có thử thách.

Table 1: Contraindications to VBAC

Factors relating to previous C-Section

- Previous Uterine Rupture
- Classical (Vertical) Abdominal Scar

Factors not relating to previous C-Section

- Placenta Praevia (placenta covering entrance to cervix)
- Placenta Accreta (placenta adhered deep into the uterus)
- Cord Presentation (umbilical cord coming before baby in the cervix, before labour)
- Breech Presentation

Source (RCOG, 2015)

### ✗ Chống chỉ định của VBAC<sub>[3]</sub>:

- Sẹo mổ tử cung cổ điển hoặc T ngược
- Tiền căn cắt u xơ tử cung hoặc rách vào buồng tử cung
- Vỡ tử cung trước đó
- Chống chỉ định của chuyển dạ, như nhau tiền đạo hay ngôi bất thường
- Bệnh nhân từ chối VBAC và yêu cầu sinh mổ

### Bệnh nhân không có chống chỉ định VBAC

#### Gây tê ngoài màng cứng

- Che lấp triệu chứng vỡ tử cung. Tuy nhiên, đối với VBAC triệu chứng thường ngấm ngầm nên việc che lấp không đáng kể
- Trên thực tế, VBAC có gây tê ngoài màng cứng có tỷ lệ thành công cao hơn nhóm không gây tê<sub>[2]</sub>

#### Oxytocin

- Tăng nguy cơ vỡ tử cung.
- Ở ối còn nên có thể phá ối để đầu thai nhi trực tiếp nong cổ tử cung, đồng thời cũng giải phóng các prostaglandin nội sinh làm tăng cơn gò tử cung
- Nên phá ối trước khi dùng Oxytocin

### TÌNH HUỐNG 3: KẾT VAI

Bà X, 26 tuổi, PARA 1001, nhập viện lúc 00:00 ngày D, vì thai đủ tháng, chuyển dạ sinh.

Tiền căn sản khoa: 1 lần sinh thường, bé 3900 g, cách đây 2 năm.

Khám thai 3 lần trong thai kỳ: lúc 12 tuần, 23 tuần và 34 tuần. Không thực hiện các xét nghiệm thường qui, mà chỉ ghi nhận có các siêu âm, trong đó ghi nhận thai không dị tật và sinh trắc thai ở mức percentile 85<sup>th</sup> vào thời điểm 34 tuần.

00:00 ngày D: cao 162 cm, cân nặng 82 kg, thờ: 20 nhịp/phút, huyết áp 100/60 mmHg, nhiệt độ: 36.7°C, phù (++), tim phổi không âm bệnh, bề cao tử cung 41 cm, tim thai 158 lần/phút, có 5 cơn co tử cung/10 phút, cổ tử cung mở 4 cm xóa 60%, ngôi chỏm (-3), ối còn, khung chậu bình thường

04:00 ngày D: ối vỡ tự nhiên, tình trạng chuyển dạ không thay đổi, được tiếp tục theo dõi chuyển dạ tự nhiên

08:00 ngày D: chuyển dạ không tiến triển thêm Chuyển dạ không tiến triển đủ có 5 cơn gò/10 phút

ngay giai đoạn này đã nhận diện sai rồi, cần kiểm tra lại các nguy cơ của mẹ về ĐTD, đồng thời, xem con có chống xương hay không.

- Cho tăng co với oxytocin

- Thực hiện giảm đau sản khoa theo yêu cầu

Oxytocin có thực sự hiệu quả? khi mà số cơn gò không đổi

12:00 ngày D: vẫn đang dùng oxytocin, tử cung có 4-5 cơn co/10 phút, CTG loại 1, cổ tử cung mở 6 cm, ngôi chỏm, kiểu thể CCTT, vị trí +1, ối vỡ hoàn toàn. Bà X được tiếp tục tăng co

16:00 ngày D: tử cung có 5-6 cơn co/10 phút, CTG loại 2, cổ tử cung mở trọn, ngôi chỏm, kiểu thể CCTT, vị trí +2, ối vỡ hoàn toàn. Bà X được hướng dẫn cho rặn sinh

16:35 ngày D: đầu thai đã sờ, vùng chậu từ dưới khớp vệ, mặt thai nhi đã được sờ khó khăn, và ngưng tại vị trí này. Bé như bị hút chặt vào bên trong

#### Câu hỏi 1:

1. Phân tích dữ kiện và bạn hãy cho chẩn đoán?

#### Câu hỏi 2:

2. Bạn phải làm gì tiếp theo?

16:40 ngày D: sau khi thực hiện các hỗ trợ tích cực, bà X đã sinh một bé gái, nặng 4500 g, Apgar 0/0

16:45 ngày D: sau thoát âm, máu âm đạo chảy ra liên tục vừa máu cục lẫn máu đỏ tươi

- Khám sản phụ ngay sau sinh: hơi lơ mơ, niêm nhợt, mạch 120 lần/phút, huyết áp 70/50 mmHg
- Tim phổi không âm bệnh
- Bụng linh phình, ấn đau khắp bụng, tử cung không có khối cầu an toàn, khó xác định đáy tử cung

#### Câu hỏi 3:

3. Phân tích dữ kiện và bạn hãy cho chẩn đoán?

#### Câu hỏi 4:

4. Bạn phải làm gì tiếp theo?

Thai bách phân vị 85 khả năng nhiều là thai to.

Nếu có yếu tố nguy cơ tiểu đường thì ok, mà này k có trong ten III tầm soát ĐTD cũng như k?

Làm gì khi có thai to? Phú cho rằng sinh thường.

Cho thí với một bài thi khó hơn (> 3900 gr) với tuân thủ tuyệt đối cơ chế sanh

Elective Caesarean section, vai trò của chẩn đoán GDM. Có cần test glycemia để nhận diện GDM ở đây?

Test ngẫu nhiên đường huyết sẽ cho một góc nhìn thai phụ có khả năng cao ĐTD hay không mặc dù không có nhiều giá trị.

Xử trí kết vai phải rất nhanh, chính xác, tránh ớn ào, cần có sự phối hợp hợp lý, phải hết sức bình tĩnh. Nếu cảm thấy không thấy đi đường dưới được thì phải tỉnh táo chấp nhận đẩy ngược đầu em bé lên đi đến phòng mổ khẩn cấp lấy thai.



Case này phân giải quyết của nhóm 4B hợp lý.

#### TÌNH HUỐNG 4: TỤT HUYẾT ÁP

Bà B, 37 tuổi, PARA 3003, nhập viện vì **thai 36 tuần, tăng huyết áp**.

Tiền căn 3 lần sinh thường, dễ dàng, con nặng nhất **3500 gram**. Con nhỏ nhất hiện tại 4 tuổi.

Tài liệu khám thai ghi nhận:

- Khám thai đầy đủ, lần cuối cách **ngày 2 tuần**.
- Tăng huyết áp **từ lúc thai 28 tuần**. Huyết áp dao động từ **130/80 đến 140/90 mmHg**. Không ghi nhận phù.

Một tuần trước, bà B phải nhập viện vì **huyết áp 170/110 mmHg và nhức đầu, hoa mắt**. Không phù.

Các khảo sát cận lâm sàng cho thấy:

- Đạm niệu thay đổi từ âm tính đến vết của đạm niệu.
- Tổng phân tích tế bào máu trong giới hạn bình thường.

Thai phụ được điều trị với **labetalol** phối hợp với **methyl dopa**.

Trong thời gian tại viện, huyết áp dao động, từ **130/90 đến 150/110 mmHg**.

Sáng nay, do huyết áp đột ngột lên **180/120 mmHg**, kèm **nhức đầu nhiều** nên bà được cho thêm **nifedipine ngậm dưới lưỡi**.

Khoảng một giờ sau, bà B. **đột ngột đau bụng liên tục, dữ dội, từ cung gò cứng liên tục, kèm ra huyết đen ở âm đạo**.

Khám ghi nhận:

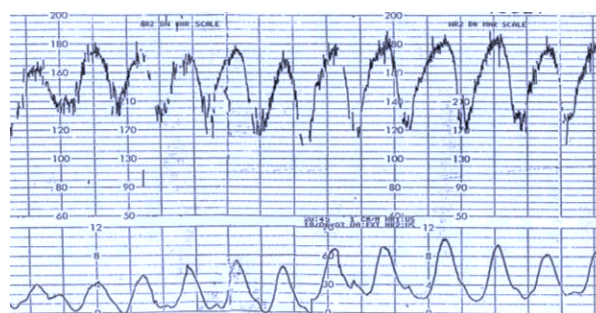
Thai phụ tỉnh, tiếp xúc tốt. Nhức đầu.

Mạch: 120 lần/phút, huyết áp: **120/100 mmHg**.

**Bụng gò cứng. Âm đạo có ít huyết sẫm.**

Tim thai và con co như thể hiện trên băng ghi EFM (hình).

Cổ tử cung mở 5 cm, xóa 60%, **ôi căng phồng, đầu cao**.



#### Câu hỏi 1:

- Hãy cho biết “địa chỉ” của nguyên nhân gây ra các biến động thấy trên băng ghi EFM này?
  - Biến động phân áp của các khí trong máu mẹ
  - Bất thường trao đổi khí tại các hồ máu nhau**
  - Bất thường lưu thông máu trong cuống rốn

Hãy cho biết nguyên nhân cụ thể

Hãy cho biết nguyên nhân cụ thể

Hãy cho biết nguyên nhân cụ thể

#### Câu hỏi 2:

- Hãy đánh giá tiên lượng của thai với các biến động thấy trên băng ghi EFM này?
  - Hiện tại thai không bị đe dọa
  - Hiện tại thai đang bị đe dọa**
  - Đang có tình trạng acidosis

#### Câu hỏi 3:

- Bạn nhận định gì về điều trị cho bà B trong thời gian một tuần qua?
  - Các xử lý trong một tuần qua là đúng
  - Nhiều biện pháp xử lý trong một tuần qua là sai

Lí giải?

Hãy chỉ rõ các điểm bạn cho là sai

#### Câu hỏi 4:

- Ngay tại thời điểm này, bạn sẽ ưu tiên chọn thực hiện một hành động nào?
  - Tia ối hay phá ối**
  - Magnesium sulfate**
  - Giảm gò bằng thuốc
  - Truyền máu / chế phẩm máu

Lí giải?

Lí giải?

Lí giải?

Lí giải?

#### Câu hỏi 5:

- Bạn sẽ chọn cách nào để kết thúc cuộc chuyển dạ?
  - Sanh ngả âm đạo
  - Mổ sanh cấp cứu**

Hãy bảo vệ luận điểm cho cuộc sanh ngả âm đạo

Hãy bảo vệ luận điểm cho cuộc mổ lấy thai

Mổ sanh tăng nguy cơ truyền tác ối thì có nên đi mổ không? Truyền tác ối là cấp cứu sản khoa hiếm gặp. Không phải vì mình sợ truyền tác ối mà không mổ sanh, tùy điều kiện nhà. Truyền tác ối xảy ra rất bất ngờ, không biết trước được.

Trong tình huống nhau bong non mặc dù em bé có thể sanh ra được qua đường âm đạo thì biến chứng sau sanh cũng khác vs các nguyên nhân khác. Trong nhau bong non, DIC xuất hiện sớm theo thứ tự tăng tiêu thụ và tăng ly giải, xuất hiện sớm hơn BHSS (mất 1 lượng lớn máu ms mất các yếu tố rối loạn đông máu), nhau bong non có rối loạn đông máu sớm hơn.